

1042 OPSCHORTING VAN BETALING DOOR ZORGVERZEKERAARS BIJ FOUTEN IN DECLARATIETEGELS TOEGESTAAN?

Mr. S.F. Tiems<sup>1</sup>

**Samenvatting**

Of zorgverzekeraars betaling van een geheel declaratiebestand kunnen opschorten, omdat een aantal regels in het declaratiebestand fouten bevat, is afhankelijk van de overeenkomsten die ziekenhuizen en zorgverzekeraars met elkaar sluiten. Een dergelijke opschortingsmogelijkheid is niet de bedoeling geweest van de partijen bij het Convenant ketenprocessen medisch-specialistische zorg. Er is dan ook aanleiding om opschorting contractueel uit te sluiten. Daarnaast dienen ziekenhuizen ook met VECOZO (Veilige Communicatie in de Zorg) en DBC Onderhoud (diagnosebehandelingcombinatie) overeenkomsten te sluiten, welke overeenkomsten op elkaar en op de overeenkomst met de zorgverzekeraar zijn afgestemd. Dit is noodzakelijk om te voorkomen dat betaling feitelijk toch wordt opgeschort.

**1 Inleiding**

Ziekenhuizen declareren elektronisch aan zorgverzekeraars door toezending van een declaratiebestand dat uit meerdere regels bestaat. Ziekenhuizen declareren doorgaans maandelijks. Een dergelijk bestand kan een waarde vertegenwoordigen van miljoenen euro's. Declareren geschiedt via VECOZO, een aparte entiteit die is opgericht door de zorgverzekeraars. VECOZO controleert de declaratieregels nu nog in beperkte mate, maar het is de bedoeling van zorgverzekeraars om vanaf 2012 steeds meer controles door VECOZO te laten doen. Volgens de 'Visie op controles in de keten' van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) (juli 2010) dienen de controles zo vroeg mogelijk in de keten plaats te vinden en bij voorkeur door de zorgaanbieder zelf.

Het declaratiebestand gaat in de toekomst gepaard met een zogenaamde hash-code. Deze hash-code wordt vastgesteld door DBC Onderhoud. Het ziekenhuis levert aan DBC Onderhoud de gegevens met betrekking tot de diagnose, de zorgactiviteiten en het aantal ligdagen. Vervolgens bepaalt DBC Onderhoud de hash-code, waarna het ziekenhuis het declaratiebestand, voorzien van hash-codes, indient bij VECOZO.

Van tijd tot tijd bevatten declaratieregels fouten. Dit betreft ongeveer anderhalf procent van de declaratieregels. Het gaat daarbij om technische fouten zoals een verkeerde postcode van een patiënt. Tot op heden betaalden de zorgverzekeraars, in geval van een fout, het declaratiebestand met uitzondering van de declaratieregels die de fouten bevatten. Vanaf 2012 lijkt het echter de bedoeling van zorgverzekeraars te zijn om VECOZO het gehele declaratiebestand terug te laten sturen naar de zorgaanbieder. Feitelijk schorten de zorgverzekeraars

1. Simona Tiems is advocaat gezondheidsrecht.

betaling van het gehele bestand dan op totdat het gehele bestand foutloos is aangeleverd. De juridische vraag die nu voorligt, is of de zorgverzekeraars hun betalingsverplichting inderdaad op die wijze mogen opschorten. Dit geldt te meer wanneer de fout verband houdt met de hash-code die door DBC Onderhoud is vastgesteld en waarop het ziekenhuis zelf geen invloed heeft.

## 2 Convenanten en andere afspraken

Omstreeks 2005 hebben de NVZ vereniging van ziekenhuizen, de Nederlandse Federatie van Universitair medische centra (NFU) en ZN een Convenant Declaratieverkeer gesloten. Doelstelling van dit convenant was het declaratieverkeer zo veel mogelijk elektronisch te laten verlopen. In dit convenant is opgenomen dat de via VECOZO gedeclareerde declaraties binnen dertig kalenderdagen na ontvangst door de zorgverzekeraar betaalbaar worden gesteld. Indien de zorgverzekeraar (delen van) de declaratie betwist, is hij ten aanzien van het betwiste gedeelte niet gehouden aan de hier overeengekomen betalingstermijn, mits hij binnen deze termijn schriftelijk gemotiveerd aan het ziekenhuis te kennen heeft gegeven op welke punten hij bezwaar heeft. Uitgangspunt is dus steeds geweest dat goedgekeurde delen van de declaratie worden betaald.

Inmiddels is een nieuw convenant in concept opgesteld: het Convenant ketenprocessen medisch-specialistische zorg. Dit zal hoogstwaarschijnlijk binnenkort door de NVZ, de NFU en ZN ondertekend worden. Bijlage 2 bij dit convenant is een concept Uniforme Declaratieparagraaf.

In de overwegingen van het nieuwe convenant (hierna: 'het convenant') wordt ingegaan op de status van het convenant: de ondergetekenden zijn brancheorganisaties en zij zullen zich maximaal inspannen om te bewerkstelligen dat hun leden de afspraken in het convenant naleven. Met andere woorden: het convenant bevat geen directe verplichtingen voor zorgverzekeraars of zorgaanbieders. Een rechter kan in het convenant echter wel aanknopingspunten vinden wanneer hij bijvoorbeeld een vraagstuk omtrent redelijkheid en billijkheid in de relatie tussen een individuele zorgverzekeraar en zorgaanbieder zou moeten beoordelen. Het convenant zal daarom ook bij onderhandelingen tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars een rol moeten spelen.

In het convenant staat dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars zich verplichten om de Uniforme Declaratieparagraaf te hanteren die is opgenomen als bijlage bij het convenant. Deze paragraaf moet worden opgenomen als bijlage bij een zorgovereenkomst of een administratieve overeenkomst tussen een zorgaanbieder en een zorgverzekeraar en vormt daar één geheel mee, aldus het convenant. Dit lijkt een dwingende afspraak voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders, maar zoals in de reeds genoemde laatste alinea van de overwegingen staat, kunnen de brancheorganisaties geen dwingende afspraken maken voor hun leden. Als gezegd, kan het stuk wel een belangrijke rol spelen in een eventuele procedure of bij onderhandelingen.

Voorts staat in het convenant nog een aantal afspraken, bijvoorbeeld over de declaratie- en betaaltermijn (6 maanden respectievelijk 30 kalenderdagen) waar zorgaanbieders en zorgverzekeraars echter van kunnen afwijken. De afspraken zoals weergegeven in het convenant vormen voor eventuele afwijkende afspraken wel de ondergrens. Bij digitale declaraties hanteren zorgverzekeraars voor de betaalbaarstelling vanaf de datum van ontvangst van de factuur een betaaltermijn van maximaal dertig kalenderdagen. Een uitzondering met betrekking tot correcties en herdeclaraties of in geval van 'fouten' in declaratieregels wordt hierbij niet gemaakt.

In de concept Uniforme Declaratieparagraaf is de wijze van declareren beschreven (via VECOZO en elektronisch met hantering van de UZOVI-codes (Unieke Zorgverzekeraars-identificatie)). Ook is beschreven dat als het declaratiebestand niet leesbaar of beschadigd is, het declaratiebestand wordt afgewezen en de zorgaanbieder gehouden is per omme-gaande een nieuw declaratiebestand aan te leveren. Aannemelijk is dat het bij een onleesbaar of beschadigd bestand gaat om een bestand dat in zijn geheel niet leesbaar of beschadigd is en dat het dus niet gaat om een bestand dat gedeeltelijk niet leesbaar is. Elders in de Declaratieparagraaf staat dat de afhandeling van declaratieregels door de zorgverzekeraar wordt uitgevoerd volgens het principe dat de zorgverzekeraar foutief aangeleverde regels niet corrigeert en daarom niet verwerkt en/of (gedeeltelijk) uitbetaalt. A contrario zou dit moeten betekenen dat de regels die goed zijn aangeleverd wél worden verwerkt en uitbetaald. Dit wordt bevestigd door artikel 6, lid 3 van het convenant waarin staat dat de zorgverzekeraar de goedgekeurde regels van de ingediende declaratie betaalt aan de zorgaanbieder op het door de zorgaanbieder vooraf aangegeven bankrekeningnummer.

Mogelijk is ook artikel 7 van het convenant relevant. Daarin is vastgelegd dat indien een declaratie niet voldoet aan de specificaties van de externe integratiestandaard, de zorgverzekeraar de zorgaanbieder door middel van retourinformatie via VECOZO hierover zo spoedig mogelijk informeert. De zorgverzekeraar stelt conform de eisen van de externe integratiestandaard de retourinformatie beschikbaar volgens dezelfde versie van de standaard als waarmee het declaratiebericht is verzonden. Uit artikel 6, lid 3 en artikel 7 van de concept Uniforme Declaratieparagraaf lijkt dus te volgen dat eventuele foutieve declaratieregels (via VECOZO) door de zorgverzekeraar worden ontvangen. Het lijkt dus niet de bedoeling van de partijen bij het convenant te zijn dat VECOZO de foutieve declaratieregels, dan wel het gehele declaratiebestand, terugstuurt nog voordat de zorgverzekeraar daarvan heeft kennisgenomen.

### 3 Juridische beschouwing

In beginsel is het de verantwoordelijkheid van een ziekenhuis om zorg te dragen voor correcte declaraties. De vraag is wel of de zorgverzekeraar het recht heeft om betaling van een geheel declaratiebestand achterwege te laten als een aantal regels fouten bevat.

Uit het conceptconvenant en de concept Uniforme Declaratieparagraaf tussen NVZ, NFU en ZN volgt dat het niet de bedoeling van deze brancheorganisaties is om de zorgverzekeraar het recht te geven om betaling van een geheel declaratiebestand op te schorten indien enkele regels fouten bevatten. Hoewel alleen de brancheorganisaties partij zijn bij dit con-

venant en de zorgverzekeraars en zorgaanbieders er niet direct aan zijn gebonden, zijn deze afspraken wel relevant voor de individuele afspraken die zorgverzekeraars en zorgaanbieders met elkaar maken. De overeenkomsten die ziekenhuizen en zorgverzekeraars met elkaar zullen sluiten voor 2012, zullen uiteindelijk doorslaggevend zijn.

Ziekenhuizen doen er goed aan om voor 2012 en daarna niet in te stemmen met een artikel in de overeenkomst met de zorgverzekeraars dat de zorgverzekeraars het recht geeft de betalingsverplichtingen op te schorten indien het declaratiebestand (deels) gebreken vertoont, of een afspraak van soortgelijke strekking. Hooguit zouden de Uniforme Declaratieparagraaf en met name artikel 6, lid 3 en artikel 7 van toepassing moeten worden verklaard. Dat is ook de bedoeling van de brancheorganisaties NVZ, ZN en NFU. In het licht van die bepalingen is het gerechtvaardigd het recht van opschorting van de zorgverzekeraar uit te sluiten.

In sommige overeenkomsten met betrekking tot eerstelijnszorg is de volgende bepaling opgenomen:

*De Zorgaanbieder draagt zorg voor inhoudelijk kwalitatief goede declaraties. Bij een grotendeels foutief aangeleverde declaratie of hoog uitvalpercentage wordt de gehele declaratie door de zorgverzekeraar afgekeurd.*

Een dergelijke afspraak is redelijker dan de afspraak dat een geheel declaratiebestand kan worden afgekeurd, indien slechts enkele regels fouten bevatten. Echter, het nadeel aan bovengenoemde tekst is dat niet duidelijk is wat moet worden verstaan onder 'een grotendeels foutief aangeleverde declaratie' of een 'hoog uitvalpercentage'. Discussie daaromtrent is geenszins uitgesloten, zodat voor een dergelijke afspraak niet gekozen zou moeten worden.

Als zorgverzekeraar en ziekenhuis het recht van de zorgverzekeraar om zijn betalingsverplichting op te schorten niet contractueel uitsluiten, zou de zorgverzekeraar mogelijk op grond van de wet (artikelen 6:52 BW en 6:262 BW) zijn vordering kunnen opschorten. Volgens de wet kan een schuldenaar (in dit geval de zorgverzekeraar), die een opeisbare vordering heeft op zijn schuldeiser (het ziekenhuis), de nakoming van zijn verbintenis (betaling) opschorten tot voldoening van zijn vordering plaatsvindt, indien tussen vordering en verbintenis voldoende samenhang bestaat om deze opschorting te rechtvaardigen.

De zorgverzekeraar kan van het ziekenhuis vorderen om correct te declareren. Een dergelijke vordering is pas opeisbaar als de termijn waarbinnen het ziekenhuis moet declareren is verstreken. Tot die tijd is opschorting niet mogelijk. Bovendien kan de uitoefening van een opschortingsrecht na het verstrijken van die termijn in de gegeven omstandigheden geheel of gedeeltelijk onaanvaardbaar zijn naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid. Verdedigbaar is dat opschorting van de betaling van het gehele declaratiebestand, omdat slechts enkele regels uit het declaratiebestand fouten bevatten, buitenproportioneel is. Dit geldt te meer nu de brancheorganisaties er volgens het conceptconvenant geen blijk van hebben gegeven de zorgverzekeraar een opschortingsrecht ten aanzien van het gehele declaratiebestand te willen toekennen in een dergelijke situatie.

#### 4 De rol van VECOZO

Het is raadzaam dat ziekenhuizen ook een overeenkomst met VECOZO sluiten. Van belang is dan dat de ziekenhuizen niet instemmen met een bepaling die VECOZO de mogelijkheid biedt om een geheel declaratiebestand terug te sturen naar het ziekenhuis wanneer het declaratiebestand fouten bevat. Alleen de regels die fouten bevatten moet VECOZO terugsturen. Het overige deel moet worden doorgezonden naar de zorgverzekeraar die dan tot betaling moet overgaan. Bovendien zou afgesproken moeten worden dat VECOZO, als er fouten worden aangetroffen, aangeeft aan het ziekenhuis welke regels het betreft en welke fout is gemaakt. Het is van belang om ter zake ook met VECOZO duidelijke afspraken te maken, omdat anders de situatie kan ontstaan dat ondanks de afspraak tussen het ziekenhuis en de zorgverzekeraar, inhoudende dat de zorgverzekeraar declaratiebestanden niet in zijn geheel retourneert, dit feitelijk toch gebeurt omdat VECOZO het declaratiebestand tegenhoudt.

#### 5 De rol van DBC Onderhoud

In de toekomst zijn ziekenhuizen verplicht gebruik te maken van de diensten van DBC Onderhoud. DBC Onderhoud kan fouten maken bij het toekennen van een hash-code, ten gevolge waarvan de zorgverzekeraar het gehele declaratiebestand wellicht weigert. Of de zorgverzekeraar dat inderdaad mag, hangt primair af van de afspraken tussen ziekenhuis en zorgverzekeraar zoals hiervoor besproken. Toch behoeft de rol van DBC Onderhoud bespreking. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft aan DBC Onderhoud een bepaalde taak opgedragen. Inmiddels geldt de Regeling verplichte aanlevering Minimale Dataset Somatische zorg (MDS).<sup>2</sup> Volgens deze beleidsregel moeten zorgaanbieders maandelijks de MDS, waarvan in de beleidsregel is omschreven waaruit deze bestaat, elektronisch aanleveren aan het DIS (DBC-informatiesysteem). Het DIS is een onafhankelijke afdeling binnen de Stichting DBC Onderhoud, die diensten aanbiedt om aanlevering van de MDS mogelijk te maken, te weten verzameling, opslag en uitlevering van gegevens. Het doel van deze beleidsregel is 'de uitvoering van de wettelijke taken met betrekking tot het onderhoud van de tot het DBC-systeem deel uitmakende prestatiebeschrijvingen en tarieven, teneinde de publieke belangen van de zorg te borgen. Hieronder zijn mede begrepen de Wmg-taken (Wet marktordening gezondheidszorg) op het gebied van tarifiering en budgettering.'<sup>3</sup> Een ander doel van de beleidsregel is het verstrekken van informatie aan het ministerie van VWS over de ontwikkeling van de bekostiging en financiering van de medisch-specialistische zorg. Een derde doel is het monitoren en analyseren van marktontwikkelingen en zo nodig ingrijpen op grond van wettelijke taken of de minister van VWS adviseren nadere maatregelen te treffen in die deelsectoren van de medisch-specialistische zorg. Het voorzien van de MDS van een hash-code teneinde te kunnen declareren bij de zorgverzekeraar, via VECOZO, wordt niet als een van de doelstellingen van de beleidsregel geformuleerd. Wel staat in de toelichting bij de beleidsregel dat de datakwaliteit de verantwoordelijkheid is van de zorgaanbieder (en dus niet van DBC Onderhoud). Het gaat daarbij

2. [www.nza.nl](http://www.nza.nl), nadere regel CI/NR 100.083.

3. Artikel 3.

dan echter om het aanleveren van de MDS aan DIS ten behoeve van de NZa en het ministerie van VWS teneinde de doelstellingen van de beleidsregel te kunnen realiseren.

Uit het bovenstaande volgt dat zorgaanbieders een wettelijke (in de beleidsregel van NZa vastgelegde) verplichting hebben om gebruik te maken van DIS bij de Stichting DBC Onderhoud, maar dat het gebruikmaken van de grouper, die de Stichting DBC Onderhoud levert ten behoeve van het declareren, niet verplicht lijkt te zijn gesteld. Oorzaak daarvan kan ook zijn dat het gebruik van de grouper thans nog getest wordt. De NZa zou deze verplichting in de toekomst alsnog kunnen opleggen, bijvoorbeeld op grond van artikel 37 Wet marktordening gezondheidszorg.

Op de website [www.dbconderhoud.nl](http://www.dbconderhoud.nl) staat een 'gebruikersovereenkomst grouper schaduwdraaien' tussen de Stichting DBC Onderhoud en een zorginstelling, waaraan als bijlage 1 een service level agreement (SLA-)grouper is gehecht. Laatstgenoemde gebruikersovereenkomst en SLA verdienen nadere bespreking. Op deze overeenkomsten is het nodige aan te merken. Hierna zullen echter alleen de elementen besproken worden die voor dit artikel relevant zijn. In de overwegingen wordt geen wet of beleidsregel genoemd die verplicht tot het gebruik van de grouper. Van belang is voorts dat in de overwegingen staat dat er voor 1 oktober 2011 een evenwichtige overeenkomst ten behoeve van het in productie gebruiken van de grouper zal worden opgesteld, welke recht doet aan de rechten en plichten van alle partijen. De betreffende overeenkomst zal ter ondertekening worden voorgelegd één maand voor de afloop van de periode van schaduwdraaien. Geen van de in de conceptovereenkomst opgenomen bepalingen maakt automatisch deel uit van de nieuwe, nog op te stellen overeenkomst, zo staat in de overwegingen. Aanpassing van de 'gebruikersovereenkomst grouper schaduwdraaien' is dus nog mogelijk, afhankelijk van het moment waarop de periode van schaduwdraaien afloopt.

Voor de beantwoording van de onderhavige vraag is de aansprakelijkheidsparagraaf van belang. Daar staat dat de aansprakelijkheid van DBC Onderhoud is beperkt tot vijfhonderdduizend euro per gebeurtenis, waaronder begrepen een reeks van samenhangende gebeurtenissen, voor alle gebruikers tezamen. Enigszins cryptisch is vervolgens beschreven dat in geval van een incident of een reeks samenhangende incidenten er geen sprake is van een gebeurtenis wanneer dat incident of die reeks samenhangende incidenten zich langer dan een onafgebroken periode van 24 uur voordoen. Een incident is 'iedere afwijking in het functioneren van de grouper ten opzichte van de functionele specificaties, dan wel ten opzichte van de overeengekomen technische eisen of normen inzake beschikbaarheid en performance, zoals beschreven in de service level agreement (artikel 1.1).' Waarschijnlijk is bedoeld dat DBC Onderhoud de kans moet krijgen om dergelijke afwijkingen binnen 24 uur te herstellen. Lukt dat niet, dan is de schade die DBC Onderhoud maximaal vergoedt voor alle gebruikers tezamen beperkt tot vijfhonderdduizend euro. Vervolgens is ook de verjaringstermijn beperkt: iedere vordering tot schadevergoeding moet binnen achttien maanden na het ontstaan van de schade worden ingediend. Voorts is van belang dat in de overeenkomst staat dat DBC Onderhoud zich zal inspannen om de grouper beschikbaar te stellen en te laten functioneren conform het in de service level agreement bepaalde. Dit is een onvoldoende afdwingbare opdracht aan DBC Onderhoud. Het gaat immers niet om een resul-

taatsverbintenis maar slechts om een inspanningsverbintenis. Dat zou in deze overeenkomst aangepast moeten worden. De beperking van aansprakelijkheid van DBC Onderhoud tot een bedrag van vijfhonderdduizend euro voor alle gebruikers tezamen is evenmin acceptabel.<sup>4</sup> De thans beschreven beperking van aansprakelijkheid is onaanvaardbaar, omdat ziekenhuizen van de grouper afhankelijk zullen zijn om te kunnen declareren bij VECOZO en dus bij de zorgverzekeraar. Als DBC Onderhoud tekort schiet, zal de zorgverzekeraar, afhankelijk van de afspraken met de ziekenhuizen, mogelijk niet betalen en lijden de ziekenhuizen schade in de vorm van, bijvoorbeeld, gedeelde rente. De conceptovereenkomsten zouden zodanig moeten worden aangepast dat recht wordt gedaan aan de belangen van de ziekenhuizen (zoals in de overwegingen staat).

## 6 Conclusie

Ziekenhuizen declareren via VECOZO, een door de zorgverzekeraars opgerichte entiteit, aan zorgverzekeraars. Dit geschiedt door een declaratiebestand aan VECOZO te sturen. VECOZO leidt dit declaratiebestand door naar de zorgverzekeraars. Van tijd tot tijd bevat een aantal declaratieregels uit het declaratiebestand fouten. Tot op heden betaalden de zorgverzekeraars in een dergelijk geval het declaratiebestand, met uitzondering van de declaratieregels die de fouten bevatten. Vanaf 2012 zou een aantal zorgverzekeraars voornemens zijn om VECOZO het gehele declaratiebestand terug te laten sturen naar het ziekenhuis, waardoor betaling van het gehele declaratiebestand uitblijft totdat de fouten gecorrigeerd zijn. Feitelijk schorten de zorgverzekeraars betaling van het gehele bestand dan op tot dat het gehele bestand foutloos is aangeleverd.

Of de zorgverzekeraars op deze wijze hun betalingsverplichtingen mogen opschorten is grotendeels afhankelijk van de overeenkomsten die zorgverzekeraars en ziekenhuizen met elkaar zullen sluiten. In artikel 6, lid 3 van de concept Uniforme Declaratieparagraaf, bijlage bij het concept Convenant ketenprocessen medisch-specialistische zorg tussen NVZ en NFU en ZN, staat dat de zorgverzekeraar de goedgekeurde regels van de ingediende declaratie betaalt aan de zorgaanbieder op het door de zorgaanbieder vooraf aangegeven bankrekeningnummer. Het is uitdrukkelijk de bedoeling van de brancheorganisaties om deze paragraaf van toepassing te verklaren op de verhoudingen tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars. Artikel 6, lid 3 moet dus in ieder geval van toepassing zijn op die verhouding. Datzelfde geldt voor artikel 7 waarin staat dat de zorgverzekeraar de zorgaanbieder door middel van retourinformatie via VECOZO zo spoedig mogelijk informeert over een declaratie die niet voldoet aan de specificaties van de externe integratiestandaard. Deze bepalingen rechtvaardigen dat het opschortingsrecht van de zorgverzekeraar ten aanzien van het gehele declaratiebestand wanneer een aantal regels van dat bestand fouten bevat, contractueel wordt uitgesloten. De zorgverzekeraar heeft dan niet het recht om zijn betaling op te schorten.

4. Dit geldt te meer indien de NZa de ziekenhuizen zou verplichten om gebruik te maken van de grouper van DBC Onderhoud. Ter vergelijking: Tweede Kamerleden dienden een motie in tegen de beperking van de aansprakelijkheid door het Nictiz (Nationaal ICT Instituut in de Zorg) ten opzichte van zorgverleners. De zorgverleners zouden wettelijk verplicht worden om gebruik te maken van de diensten van het Nictiz (het Landelijk Schakelpunt) in verband met het Landelijke BPD (elektronisch patiëntendossier). Juist vanwege deze plicht, was het niet acceptabel dat het Nictiz zijn aansprakelijkheid vervolgens zou beperken (TK 2008-2009, 31 466 nr. 38).

Als ziekenhuizen en zorgverzekeraars ter zake niets expliciet overeenkomen, heeft de zorgverzekeraar waarschijnlijk uit hoofde van de wet evenmin een recht zijn betalingen op te schorten. Een dergelijk opschortingsrecht heeft de zorgverzekeraar pas op het moment dat het ziekenhuis niet binnen de daartoe gestelde termijn declareert. Bovendien kan de uitoefening van een wettelijk opschortingsrecht in de gegeven omstandigheden onaanvaardbaar zijn naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid, omdat het een buitenproportionele maatregel is. Zou een rechter op enig moment oordelen over de rechtmatigheid van een opschortingsrecht, dan speelt bovendien voornoemde Uniforme Declaratieparagraaf bij het convenant tussen de brancheorganisaties een rol.

De wettelijke bepalingen inzake opschortingsrechten zijn van aanvullend recht. Partijen kunnen daar dus contractueel van afwijken. Zo kan een opschortingsrecht van de zorgverzekeraar, als gezegd, worden uitgesloten.

Voorts zouden ziekenhuizen er goed aan doen om ook met VECOZO contractueel af te spreken dat VECOZO niet het recht heeft om een geheel declaratiebestand tegen te houden wanneer een aantal regels fouten bevat. VECOZO moet het gehele declaratiebestand doorgeleiden naar de zorgverzekeraar, zodat die tot betaling van de juiste declaratieregels kan overgaan. Daarnaast dient VECOZO aan het ziekenhuis aan te geven welke regels fouten bevatten, zodat het ziekenhuis spoedig tot correctie kan overgaan. Ook dat moet contractueel worden vastgelegd.

Op dit moment is er nog geen wettelijke plicht van het ziekenhuis om gebruik te maken van de grouper van DBC Onderhoud. De NZa zou een dergelijke verplichting wel kunnen opleggen. Ook zonder een dergelijke wettelijke plicht kunnen ziekenhuis en zorgverzekeraar met elkaar overeenkomen dat van deze service van DBC Onderhoud gebruik wordt gemaakt. In de overeenkomst tussen ziekenhuis en zorgverzekeraar moet dan overeengekomen worden dat het verbod van de zorgverzekeraar om betaling op te schorten geldt, ongeacht de oorzaak c.q. veroorzaker van de fout. Daarnaast dient de conceptovereenkomst tussen ziekenhuis en DBC Onderhoud, zoals deze thans voorligt, te worden herzien. Niet alleen zijn de verplichtingen van DBC Onderhoud in die overeenkomst slechts als inspanningsverplichtingen beschreven, ook is de aansprakelijkheid van DBC Onderhoud onredelijk beperkt. Dit geldt te meer wanneer de grouper niet functioneert en het ziekenhuis niet op een andere wijze kan declareren. De schade voor de ziekenhuizen zal eveneens beperkt blijven indien de zorgverzekeraar toch tot betaling van de juiste regels uit dat declaratiebestand zal overgaan, terwijl door toedoen van DBC Onderhoud een aantal regels uit een declaratiebestand fouten bevat.

Al met al wordt het contracteren met zorgverzekeraars er voor ziekenhuizen niet eenvoudiger op. Het is zaak alert te zijn op de mogelijkheden die het Burgerlijk Wetboek en het convenant bieden en daarop in te spelen. Ook doen ziekenhuizen er goed aan om met alle betrokken partijen (zorgverzekeraar, VEZOZO, DBC Onderhoud) afspraken te maken die op elkaar zijn afgestemd, zodat betalingen niet kunnen worden opgeschort wanneer een aantal declaratieregels fouten bevat. ◀