



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar UA te Tilburg
Zaak : Eigen risico, specificatie declaratieoverzicht
Zaaknummer : 201600361
Zittingsdatum : 14 september 2016

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden zorgverzekering 2015, artt. 19, 20 en 21 Zvw, 2.1, 2.17 en 2.18 Bzv, NZa - Nadere regel Informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (TH/NR-004))

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar UA te Tilburg, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de CZ Zorg-op-maatpolis (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).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. De zorgverzekeraar heeft aan verzoeker door middel van een declaratieoverzicht medegedeeld dat door Stichting Reumazorg Zuid-West Nederland (hierna: Stichting Reumazorg) een bedrag van € 730,03 is gedeclareerd. Hiervan heeft de zorgverzekeraar een bedrag van € 217,28 ten laste van het eigen risico 2015 van verzoeker gebracht.

3.2. Verzoeker heeft de zorgverzekeraar verzocht om een specificatie van de op het declaratieoverzicht vermelde kosten (hierna: het verzoek). Bij brief van 13 januari 2016 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld geen verdergaande specificatie van de betreffende zorg te kunnen verstrekken.

3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft ertoe geleid dat de zorgverzekeraar een overzicht heeft overgelegd van de zeven zorgactiviteiten die onder de betreffende DBC-zorgproductcode zijn gebracht.

3.4. Bij brief van 16 mei 2016 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar (i) ten onrechte € 217,28 van hem vordert, en (ii) op het declaratieoverzicht duidelijk dient te vermelden op welke zorg het verschuldigde eigen risico betrekking heeft (hierna: het verzoek).

3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 37,-- voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar 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 zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 6 juli 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 7 juli 2016 aan verzoeker gezonden.
-  3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker en de zorgverzekeraar hebben op respectievelijk 19 juli en 7 september 2016 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
-  3.8. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 14 september 2016 telefonisch gehoord.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
-  4.1. Verzoeker heeft van de zorgverzekeraar een declaratieoverzicht ontvangen, waarop is vermeld dat door Stichting Reumazorg een bedrag is gedeclareerd van totaal € 730,03. Hiervan heeft de zorgverzekeraar € 217,28 verrekend met het verplicht eigen risico 2015. De betreffende zorgkosten zijn omschreven als "Reumatologie - DBC Zorgproduct 07-08-2015 t/m 04-11-2015". Hierdoor is het voor verzoeker niet mogelijk te controleren waarvoor hij moet betalen. Verzoeker wenst een overzicht met de juiste medische omschrijvingen van de kosten te ontvangen.
-  4.2. In het kader van de bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen heeft de zorgverzekeraar uitgezocht dat Stichting Reumazorg een DBC-code heeft gedeclareerd met als omschrijving '3 tot 4 polikliniekbezoeken of meer dan 2 onderzoeken bij een reumatische aandoening'. Weliswaar is bij verzoeker tot twee keer toe materiaal uit zijn gewrichten opgezogen, maar dit materiaal had onderzocht moeten worden, hetgeen niet is gebeurd. Daarnaast blijkt uit de omschrijving dat er vier behandelmomenten hebben plaatsgevonden, terwijl er in werkelijkheid slechts drie behandelmomenten zijn geweest. Gelet op het voorgaande komt verzoeker tot de conclusie dat door Stichting Reumazorg onjuist is gedeclareerd.
-  4.3. Ter zitting is door verzoeker benadrukt dat een verzekerde of verzoek een specificatie van de zorgkosten moet krijgen. Hij heeft meerdere keren geschreven met de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder, maar het gevraagde blijkt niet leverbaar.
-  4.4. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar
-  5.1. De zorgverzekeraar stelt dat hij in november 2015 een declaratie heeft ontvangen van Stichting Reumazorg. Van het gedeclareerde bedrag (€ 730,03) heeft de zorgverzekeraar € 217,28 verrekend met het nog openstaande eigen risico 2015 van verzoeker.
-  5.2. Door Stichting Reumazorg werd DBC-zorgproductcode 131999156 gedeclareerd. De zorgverzekeraar begrijpt dat verzoeker een specificatie wenst van de gedeclareerde kosten die verder gaat dan de bij de code behorende omschrijving. Met betrekking hiertoe merkt de zorgverzekeraar op dat hij zowel op 4 januari 2016 als op 13 januari 2016 uitgebreid met verzoeker heeft gesproken over de onderhavige declaratie. Voorts heeft de zorgverzekeraar in zijn brief van 18 maart 2016 aan de Ombudsman Zorgverzekeringen de zeven zorgactiviteiten vermeld die onder de DBC-zorgproductcode zijn gebracht. De zorgverzekeraar meent aldus voldoende inzicht te hebben gegeven in de in rekening gebrachte kosten.
-  5.3. Ter zitting heeft de zorgverzekeraar zijn eerdere standpunt herhaald.
-  5.4. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op artikel A.22 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 zorgverzekeraar (i) terecht een bedrag van € 217,28 ten laste van het op dat moment nog openstaande verplicht eigen risico 2015 van verzoeker heeft gebracht, en (ii) of hij gehouden is de door Stichting Reumazorg gedeclareerde DBC op het declaratieoverzicht nader te specificeren.

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 zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen B1 e.v. van de zorgverzekering.
- 8.3. Artikel B.4. van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"B.4.1. Medisch specialistische zorg algemeen

*Het gehele artikel B.4. beschrijft de medisch specialistische zorg. U hebt daarbij recht op geneeskundige zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden.
(...)*

B.4.3. Medisch specialistische zorg zonder opname

Zorg: waar hebt u recht op?

De zorg omvat medisch specialistische zorg zonder opname. Deze zorg omvat onder andere:

- behandeling zonder dat opname plaatsvindt, zoals oogheelkundige zorg,*
- aanleggen van gips;*
- ECG-onderzoek*

Zorg of middelen die onderdeel van de behandeling kunnen zijn:

- de verpleging;*
- de geneesmiddelen;*
- de hulpmiddelen;*
- de verbandmiddelen;*
- laboratoriumonderzoek .*

Zorg of middelen die na de behandeling nodig is/zijn of die in het verlengde van de behandeling ligt/

liggen, vallen hier niet onder.

(...)"

- 8.4. Artikel A.12. van de zorgverzekering regelt het verplicht eigen risico. Deze bepaling luidt, voor zover hier van belang:

"A.12.1. Hoogte eigen risico

Als u 18 jaar of ouder bent, hebt u voor de zorgverzekering een verplicht eigen risico van € 375,- voor een heel jaar. Als de verzekering ingaat of eindigt na 1 januari of u na 1 januari 18 jaar wordt, is het verplicht eigen risico van dat jaar lager. Zie daarvoor ook artikelen A.12.6. en A.12.7.

*Verplicht eigen risico betekent dat u de eerste € 375,- aan kosten die u als vergoeding uit uw zorgverzekering zou hebben ontvangen, zelf moet betalen. Pas als u dit hebt gedaan, krijgt u de overige kosten die onder de dekking van uw zorgverzekering vallen van ons vergoed.
(...)*

A.12.2. Verrekening eigen risico

De kosten van zorg worden verrekend met het verplicht eigen risico van het jaar waarin de zorg is genoten.

Wordt zorg in 2 achtereenvolgende jaren genoten en op één nota in één bedrag in rekening gebracht dan worden de kosten van deze zorg verrekend met het verplicht eigen risico van het eerste jaar.

*Echter de kosten van een DBC-zorgproductcode - behalve de eerstelijns DBC-zorgproductcodes - tellen alleen mee voor het verplicht eigen risico van het jaar waarin een DBC-zorgproductcode is begonnen (opening van de DBC-zorgproductcode). Dit geldt niet voor OZP's (Overige Zorg Producten) voor medisch specialistische of specialistische psychiatrische zorg.
(...)"*

- 8.5. De artikelen A.12. en B.4. van de zorgverzekering zijn volgens artikel A.2. van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.6. 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.
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 verder uitgewerkt in artikel 2.17 e.v. Bzv.
- 8.7. 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 zorgverzekeraar 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.
- 8.8. De Nadere regel Informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (TH/NR-004) van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) vermeldt onder 17.3 van de checklist het volgende:
- "17.3 Zorgverzekeraars vermelden in de declaratieoverzichten ten behoeve van het eigen risico in ieder geval de volgende punten, op een voor de verzekerde begrijpelijke wijze:*
- a. achternaam, voorletters, en geboortedatum van de verzekerde die het betreft;*
 - b. de zorgverlener;*
 - c. een consumentenomschrijving van het soort zorg, voor zover de privacy van de medeverzekerden niet onevenredig wordt aangetast;*
 - d. datum van behandeling;*
 - e. bedrag gedeclareerde kosten;*
 - f. waar het aan de verzekerde in rekening te brengen bedrag betrekking op heeft: eigen bijdrage, eigen risico of afgewezen declaratie (aangeven wat van toepassing is);*
 - g. resterend bedrag eigen risico."*

9. Beoordeling van het geschil

- 9.1. De zorgverzekeraar heeft verzoeker bij declaratieoverzicht geïnformeerd over kosten van zorg die zijn gedeclareerd en deels zijn verrekend met het verplicht eigen risico 2015 ter zake van zijn polis. Op dit overzicht is onder meer vermeld "Zelfst. behandelcentra: Stichting Reumazorg Zuid-West Nederland Reumatologie - DBC Zorgproduct 07-08-2015 t/m 04-11-2015". Verzoeker komt hiertegen op, en vordert onder andere dat de zorgverzekeraar alsnog een duidelijke specificatie van de betreffende zorg geeft.
- 9.2. De commissie stelt voorop dat zij niet bevoegd is te oordelen over de juistheid van de door Stichting Reumazorg ingediende declaratie. Aangezien het behandelcentrum rechtstreeks bij de zorgverzekeraar 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 verplicht eigen risico - echter wel voor zijn rekening. De vraag die ter beoordeling voorligt is derhalve of de zorgverzekeraar betaling van de nota had moeten weigeren dan wel bij Stichting Reumazorg had moeten aandringen op correctie.
- 9.3. De zorgverzekeraar heeft in het kader van de bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen informatie opgevraagd bij Stichting Reumazorg. Uit deze informatie blijkt dat deze stichting voor zorg in de periode van 7 augustus 2015 tot en met 4 november 2015 DBC-zorgproductcode 131999156 (3 tot 4 polikliniekbezoeken of meer dan 2 onderzoeken bij een reumatische aandoening) heeft gedeclareerd. Dit betreft een DBC uit het B-segment, waarbij de tarieven tot stand komen door onderhandelingen tussen de zorgverzekeraar en de door hem gecontracteerde zorgaanbieders. Het gedeclareerde bedrag van € 730,03 komt volgens de zorgverzekeraar overeen met het afgesproken tarief voor eerdergenoemde DBC. Op basis van het door hem uitgevoerde onderzoek concludeert de zorgverzekeraar dat de door Stichting Reumazorg gedeclareerde DBC correct is. De commissie onderschrijft deze conclusie, mede omdat vaststaat dat verzoeker ten minste drie keer bij Stichting Reumazorg is geweest. Daarnaast heeft verzoeker verklaard dat er verschillende onderzoeken hebben plaatsgevonden. Dat verschil van mening bestaat over de kwaliteit van de uitgevoerde onderzoeken én dat verzoeker zich niet kan verenigen met de uitgevoerde verrichtingen en de hiervoor in rekening gebrachte kosten maakt dit niet anders.
- 9.4. Ingevolge artikel A.12.1. van de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden is verzoeker in 2015 maximaal € 375,- 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 waarop de onderhavige kosten werden gemaakt nog gedeeltelijk open stond, te weten voor een bedrag van € 217,28. Voorts staat vast dat deze kosten niet zijn uitgesloten van het verplicht eigen risico. De zorgverzekeraar heeft derhalve terecht de kosten van de onderhavige DBC ten bedrage van totaal € 730,03, voor zover dat mogelijk was (te weten voor het in confesso zijnde bedrag van € 217,28) ten laste gebracht van - zo men wil: verrekend met - het nog openstaande verplicht eigen risico 2015 van verzoeker verrekend.
- 9.5. Voor zover verzoeker stelt dat de zorgverzekeraar een verdergaande specificatie dient te verstrekken van de door Stichting Reumazorg geleverde zorg, merkt de commissie op dat de vermelding op het declaratieoverzicht van de zorgaanbieder, de zorgvorm en de datum waarop deze zorg is verleend - de Nadere regel Informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten van de NZa in aanmerking nemend - , in beginsel voldoende moeten zijn om te controleren of de juiste zorg is gedeclareerd. Bovendien is indertijd ter zake van de no-claimteruggave door het toenmalige College Bescherming Persoonsgegevens geoordeeld dat een registratie die verder gaat dan een vermelding van de zorgvorm strijdig is met de vigerende privacywetgeving. De commissie merkt in dit verband nog op dat de zorgverzekeraar bij brief van 18 maart 2016, gericht aan de Ombudsman Zorgverzekeringen, een kopie van het declaratieoverzicht heeft

verstrekt waarop handmatig per declaratieregel is vermeld welk onderzoek het betreft. De commissie is van oordeel dat verzoeker - anders dan hij zelf meent - daarmee op voldoende wijze is geïnformeerd en dat van de zorgverzekeraar, gelet op hetgeen hiervoor is overwogen, in redelijkheid niet meer kan worden gevergd.

Conclusie

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

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 28 september 2016,

A.I.M. van Mierlo