



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen Avéro Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, en Achmea
Zorgverzekeringen N.V. te Zeist, in deze vertegenwoordigd door Aevitae B.V. te Heerlen

Zaak : Eigen risico, DBC-systematiek

Zaaknummer : 201602696

Zittingsdatum : 31 mei 2017

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo)

(Voorwaarden zorgverzekering 2016, artt. 10, 11, 13, 19-21 en 23 Zvw, 2.1, 2.4, 2.17 en 2.18 Bzv.)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

- 1) Avéro Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, en
 - 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar, in deze vertegenwoordigd door Aevitae B.V. te Heerlen.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van het Select Zorg Plan (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen VIP Pakket en Tandartsverzekering 80% afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Bij brief van 30 september 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar bij verzoeker een bedrag van € 362,44 in rekening gebracht ter zake van het verplicht eigen risico 2016.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij e-mailberichten van 13 oktober 2016 en 29 november 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. Bij klachtenformulier van 30 november 2016 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is af te zien van het in rekening brengen van een bedrag van € 362,44 ter zake van het verplicht eigen risico 2016 (hierna: het verzoek).
- 3.4. Verzoeker heeft de commissie bij e-mailbericht van 29 januari 2017 aanvullende informatie gezonden.
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 37,- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 17 maart 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 20 maart 2017 aan verzoeker gezonden.

- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 5 april 2017 schriftelijk medegedeeld telefonische willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 18 mei 2017 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10, lid 9 van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat de onderhavige zaak enkelvoudig wordt afgedaan.
- 3.9. Op grond van artikel 114, lid 3, Zvw dient de commissie verplicht advies te vragen aan het Zorginstituut Nederland (hierna: Zorginstituut) indien het geschil betrekking heeft op de zorg of de overige diensten, bedoeld in artikel 11, dan wel de vergoeding van die zorg of diensten. Blijkens de Memorie van toelichting blijft deze verplichting beperkt tot de vraag of de vorm van zorg of andere dienst waar de verzekerde behoefte aan heeft tot het verzekerde pakket behoort. Aangezien die vraag in het onderhavige geval geen beantwoording behoeft, is het Zorginstituut niet verzocht te adviseren.
- 3.10. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 31 mei 2017 telefonisch gehoord.
- 3.11. Ter zitting heeft de commissie de ziektekostenverzekeraar verzocht de DBC-historie na te kijken en de commissie hierover te informeren. De ziektekostenverzekeraar heeft bij e-mailbericht van 7 juni 2017 aan voornoemd verzoek voldaan. Een afschrift hiervan is op 8 juni 2017 aan verzoeker gezonden, waarbij hij in de gelegenheid is gesteld hierop binnen tien dagen te reageren. Van de geboden mogelijkheid heeft verzoeker geen gebruik gemaakt.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Het is wettelijk toegestaan dat een zorgverlener een vordering bij een zorgverzekeraar indient op basis van een DBC. In dat kader wordt een maximumbedrag (prijsafspraken) gedeclareerd dat echter niet in verhouding staat tot de verleende zorg. Verzoeker is als patiënt en verzekerde verplicht het eigen risico voor zijn rekening te nemen, hetgeen geen probleem is. Hij heeft alsdan wel recht op een gespecificeerde rekening die past bij de verleende zorg (soort behandeling en tijdsduur). Een gemiddeld maximumbedrag volstaat in dat kader niet. Toepassing van een DBC, met bijbehorend maximumbedrag, speelt zich af in de contractuele relatie tussen de zorgaanbieder en de ziektekostenverzekeraar, en verzoeker staat hier buiten. Uit de met de zorgaanbieder en ziektekostenverzekeraar gevoerde correspondentie blijkt dat beide partijen geenszins bereid zijn de vordering/rekening nader te specificeren. Verzoeker meent op basis hiervan niet gehouden te zijn de eigen risicovordering aan de ziektekostenverzekeraar te voldoen. Hij wenst minimaal een specificatie van de tijd, de geleverde materialen en de bijbehorende kosten te ontvangen. Indien de rekening wordt aangepast naar een realistisch niveau is verzoeker bereid dat bedrag aan eigen risico te voldoen.
- 4.2. Verzoeker licht toe dat een controle heeft plaatsgevonden bij de orthopeed, en dat diens conclusie was dat alles in orde was, dat er geen bijzonderheden waren, en dat een vervolgspraak niet noodzakelijk was. Van een vervolgspraak of van nazorg was geen sprake; het betrof een op zichzelf staande controle. Tijdens het - korte - bezoek van verzoeker aan het ziekenhuis zijn de volgende diensten verleend:
- het maken van één röntgenfoto (vijf minuten);
 - analyse van de röntgenfoto (tien minuten);
 - levering enkelbrace.
- Radiologisch onderzoek heeft niet plaatsgevonden. Ook is niets aangemeten; verzoeker heeft enkel een standaard enkelbrace opgehaald tegen betaling van een bedrag van circa € 30,-.
- Het ziekenhuis heeft bij de ziektekostenverzekeraar kosten gedeclareerd op basis van een DBC. DBC staat voor *Diagnose Behandeling Combinatie*. Er heeft echter geen *behandeling* plaatsgevonden. Daarbij komt dat de rekening buitensporig hoog is voor een standaard controle. De DBC rekening is dan ook onjuist.

Het eigen risico geldt voor ziekenhuisopname, medisch specialistische zorg, geneesmiddelen, psychologische zorg (GGZ), hoortoestellen en logopedie. In het geval van verzoeker is geen van deze categorieën van toepassing. Verzoeker heeft geen 'zorg' ontvangen in welke vorm dan ook. Het eigen risico is daarom niet van toepassing.

De DBC-systematiek geldt alleen voor het declaratieproces van zorgaanbieders bij zorgverzekeraars. Als gevolg van de eigen risicoregeling wordt de vordering evenwel bij een individu (patiënt/verzekerde) neergelegd. Verzoeker acht deze consequentie van de DBC-systematiek onacceptabel en vraagt zich of een en ander rechtsgeldig is.

- 4.3. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd hij in mei 2015 een breuk in zijn hielbeen heeft gehad. Hiervoor is hij in het ziekenhuis behandeld. In 2016 had hij weer klachten aan zijn hiel, daarom is hij voor controle naar het ziekenhuis gegaan. Er is toen een foto gemaakt, hij is bij de orthopeed geweest, er is een brace voorgeschreven, en er is voorgedaan hoe hij deze moet omdoen. Alles bij elkaar heeft het misschien een half uur geduurd. Verzoeker vindt daarom het gedeclareerde bedrag te hoog.

De ziektekostenverzekeraar wilde geen gespecificeerde nota aan verzoeker geven, omdat hierop ook de gegevens staan van andere verzekerden. Van de zorgaanbieder heeft verzoeker wel een gespecificeerde nota ontvangen, maar hier kan hij niets mee omdat hierop alleen de handelingen staan vermeld zonder de hieraan besteedde tijd.

- 4.4. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. Ziekenhuizen declareren zorgkosten bij zorgverzekeraars door middel van DBC's. Een DBC ziet op een behandeltraject, dus van een eerste consult tot en met een eventuele operatie en nazorg. De openingsdatum van een DBC is niet altijd de datum waarop een verzekerde daadwerkelijk in het ziekenhuis is geweest.

DBC's en de bijbehorende regels worden vastgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit (hierna: NZa). Voor een deel van de DBC's geldt een wettelijk tarief, en voor het andere deel maken zorgaanbieders en zorgverzekeraars tariefafspraken. De tarieven betreffen een gemiddeld bedrag voor de geleverde zorg, ongeacht de duur van de behandeling.

Declaraties worden door zorgaanbieders digitaal ingediend en zijn voorzien van persoonsgegevens. In verband met de Wet Bescherming Persoonsgegevens (privacyoverwegingen) ontvangt de ziektekostenverzekeraar enkel de gegevens die noodzakelijk zijn voor een correcte verwerking van een declaratie. De omschrijving die een verzekerde ziet op een rekening is doorgaans dezelfde als die voor de ziektekostenverzekeraar zichtbaar is. Een verzekerde kan aan de hand van een specificatie van de ziektekostenverzekeraar nagaan of de ingediende declaratie overeenkomt met de verleende zorg. Als dit niet het geval is, dient contact te worden opgenomen met de zorgaanbieder.

- 5.2. Het Amphia Ziekenhuis heeft een rekening gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar in verband met aan verzoeker verleende zorg. De toegepaste DBC omvat de volgende zorgactiviteiten:

- poliklinisch bezoek (een herhaal poliklinisch bezoek, omdat geen sprake is van een nieuwe diagnose);
- aanmeten orthese;
- maken röntgenfoto van enkel en/of voet(wortel) en/of tenen (radiologisch onderzoek).

De zorgactiviteit ter zake van de orthese is niet meegerekend bij de vaststelling van de DBC. De orthese wordt niet vergoed ten laste van de zorgverzekering.

Voormelde zorgactiviteiten leiden maar tot één DBC. De zorgaanbieder kan deze niet aanpassen. Verzoeker heeft van de zorgaanbieder een specificatie van de rekening en een uitleg van de medisch specialist over de geleverde en in rekening gebrachte zorg(activiteiten) ontvangen. De ziektekostenverzekeraar kan verzoeker geen meer gespecificeerde rekening bieden.

De ingediende rekening van € 362,44, behorend bij de DBC die door de zorgaanbieder is toegepast, is volgens de ziektekostenverzekeraar correct. Omdat verzoeker het eigen risico 2016 op dat moment nog volledig open had staan, zijn de kosten terecht hiermee verrekenend. Het betrachten van

coulance is niet mogelijk, omdat het verplicht eigen risico voor iedere verzekerde van achttien jaar of ouder geldt.

De ziektekostenverzekeraar heeft medio december 2016 het bedrag van € 362,44 van verzoeker ontvangen.

5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat hij begrijpt dat verzoeker is geschrokken van de hoogte van het gevorderde bedrag. Een DBC is een gemiddelde prijs. Het ziekenhuis heeft correct gedeclareerd. Daarnaast gevraagd zegt de ziektekostenverzekeraar toe de DBC-historie te zullen nakijken, en de commissie hierover te informeren.

5.4. Bij e-mailbericht van 7 juni 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan de commissie medegedeeld dat hij de DBC-historie heeft bestudeerd, maar dat deze geen aanleiding geeft zijn standpunt in de onderhavige kwestie te wijzigen. De eerste DBC is geopend op 12 mei 2015 en heeft gelopen tot en met 9 augustus 2015. De kosten hiervan bedragen € 421,48. Vervolgens zijn twee lege DBC's geopend over de perioden 10 augustus tot en met 7 december 2015 respectievelijk 8 december 2015 tot en met 5 april 2016. Aansluitend is de DBC - waarop het geschil ziet - geopend op 6 april 2016.

5.5. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 18 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar terecht een bedrag van € 362,44 bij verzoeker in rekening heeft gebracht ter zake van het verplicht eigen risico 2016.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.

8.2. De zorgverzekering betreft een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen 1 tot en met 39 van de 'Verzekerde zorg' van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 29 van de 'Verzekerde zorg' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“U heeft recht op medisch specialistische zorg en verblijf. Deze zorg kan plaatsvinden in:

a een ziekenhuis;

b een zelfstandig behandelcentrum of

c de praktijk aan huis van een medisch specialist (extramuraal werkend specialist) verbonden aan een op grond van de Wet toelating zorginstellingen (Wtzi) toegelaten instelling.

De zorg bestaat uit:

a medisch-specialistische zorg;

b uw behandeling en eventuele verblijf op basis van de laagste klasse in een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum, inclusief verpleging en verzorging, paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij die behandeling horen.

*De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat medisch specialisten als zorg plegen te bieden.
(...)"*

8.4. Artikel 6 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering regelt het verplicht eigen risico en luidt, voor zover hier van belang:

"6.1 Als u 18 jaar of ouder bent en premie verschuldigd bent, heeft u een verplicht eigen risico voor de basisverzekering. De overheid bepaalt hoe hoog dit eigenrisicobedrag is. In 2016 is het verplicht eigen risico € 385,- per verzekerde per kalenderjaar.

6.2 EERSTE € 385,- VAN UW ZORGKOSTEN BETAALT U ZELF

*Wij brengen het verplicht eigen risico in mindering op uw recht op zorg. Het gaat hierbij om de kosten die u in de loop van het kalenderjaar vanuit de basisverzekering maakt. Voorbeeld: u wordt behandeld in een ziekenhuis, maar ontvangt geen nota. Dan vergoeden wij deze kosten rechtstreeks aan het ziekenhuis. U (verzekeringnemer) ontvangt vervolgens een nota van ons van € 385,-.
(...)*

6.3 VOOR SOMMIGE ZORGKOSTEN GELDT GEEN VERPLICHT EIGEN RISICO

Wij houden geen verplicht eigen risico in op:

a de kosten van zorg of overige diensten die in 2016 zijn gemaakt, maar waarvan wij de nota's pas na 31 december 2017 ontvangen;

b de kosten van zorg die huisartsen plegen te bieden. Uitzondering hierop zijn de kosten van met deze zorg samenhangend onderzoek, als dit onderzoek ergens anders wordt verricht en apart in rekening wordt gebracht. De persoon of instelling die dat onderzoek doet, moet gerechtigd zijn hiervoor het tarief te rekenen dat de Nederlandse Zorgautoriteit heeft vastgesteld;

c de directe kosten voor verloskundige zorg en kraamzorg;

d de kosten van inschrijving bij een huisarts of bij een instelling die huisartsenzorg verleent. Onder inschrijvingskosten verstaan wij:

1 het bedrag dat een huisarts of instelling die huisartsenzorg verleent, rekent om u als patiënt in te schrijven. Dit is ten hoogste het tarief dat als beschikbaarheidstarief is vastgesteld in de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg);

2 vergoedingen die samenhangen met hoe de geneeskundige zorg bij de huisarts, in de huisartsenpraktijk of in de instelling wordt verleend. Of die samenhangen met de kenmerken van het patiëntenbestand of met de locatie van de praktijk of instelling. Dit voor zover wij deze vergoedingen zijn overeengekomen met uw huisarts of instelling en voor zover een huisarts of instelling deze vergoedingen bij ons in rekening mag brengen, als u zich inschrijft;

e de kosten van nacontroles van de donor nadat de periode van zorg aan die donor is verstreken. Deze zorgperiode is maximaal 13 weken of, als het om een levertransplantatie gaat, een half jaar;

f de kosten van het vervoer van de donor als de donor deze vergoed krijgt via de eigen basisverzekering;

g de kosten van ketenzorg die gedeclareerd worden volgens de beleidsregel Prestatiebepaling multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen. Deze beleidsregel is vastgesteld op basis van de Wmg;

h de kosten van verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen die plegen te bieden volgens artikel 28 Verpleging en verzorging in de eigen omgeving (extramuraal) van het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen'.

(...)

6.9 VERPLICHT EIGEN RISICO BIJ EEN DIAGNOSE-BEHANDELCOMBINATIE

Wordt een behandeling gedeclareerd in de vorm van een diagnose-behandelcombinatie (DBC)? Dan is het startmoment van de behandeling ook bepalend voor het verplicht eigen risico dat wij

moeten toepassen. Meer over de vergoedingen bij DBC's leest u in artikel 5.5 van deze algemene voorwaarden.

(...)

6.10 VERPLICHT EIGEN RISICO IN MINDERING BRENGEN

Ontvangt u zorg van een gecontracteerde zorgverlener, zorginstelling of een zorgverlener met wie Avéro Achmea een overeenkomst heeft? Dan vergoeden wij de kosten van die zorg direct aan de zorgverlener of zorginstelling. Heeft u nog een bedrag aan verplicht eigen risico openstaan? Dan zal dit bedrag worden verrekend of bij u worden teruggevorderd. (...)"

- 8.5. In artikel 21 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering is het begrip DBC als volgt gedefinieerd:

"Diagnose Behandeling Combinatie (DBC-)zorgproduct

Vanaf 1 januari 2012 worden nieuwe zorgprestaties voor medisch-specialistische zorg uitgedrukt in DBC-zorgproducten. Dit traject heet DOT (DBC's Op weg naar Transparantie). Een DBC-zorgproduct is een declarabele prestatie op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg, binnen de medisch-specialistische zorg die de resultante is van het totale traject van de diagnose die de zorgverlener stelt tot en met de (eventuele) behandeling. Het DBC-traject begint op het moment dat u zich meldt met uw zorgvraag en wordt afgesloten aan het eind van de behandeling, dan wel na 120 dagen."

- 8.6. De artikelen 6 en 21 van de 'Algemene voorwaarden' en artikel 29 van de 'Verzekerde zorg' van de zorgverzekering zijn volgens artikel 1 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.7. Artikel 11 lid 1 onderdeel a Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.

Medisch specialistische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.

Het verplicht eigen risico is geregeld in de artikelen 19 tot en met 21 Zvw, en nader uitgewerkt in de artikelen 2.17 en 2.18. Bzv.

In artikel 23 Zvw is bepaald dat de kosten van zorg of een andere dienst worden toegerekend aan het kalenderjaar waarin de zorg of dienst is genoten, met dien verstande dat de kosten van zorg of een andere dienst die in twee achtereenvolgende kalenderjaren is genoten, en door de zorgaanbieder of andere dienstverlener in één bedrag in rekening zijn gebracht, worden toegerekend aan het kalenderjaar waarin de zorg of dienst is aangevangen.

- 8.8. De Zvw, het daarop gebaseerde Bzv en de Rzv, schrijven dwingend voor welke prestaties onder de zorgverzekering verzekerd dienen te zijn. De verzekerde die een zorgverzekering sluit heeft recht op niet meer of minder dan deze prestaties. De zorgverzekering is in dit opzicht een bijzondere, van overheidswege gereguleerde vorm van schadeverzekering. Het staat de ziektekostenverzekeraar niet vrij een dekking te bieden die hetzij ruimer dan wel beperkter is dan op grond van het bij of krachtens de Zvw bepaalde is voorgeschreven.

De hiervoor beschreven regeling, zoals opgenomen in de zorgverzekering, strookt met de toepasselijke regelgeving.

9. Beoordeling van het geschil

- 9.1. Aan de orde is de vraag of de ziektekostenverzekeraar de door het ziekenhuis door middel van een DBC gedeclareerde kosten ter hoogte van € 362,44 terecht heeft vergoed ten laste van de zorgverzekering, en of dit bedrag terecht is verrekend met het verplicht eigen risico 2016 van verzoeker en dientengevolge bij hem in rekening is gebracht. Hiertoe overweegt de commissie als volgt.

- 9.2. In Nederland worden behandeltrajecten vanaf de diagnose tot het eind van de behandeling voorzien van een code, de zogenoemde Diagnose Behandel Combinatie (DBC). Deze regeling is op 1 januari 2005 ingevoerd door de overheid. Een DBC omvat het gehele behandeltraject inclusief verpleging en verzorging, verband- en hulpmiddelen en de met de behandeling gemoeide paramedische zorg en geneesmiddelen. Een DBC had aanvankelijk een maximale looptijd van 365 dagen, en later is dit teruggebracht tot maximaal 120 dagen. Een DBC kan echter ook een looptijd hebben van 42 of 90 dagen, afhankelijk van de toepasselijke regels van de Nederlandse Zorgautoriteit. Indien sprake is van een doorlopende behandeling wordt steeds aansluitend een vervolg-DBC geopend. Een DBC is niet gebonden aan kalenderjaren.
- 9.3. Verzoeker is op 20 april 2016 bij het Amphia Ziekenhuis geweest, meer specifiek op de polikliniek Orthopedie. Het ziekenhuis heeft op 6 april 2016 een DBC geopend. De kosten van de op 20 april 2016 aan verzoeker verleende zorg zijn door het ziekenhuis onder de betreffende DBC gebracht en gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar. Het betreft een bedrag van € 362,44, en dit is verrekend met het verplicht eigen risico 2016 van verzoeker.
- 9.4. De commissie stelt voorop dat zij niet bevoegd is te oordelen over de juistheid en de hoogte van de door het ziekenhuis ingediende declaratie. Aangezien het ziekenhuis rechtstreeks bij de ziektekostenverzekeraar heeft gedeclareerd, heeft verzoeker niet vooraf inzage gehad in de nota en heeft hij niet de mogelijkheid gehad betaling te weigeren. De financiële consequenties komen - in de vorm van het eigen risico - echter wel voor zijn rekening. De vraag die ter beantwoording voorligt, is daarom of de ziektekostenverzekeraar betaling van de nota had moeten weigeren dan wel bij het ziekenhuis had moeten aandringen op correctie.
- 9.5. Door verzoeker is niet bestreden dat hij op 20 april 2016 bij het Amphia Ziekenhuis is geweest. Hij heeft verklaard dat een 'standaard' controle bij de orthopeed heeft plaatsgevonden. Uit de nota van het ziekenhuis is op te maken dat op 20 april 2016 vier zorgactiviteiten zijn geregistreerd, te weten:
- herhaal-polikliniekbezoek;
 - aanmeten van prothesen, orthesen en dergelijke, beperkt;
 - orthese enkel en/of voet, kortdurende inzet materiaal;
 - radiologisch onderzoek enkel en/of voet(wortel) en/of tenen.
- Verzoeker heeft gesteld dat geen sprake is van een vervolgbehandeling. Volgens hem dient de controle als op zichzelf staand te worden beschouwd. Het is de commissie uit de stukken echter gebleken dat door het ziekenhuis een vervolg-DBC is gedeclareerd. In 2015 is namelijk een zorgtraject gestart. Dit komt overeen met de aard van de op 20 april 2016 verleende zorg ('herhaal-polikliniek-bezoek'). De stelling van verzoeker dat geen sprake is van een vervolgbehandeling wordt dan ook gepasseerd.
- Ter zake van de orthese geldt dat op de nota van het ziekenhuis is vermeld dat deze niet rapporteerbaar is. Naar de commissie begriipt wordt hiermee bedoeld dat de orthese niet declarabel is, omdat dit geen verzekerde zorg in het kader van de zorgverzekering betreft. Dit blijkt ook als zodanig uit de stukken, alsmede uit de verklaring van verzoeker dat hij op eigen kosten een enkelbrace (orthese) heeft afgenomen.
- Het staat dus vast dat verzoeker zich op 20 april 2016 tot een orthopeed van het Amphia Ziekenhuis heeft gewend voor een controlebezoek, én aldaar een orthese (enkelbrace) heeft afgenomen voor eigen rekening. Tevens staat vast dat het ziekenhuis enkel de kosten van het bezoek, het aanmeten van de orthese en het radiologisch onderzoek heeft gedeclareerd en vergoed heeft gekregen.
- Uit artikel 6 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering volgt dat voor de berekening van het eigen risico de kosten van zorg of een dienst worden toegerekend aan het jaar waarin de zorg is genoten. De kosten van medisch specialistische zorg worden gedeclareerd door middel van DBC's. De ingangsdatum van de DBC is hierbij leidend. In dit geval is de ingangsdatum van de DBC 6 april 2016, zodat de kosten terecht zijn verrekend met het eigen risico 2016.
- 9.6. Ingevolge artikel 6 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering is verzoeker in 2016 maximaal € 385,- aan verplicht eigen risico verschuldigd voor de zorg en overige diensten die ten

laste van de zorgverzekering worden vergoed. Tussen partijen is niet in geschil dat het verplicht eigen risico op het moment dat de onderhavige zorgkosten werden gemaakt nog volledig open stond. Voorts geldt dat de onderhavige kosten niet zijn uitgesloten van de eigen risicoregeling.

- 9.7. Verzoeker heeft nog gesteld dat geen sprake is van een 'behandeling' en dat daarnaast geen sprake is van een zorgvorm waarvoor het eigen risico geldt. Ziekenhuiszorg is medisch specialistische zorg als bedoeld in de Zvw en de voorwaarden van de zorgverzekering. Het woord 'behandeling' dient niet als een eng taalkundig begrip te worden beschouwd. Onder behandeling vallen ook consulten en diensten. Zou verzoekers stelling worden gevolgd, dan zou dat overigens inhouden dat voor de door hem genoten zorg geen dekking bestaat onder de zorgverzekering en dat de onderhavige kosten eveneens voor zijn rekening blijven.

Voorts heeft verzoeker de vraag opgeworpen of de DBC-systematiek rechtsgeldig is dan wel jegens hem kan worden ingeroepen. Hiertoe merkt de commissie op dat de DBC-systematiek is gebaseerd op de Wet marktordening gezondheidszorg en dat deze niet beperkt blijft tot de relatie zorgverzekeraar - zorgaanbieder. Anders gezegd: medisch specialistische zorg en GGZ kunnen alleen op basis van een DBC rechtsgeldig in rekening worden gebracht, hetzij rechtstreeks bij de zorgverzekeraar of bij de verzekerde met een restitutiepolis of de onverzekerde.

In de polisvoorwaarden is duidelijk opgenomen dat medisch specialistische zorg wordt gedeclareerd door middel van een DBC. Tevens is het begrip in de polisvoorwaarden gedefinieerd. Verzoeker wordt geacht kennis te hebben genomen van deze voorwaarden, althans is in de gelegenheid geweest hiervan kennis te nemen. Hij had derhalve op de hoogte kunnen zijn van de geldende DBC-systematiek. Dit klemt te meer nu verzoeker optreedt als verzekeringnemer voor de polis waarop naast hemzelf, drie andere personen staan, én door hem is gekozen voor een vrijwillig eigen risico. In dat geval mag worden uitgegaan van een bewuste keuze voor de verzekering in 2016.

De ziektekostenverzekeraar heeft daarom terecht de door middel van een DBC-code gedeclareerde kosten van medisch specialistische zorg ten bedrage van € 362,44 ten laste van het verplicht eigen risico van verzoeker gebracht.

Conclusie

- 9.8. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 5 juli 2017,

A.I.M. van Mierlo