



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, vertegenwoordigd door de heer C te B, tegen FBTO Zorgverzekeringen
N.V. te Utrecht en Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist
Zaak : Eigen risico, geneeskundige zorg, DBC-systematiek
Zaaknummer : 201401790
Zittingsdatum : 28 januari 2015



Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en mr. H.A.J. Kroon)



(Voorwaarden zorgverzekering 2013, artt. 10, 11, 19 en 21 Zvw, 2.1, 2.4, 2.17, 2.18 en 2.19 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2013)

1. Partijen



Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door de heer C te B,
tegen

- 
- 1) FBTO Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, en
 - 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 
- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Genoemde verzekering is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
De eveneens afgesloten aanvullende ziektekostenverzekeringen Therapieën en Buitenland zijn niet in geschil en blijven om die reden verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 
- 3.1. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 28 november 2013 een bedrag van € 290,95 bij verzoekster in rekening gebracht in verband met het verplicht eigen risico voor 2013.
- 
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brieven van 27 februari 2014 en 27 juni 2014, en e-mailbericht van 17 maart 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 
- 3.3. Nadat verzoekster de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen had benaderd, heeft de Ombudsman Zorgverzekeringen haar op 12 augustus 2014 medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling. Verzoekster is daarbij gewezen op de mogelijkheid de kwestie voor bindend advies voor te leggen aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen.
- 
- 3.4. Bij brief van 16 september 2014 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar het bedrag van € 290,95 niet bij haar in rekening mag brengen (hierna: het verzoek).
- 
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 

-  3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 11 november 2014 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 18 november 2014 aan verzoekster gezonden.
-  3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 25 november 2014 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 12 januari 2015 telefonisch medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
-  3.8. Verzoekster is op 28 januari 2015 in persoon gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch aan de zitting deelgenomen.
-  3.9. Verzoekster heeft ter zitting een pleitnota overgelegd en voorgedragen. Daarnaast heeft verzoekster de brief van de Ombudsman Zorgverzekeringen van 12 augustus 2014 en de brief van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 6 november 2014 overgelegd. Afschriften van deze stukken zijn op 2 februari 2015 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
-  4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
-  4.1. Verzoekster is in 2013 door de huisarts verwezen naar een medisch specialist. Zij was vooraf niet op de hoogte van het feit dat de kosten hiervan voor haar rekening zouden komen. Het consult bij de medisch specialist heeft ongeveer vijftien minuten geduurd. In het ziekenhuis zijn geen onderzoeken verricht. Evenmin heeft een verder behandeltraject plaatsgevonden. Verzoekster vindt daarom het door het ziekenhuis gedeclareerde en door de ziektekostenverzekeraar vergoede tarief van € 290,95 buitensporig hoog.
-  4.2. Uit de correspondentie met de ziektekostenverzekeraar is verzoekster gebleken dat door het ziekenhuis met een bepaalde code een vast bedrag wordt gedeclareerd, ongeacht of gebruik is gemaakt van een verder zorgtraject. Verzoekster stelt dat daarom sprake is van een collectieve heffing oftewel een solidariteitsheffing, waarbij geen onderscheid wordt gemaakt wie het aangaat (verzoekster is werkloos en krijgt pas sinds kort een kleine uitkering). Door de huidige manier van het in rekening brengen van kosten, betaalt verzoekster mee aan de zorg die aan andere patiënten wordt verleend. Dit is onacceptabel. Verzoekster vindt dat alleen de werkelijke kosten bij haar in rekening mogen worden gebracht, waarbij per verrichting is vermeld wat deze kost.
-  4.3. Uit de 'DBC special' blijkt dat voor een consult op de polikliniek gemiddeld € 100,-- wordt gedeclareerd. Dit is dus veel minder dan in het onderhavige geval is berekend. Verzoekster is daarom van mening dat het ziekenhuis kosten in rekening heeft gebracht die niet zijn gemaakt, hetgeen zij bestempelt als fraude dan wel oplichting.
-  4.4. Verzoekster is wettelijk verplicht een zorgverzekering af te sluiten - waardoor sprake is van een collectieve verplichting - voor welke verzekering een verplicht eigen risico geldt. Dit eigen risico wordt kennelijk niet alleen gebruikt voor de zorg van de betreffende verzekerde, maar ook voor zorg die wordt verleend aan anderen.
-  4.5. De ziektekostenverzekeraar heeft in de onderhavige kwestie niet of in onvoldoende mate opgetreden als belangenbehartiger van verzoekster. Een verplichting die de ziektekostenverzekeraar met haar is aangegaan, maar in de uitvoering waarvan de ziektekostenverzekeraar zich slechts heeft laten leiden door de met de zorgaanbieder contractueel vastgelegde verplichtingen. Ongeacht deze afspraken had de ziektekostenverzekeraar de nota moeten controleren, waarbij de belangen van verzoekster (als klant van de ziektekostenverzekeraar) hadden moeten prevaleren boven die van de zorgaanbieder.
-  4.6. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar, omdat het afsluiten van een zorgverzekering wettelijk verplicht is, op een aantal vlakken min of meer de wettelijk vertegenwoordiger is van verzoekster, en dien overeenkomstig moet handelen. Dat de



ziektekostenverzekeraar een maximaal te declareren budget afsprekt met het ziekenhuis, vindt verzoekster te vrijblijvend en niet in haar belang. De ziektekostenverzekeraar gaat ervan uit dat hetgeen door het ziekenhuis wordt gedeclareerd juist is, en gaat zonder meer over tot betaling van de nota. Vervolgens wordt zo mogelijk via een automatische incasso de verantwoordelijkheid afgeschoven op de patiënt. Bij een verschil van mening over de declaratie moet de patiënt zelf maar uitzoeken of het gedeclareerde juist is. Verzoekster benadrukt dat het voor haar niet duidelijk is hoe het gedeclareerde tarief is opgebouwd.



De Zvw gaat uit van de individuele verzekeringnemer. In de Zvw of de hierop gebaseerde regelgeving wordt niet vermeld dat een zorggebruiker op enigerlei wijze verantwoordelijk is of kan worden gehouden voor zorg en zorgkosten die niet aan hem persoonlijk zijn besteed. Dit geldt ook voor het eigen risico. Verzoekster acht het in strijd met de Zvw en de hierop gebaseerde Bzv en Rzv dat bij haar kosten ten laste van haar eigen risico in rekening worden gebracht, die geen betrekking hebben op zorg die door haar is genoten.



Verzoekster is van mening dat het huidige DBC-systeem niet leidt tot goede en betaalbare zorg, zoals door de ziektekostenverzekeraar wordt gesteld. Dit systeem is ondoorzichtig en werkt fraude in de hand. Het is verzoekster duidelijk dat het DBC-systeem niet in haar belang is en zij betwijfelt of de ziektekostenverzekeraar de afspraken, die kennelijk namens verzoekster zijn gemaakt, ook heeft mogen maken.



Daarnaar gevraagd ontkent verzoekster dat een onjuiste DBC is gehanteerd.



4.7. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.



5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar



5.1. Verzoekster heeft medisch specialistische zorg genoten. Voor deze zorg (een eerste poliklinisch consult) heeft het ziekenhuis een nota met DBC-presatiecode 15C266 ten bedrage van € 290,95 ter declaratie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. Dit bedrag bestaat uit € 188,54 aan ziekenhuiskosten en € 102,41 aan honorarium. De omschrijving die bij deze DBC-prestatiecode hoort is: consult op de polikliniek bij een stofwisselingsstoornis. Het is voor de ziektekostenverzekeraar niet mogelijk de hoogte dan wel de juistheid van de declaratie ter discussie te stellen, omdat hij niet weet welke zorg exact is verleend. Indien verzoekster niet tevreden is over de (inhoudelijk) geleverde prestatie gerelateerd aan de kosten die hiervoor in rekening zijn gebracht, zal zij dit kenbaar moeten maken bij de zorgverlener, omdat alleen zij en de zorgverlener (inhoudelijk) op de hoogte zijn van de verrichtingen die hebben plaatsgevonden.



5.2. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) stelt de zorgproducten, tarieven en regelgeving vast. Daarnaast heeft de overheid met zorgverleners afgesproken dat zij niet elke handeling apart mogen declareren, maar alleen met behulp van DBC's. DBC staat voor Diagnose Behandeling Combinatie. Dit is het totale traject vanaf de diagnose van de specialist tot en met de (eventuele) ziekenhuis-/medisch specialistische behandeling die hieruit volgt. Een DBC bestaat uit alle activiteiten van een ziekenhuis en medisch specialist die het gevolg zijn van een bepaalde zorgvraag. De NZa bepaalt de hoogte van het (maximale) honorarium van de hoofdbehandelaar. Welke kosten daar nog bijkomen, bepaalt het ziekenhuis. Het tarief dat wordt gefactureerd voor een DBC is een gemiddeld tarief en dus niet opgebouwd uit de feitelijk verrichte handelingen. De ziektekostenverzekeraar heeft in de situatie van verzoekster niets anders gedaan dan de regels, die door verschillende partijen (onder andere de overheid, maar ook patiënten belangenverenigingen) hiervoor zijn opgesteld, uit te voeren dan wel toe te passen. De ziektekostenverzekeraar deelt daarom de mening van verzoekster, dat hij niet of in onvoldoende mate is opgetreden als haar belangenbehartiger, niet.



5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar opgemerkt zich te kunnen voorstellen dat verzoekster ageert tegen de DBC-systematiek nu dit in dit specifieke geval nadelig uitpakt. Echter, er is sprake van twee onderscheiden overeenkomsten, te weten de behandelingsovereenkomst en de de verzekeringsovereenkomst. Hier gaat het in feite over de behandelingsovereenkomst en hiermee heeft de ziektekostenverzekeraar niets te maken. De prijs is iets uit de behandelovereenkomst. De verzekeringsovereenkomst geeft enkel recht op vergoeding, onder

 aftrek van het eigen risico. De ziektekostenverzekeraar onderhandelt als concern met de ziekenhuizen, met de intentie de kosten van de zorg zo laag mogelijk te houden. Dit is in ieders belang. Uitgangspunt is hierbij de solidariteit.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

 6.1. Gelet op de artikelen 17 van de zorgverzekering en 20 van de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.

 7. Het geschil

 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar een bedrag van € 290,95 ter zake van het verplicht eigen risico voor 2013 van verzoekster mag vorderen.

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 restitutiepols, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen 19 e.v. van de zorgverzekering.

 8.3. Artikel 21 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat.

 8.4. In artikel 1 van de zorgverzekering zijn de begripsbepalingen van de zorgverzekering opgenomen. Hierin is onder andere het begrip DBC gedefinieerd, en deze definitie luidt:

"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 365 dagen."

 8.5. Artikel 9 van de zorgverzekering regelt het verplicht eigen risico, en luidt, voor zover hier van belang:

*"Voor verzekerden van achttien jaar of ouder geldt een verplicht eigen risico van € 350,- per kalenderjaar. Dit verplicht eigen risico gaat in vanaf de eerste dag van de kalendermaand volgend op de maand waarin de verzekerde de leeftijd van achttien jaar heeft bereikt. Het verplicht eigen risico wordt in mindering gebracht op de aanspraak op zorg en/of vergoeding van de kosten van zorg vanuit de basisverzekering.
(...)"*

 8.6. De artikelen 1, 9 en 21 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.7. Artikel 11, lid 1, onderdeel b 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 vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv. Het verplicht eigen risico is geregeld in de artikelen 19 en 21 Zvw en nader uitgewerkt in de artikelen 2.17, 2.18 en 2.19 Bzv.
- 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. De commissie stelt voorop dat zij niet bevoegd is te oordelen over de juistheid van de door het ziekenhuis ingediende declaratie. Aangezien het ziekenhuis rechtstreeks bij de ziektekostenverzekeraar heeft gedeclareerd, heeft verzoekster niet vooraf inzage gehad in de nota en heeft zij niet de mogelijkheid gehad betaling te weigeren. De financiële consequenties komen - in de vorm van het eigen risico - echter wel voor haar rekening. De vraag die ter beantwoording voorligt, is derhalve of de ziektekostenverzekeraar betaling van de nota had moeten weigeren dan wel bij het ziekenhuis had moeten aandringen op correctie.
- 9.2. Door het ziekenhuis is op 1 augustus 2013 de DBC 15C266 (consult op de polikliniek bij een stofwisselingsstoornis) geopend. Deze is op 29 oktober 2013 gesloten. Door verzoekster is ter zitting bevestigd dat door het ziekenhuis de juiste DBC is gehanteerd.
- 9.3. In Nederland worden behandelingstrajecten vanaf de diagnose tot het eind van de behandeling voorzien van een code, de zogenaamde Diagnose Behandelcombinatie (DBC). Deze regeling is op 1 januari 2005 ingevoerd door de overheid en is gebaseerd op de Wet marktordening gezondheidszorg. De DBC-systematiek vormt voor de commissie een vast gegeven. Een DBC omvat het gehele behandeltraject inclusief verpleging en verzorging, verband- en hulpmiddelen en de tijdens de behandeling plaatsgevonden paramedische zorg en geneesmiddelen. Een DBC heeft een maximale looptijd van één jaar. Indien sprake is van een gedurende meerdere jaren doorlopende behandeling wordt steeds aansluitend een nieuwe DBC geopend. Een DBC is niet gebonden aan kalenderjaren. Deze manier van declareren vormt een gegeven. Door verzoekster is niet bestreden dat zij de onderhavige zorg heeft genoten. Haar bezwaar is enerzijds gericht tegen de systematiek - waardoor zij bijdraagt aan de kosten van behandeling van andere patiënten - en anderzijds tegen de hoogte van het tarief. Aangezien de DBC-systematiek uitgaat van een gemiddeld tarief, behorend bij een DBC/DOT, kan het inderdaad voorkomen dat een patiënt die niet het gehele behandeltraject doorloopt met relatief hoge kosten wordt geconfronteerd. Aan de andere kant is de patiënt die dit traject wel volledig moet doorlopen relatief goedkoper uit. Dit is inherent aan de door de overheid gekozen systematiek en kan geen reden zijn in de situatie van verzoekster terug te keren naar de wijze van declareren op basis van verrichtingen en ligdagen, zoals deze vóór 1 januari 2005 bestond. Ook al omdat aan die systematiek bepaalde onvolkomenheden kleefden zoals met name het feit dat patiënten die niet werden opgenomen niet meebetaalden aan de ziekenhuisvoorziening. Ten aanzien van de hoogte van het tarief geldt dat dit behoort bij de behandeling waarvan door verzoekster niet gemotiveerd is bestreden dat zij deze heeft genoten. Onder deze

 omstandigheden gaat de vergelijking met de gemiddelde kosten van een consult op de polikliniek niet op.

-  9.4. Ingevolge artikel 9 van de zorgverzekering is verzoekster in 2013 maximaal € 350,-- aan wettelijk verplicht eigen risico verschuldigd voor zorg en diensten die ten laste van de zorgverzekering komen. Tussen partijen is niet in geschil dat dit verplicht eigen risico tot het moment dat de onderhavige kosten werden gemaakt nog volledig open stond. Voorts staat vast dat deze kosten niet zijn uitgesloten van de eigen risicoregeling. De ziektekostenverzekeraar heeft derhalve terecht de in 2013 gemaakte kosten van medisch specialistische zorg ten laste van het eigen risico voor dat jaar gebracht.
- 

Conclusie

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

 10. Het bindend advies

-  10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 11 februari 2015,



prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter)