



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen IZA Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem
Zaak : Eigen risico, verplicht eigen risico, hoge nota zorgaanbieder
Zaaknummer : 201401051
Zittingsdatum : 18 februari 2015



Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. P.J.J. Vonk)



(Voorwaarden zorgverzekering 2013, artt. 19 en 21 Zvw, 2.17 Bzv)

1. Partijen



De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker,



tegen



IZA Zorgverzekeraar N.V. te Nijmegen, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 
- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de GezondSamenPolis Restitutie (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 [naam ziektekostenverzekeraar] Extra Zorg 3 en [naam ziektekostenverzekeraar] Extra Tand 2 afgesloten (hierna gezamenlijk: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom in het vervolg buiten beschouwing.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 
- 3.1. Bij ongedateerd vergoedingenoverzicht heeft de ziektekostenverzekeraar bij verzoeker een bedrag van € 328,35 in rekening gebracht in verband met het verplicht eigen risico.
- 
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij e-mailbericht van 1 april 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 
- 3.4. Bij ongedateerde brief, ontvangen op 11 augustus 2014, heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de vordering van € 328,35 niet terecht is, zodat hij niet is gehouden dit bedrag aan de ziektekostenverzekeraar te voldoen (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 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 28 oktober 2014 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 6 november 2014 aan verzoeker gezonden.

- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 16 december 2014 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 11 februari 2015 schriftelijk medegedeeld 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, gebruik makend van de haar op grond van artikel 22 van dit reglement toekomende bevoegdheid, de onderhavige zaak in afwijking van het bepaalde in artikel 13, lid 5 onder a van bedoeld reglement enkelvoudig wordt afgedaan.
- 3.9. Op 18 februari 2015 heeft de commissie driemaal getracht verzoeker telefonisch te bereiken, maar kreeg een gehoor. Daarop is op de voicemail ingesproken dat de mogelijkheid tot het geven van een mondelinge toelichting vervalt. De ziektekostenverzekeraar is op 18 februari 2015 telefonisch gehoord.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. Verzoeker heeft een consult gehad bij een KNO-arts. Deze arts heeft tien minuten in zijn neus gekeken. Daarna heeft hij bij de ziektekostenverzekeraar een bedrag in rekening gebracht van € 406,34, onder vermelding van de declaratiecode 15B854. Dit betreft een behandeling of onderzoek op de polikliniek of dagbehandeling bij een allergie of benauwdheidsklachten. De nota is door de ziektekostenverzekeraar betaald, en deze heeft een deel van de kosten, te weten € 328,35, ten laste gebracht van het verplicht eigen risico van verzoeker.
- 4.2. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft op 4 augustus 2011 naar aanleiding van de zogenoemde 'oorsmeergate' een brief gezonden aan alle Nederlandse ziekenhuizen en ZBC's met de mededeling dat voor eenvoudige poliklinische verrichtingen een consult dient te worden gedeclareerd in plaats van een behandeling. Voorbeelden van eenvoudige verrichtingen zijn onder andere het dichtbranden van een bloedvat bij een neusbloeding, het verwijderen van oorsmeer of het verwijderen van een teek. Verzoeker is van mening dat hetgeen bij hem is uitgevoerd is aan te merken als een eenvoudige verrichting. Het ziekenhuis had de kosten moeten declareren met de DBC-zorgproductcode 15B857.
- 4.3. Uit navraag van de ziektekostenverzekeraar bij het ziekenhuis zou zijn gebleken dat onder andere een nasopharyngoscopie heeft plaatsgevonden. Bij dit onderzoek wordt echter ook in de keel gekeken, hetgeen bij verzoeker niet is gebeurd. Dit was ook niet nodig, omdat het ging om een dichtzittende neus. Het werd de arts direct duidelijk dat het ging om opgezwollen slijmvliezen. Hiervoor was spoelen met zout water aangewezen. Hetgeen is uitgevoerd betreft enkel een nasendoscopie.
- 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. Sinds 2012 is het declaratiesysteem van ziekenhuizen en medisch specialisten gewijzigd onder de noemer 'DBC's op weg naar transparantie' (DOT). Het ziekenhuis bepaalt niet zelf de te declareren DBC of het subtraject, maar registreert slechts de (zorg)activiteiten die men verricht. Een extern systeem voegt de activiteiten samen en bepaalt het zorgproduct en daarmee de DBC of het subtraject. De kosten van een DBC zijn gebaseerd op gemiddelden, bijvoorbeeld van tijdsduur, zodat de zelfde tarieven gelden voor een patiënt die een dagbehandeling ondergaat en een patiënt die een onderzoek krijgt.
- 5.2. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch navraag gedaan bij het ziekenhuis in verband met de declaratie. Hieruit is gebleken dat het gedeclareerde zorgproduct drie zorgactiviteiten bevatte,

namelijk een eerste polikliniekbezoek, een nasopharyngoscopie en een nasendoscopie. De laatste twee zorgactiviteiten behoren tot het onderdeel diagnostiek. De nasopharyngoscopie bepaalde in overwegende mate de hoogte van de declaratie. Zonder deze ingreep zou de DOT-code 15B857 zijn met een bijbehorend tarief van € 126,61 (2013).

5.3. Een scopie is niet te vergelijken met het verwijderen van oorsmeer of van een teek. Een scopie brengt door het benodigde instrumentarium en het onderhoud daarvan hoge kosten met zich. Vooralsnog gaat de ziektekostenverzekeraar ervan uit dat het ziekenhuis een terechte declaratie heeft ingediend. Indien de tuchtrechter - waar een geschil tegen het ziekenhuis aanhangig is gemaakt - anders oordeelt, zal het ziekenhuis de declaratie aanpassen.

5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat er contact is geweest tussen de zorginkoper van de ziektekostenverzekeraar en het ziekenhuis. Gebleken is dat verzoeker ook naar de tuchtkamer van het ziekenhuis is gegaan, maar dat hier niets uit is gekomen. De ziektekostenverzekeraar blijft daarom bij het standpunt dat het in rekening gebrachte eigen risico terecht is.

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 10 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 het bedrag van € 328,35 in verband met het verplicht eigen risico voor 2013 bij verzoeker in rekening mag brengen.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

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

8.2. Artikel 7 van de zorgverzekering regelt het verplicht eigen risico en luidt, voor zover hier van belang:

"7.1. Hoogte verplicht eigen risico

Als u 18 jaar of ouder bent, hebt u een verplicht eigen risico van € 350 per kalenderjaar. De kosten van zorg blijven tot dit bedrag voor uw rekening. Als u in de loop van een kalenderjaar 18 jaar wordt, geldt het verplicht eigen risico vanaf de eerste dag van de kalendermaand na de 18e verjaardag. De hoogte van het verplicht eigen risicobedrag wordt in dat geval berekend volgens de berekeningswijze als vermeld in artikel 7.4.

7.2. Voor welke zorgvormen geldt het verplicht eigen risico

Het verplicht eigen risico geldt voor alle zorgvormen zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden, behalve voor:

- huisartsenzorg.

Houdt u er rekening mee dat geneesmiddelen die de huisarts voorschrijft niet onder huisartsenzorg vallen. Hetzelfde geldt voor laboratoriumonderzoek dat samenhangt met de huisartsenzorg. Dit laboratoriumonderzoek wordt op verzoek van de huisarts door een andere zorgaanbieder uitgevoerd en in rekening gebracht. Deze zorg valt dus wel onder uw verplicht eigen risico;

- zorg die wordt bekostigd met toepassing van de op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde beleidsregel voor de prestatiebekostiging multidisciplinaire

zorgverlening chronische aandoeningen (zogenaamde zorgprogramma's). Zie artikel 12, Zorgprogramma's (ketenzorg);

- verloskundige zorg en kraamzorg.

Houdt u er rekening mee dat hiermee samenhangende kosten niet tot de uitzonderingen behoren. Dit betekent dat bijvoorbeeld geneesmiddelen, bloedonderzoek, vloktest of ziekenvervoer wel meetellen voor het verplicht eigen risico;

- de door ons aangewezen preferente geneesmiddelen zoals genoemd in het Reglement farmaceutische zorg [naam ziektekostenverzekeraar];

- hulpmiddelen in bruikleen. Kosten zoals bezorging en onderhoud tellen wel mee voor het verplicht eigen risico;

- nacontroles van een nier- of leverdonor, nadat de periode zoals genoemd in artikel 20, Transplantaties van weefsels en organen onder omschrijving, punt d is verstreken;

- eventuele eigen bijdragen en/of eigen betalingen. (...)"

8.3. Artikel 7 van de zorgverzekering is volgens artikel 2.9 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.4. Het verplicht eigen risico is geregeld in de artikelen 19 en 21 Zvw en verder uitgewerkt in artikel 2.17 Bzv.

8.5. 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 gereuleerde 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 is op grond van het toepasselijke reglement niet bevoegd te treden in een handelen of nalaten van een zorgaanbieder, zodat niet kan worden beoordeeld of de door het ziekenhuis in rekening gebrachte verrichtingen ook zijn uitgevoerd. Aangezien de ziektekostenverzekeraar het gedeclareerde bedrag aan het ziekenhuis heeft vergoed, en hij dit vervolgens deels heeft verrekend met het toepasselijke verplicht eigen risico voor 2013, heeft verzoeker wel een financieel belang. Ten aanzien van de vraag of de ziektekostenverzekeraar terecht tot verrekening is overgegaan geldt het volgende.

9.2. Het consult bij de medisch specialist, een nasopharyngoscopie respectievelijk een nasendoscopie zijn niet uitgesloten van het verplicht eigen risico, zoals omschreven in artikel 7 van de zorgverzekering. Hierover bestaat tussen partijen geen geschil. Hetgeen hen verdeeld houdt, is de hoogte van het door de zorgaanbieder gedeclareerde tarief, in het bijzonder of de DOT-zorgproductcode 15B854 dan wel 15B857 moet worden berekend voor de bij verzoeker uitgevoerde verrichting(en).

9.3. De ziektekostenverzekeraar heeft bij het ziekenhuis navraag gedaan naar de opbouw van het gedeclareerde tarief, en is tot de conclusie gekomen dat de gehanteerde DOT-zorgproductcode juist is. De commissie merkt in dit verband op dat een deel van de kosten voor rekening van de ziektekostenverzekeraar is gebleven zodat mag worden aangenomen dat, indien er aanwijzingen waren voor het tegendeel, hij niet tot deze conclusie zou zijn gekomen. Het is evenwel niet op voorhand uit te sluiten dat het tuchtcollege anders oordeelt. Mocht dit zo zijn, dan heeft de ziektekostenverzekeraar toegezegd dat de declaratie zal worden aangepast. In de onderhavige procedure kan daarop niet worden vooruit gelopen. Hetgeen door verzoeker is aangevoerd is onvoldoende om tot het oordeel te komen dat de ziektekostenverzekeraar vergoeding van de

in het geding zijnde nota had moeten weigeren of bij het ziekenhuis had moeten aandringen op aanpassing. Verzoeker is daarom gehouden het bedrag van € 328,35 inzake het verplicht eigen risico aan de ziektekostenverzekeraar te voldoen.

Conclusie

9.4. 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 maart 2015,

mr. drs. P.J.J. Vonk