



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen Zilveren Kruis Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht en Achmea
Zorgverzekeringen N.V. te Zeist
Zaak : Eigen risico, vervolg-DBC
Zaaknummer : 201502782
Zittingsdatum : 22 juni 2016

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden zorgverzekering 2014, artt. 19 en 21 Zvw, 2.17, 2.18 en 2.19 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2014)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

- 1) Zilveren Kruis Achmea 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 grond van de Basispolis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1 onderdeel d Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Compleetpolis en Zorg & Wel afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Alle hiervoor genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten 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 ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 30 september 2015 een bedrag van € 124,56 bij verzoekster in rekening gebracht in verband met het verplicht eigen risico 2014.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brieven van 23 oktober, 4 november en 13 november 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft verzoekster bij brief van 3 december 2015 medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling.
- 3.4. Bij brief van 28 december 2015 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is af te zien van het in rekening brengen van genoemd bedrag van € 124,56 ter zake van het verplicht eigen risico 2014 (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 4 mei 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 10 mei 2016 aan verzoekster gezonden.

 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 19 mei 2016 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 3 juni 2016 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 de onderhavige zaak enkelvoudig wordt afgedaan.

 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 22 juni 2016 gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

 4.1. Verzoekster heeft, op verwijzing van de huisarts, op 20 juni 2014 in het ziekenhuis op de afdeling KNO haar oren laten uitspuiten. De kosten hiervan zijn door de ziektekostenverzekeraar ten laste van het verplicht eigen risico 2014 gebracht. Verzoekster heeft de betreffende kosten vervolgens aan de ziektekostenverzekeraar betaald.

 4.2. Op 2 juni 2015 had verzoekster opnieuw een afspraak in het ziekenhuis voor een gelijksoortige behandeling. Aangezien zij in maart 2015 haar verplicht eigen risico voor dat jaar had opgebruikt, ging verzoekster ervan uit dat zij dit keer geen nota zou ontvangen. Op 30 september 2015 ontving zij echter toch een nota van € 124,56, voor het verplicht eigen risico 2014. Volgens de ziektekostenverzekeraar is dit gekomen door de DBC-systematiek die het ziekenhuis hanteert voor het declareren van zorgkosten. Op 18 september 2014 heeft het ziekenhuis een vervolg-DBC geopend met een looptijd van 365 dagen. Het ziekenhuisbezoek op 2 juni 2015 viel nog binnen de looptijd van deze DBC. De kosten hiervan zijn door de ziektekostenverzekeraar vergoed ten laste van het eigen risico 2014.

 4.3. Verzoekster heeft op 9 oktober 2015 telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar en hem medegedeeld dat zij de betreffende nota niet wenst te betalen. Verzoekster is van mening dat de ziektekostenverzekeraar het bedrag van € 124,56 niet in rekening mag brengen, aangezien het verplicht eigen risico 2015 reeds in maart was opgebruikt. Daarbij vond de tweede afspraak in het ziekenhuis plaats op 2 juni 2015. De ziektekostenverzekeraar heeft de klacht van verzoekster afgewezen en haar medegedeeld dat zij contact moest opnemen met het ziekenhuis.

 4.4. Op 12 oktober 2015 heeft verzoekster een bezoek gebracht aan de afdelingen KNO en Administratie van het ziekenhuis, voor een nadere uitleg over de nota. Het ziekenhuis heeft toen verklaard hierin niets te kunnen betekenen. De Nederlandse Zorgautoriteit en minister Schippers hebben de DBC-systematiek in het leven hebben geroepen en ziekenhuizen zijn verplicht zorgkosten conform deze systematiek te declareren. Verzoekster heeft hierop in haar familie- en kennissenkring rondgevraagd of zij bekend zijn met de DBC-systematiek. Hieruit is gebleken dat ook zij de DBC-systematiek niet begrijpen.

 4.5. Verzoekster stelt dat de ziektekostenverzekeraar in gebreke is gebleven, waardoor zij zich ernstig misleid voelt. Verzoekster is van mening dat de ziektekostenverzekeraar nalatig, onzorgvuldig en niet transparant is in zijn voorlichting over de DBC-systematiek jegens zijn verzekerden. Toepassing van de DBC-systematiek heeft in de situatie van verzoekster niet goed uitgedaan. Het getuigt van minachting dat de ziektekostenverzekeraar haar het begrip DBC steeds opnieuw uitlegt in zijn brieven, in plaats van toe te geven dat hij ten aanzien van zijn voorlichting hierover eerder is tekortgeschoten.

 4.6. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat een goede informatievoorziening belangrijk is voor verzekerden die overwegen een vrijwillig eigen risico te kiezen. Vóór 9 oktober 2015 was verzoekster niet bekend met de DBC-systematiek, hoewel zij en haar echtgenoot zich

goed hadden ingelezen. Het begrip staat niet op het polisblad, in de voorwaarden, in de folders of op de nota. Inmiddels is haar wel duidelijk dat het ziekenhuis correct heeft gedeclareerd. Verzoekster vraagt zich af waarom bij artikel 5.5 van de verzekeringsvoorwaarden geen waarschuwing is opgenomen, zodat verzekerden rekening kunnen houden met de gevolgen van de DBC-systematiek voor het eigen risico.

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 is op 20 juni 2014 in het ziekenhuis geweest voor het uitspuiten van haar oren. Op deze datum heeft het ziekenhuis een DBC-zorgproductcode geopend. De betreffende DBC-zorgproductcode is na 90 dagen - op 17 september 2014 - gesloten. Op 2 juni 2015 is verzoekster met dezelfde zorgvraag teruggekeerd naar het ziekenhuis, waarop het ziekenhuis op 18 september 2014 een vervolg-DBC heeft geopend. De ziektekostenverzekeraar stelt dat het ziekenhuis dit mocht doen, aangezien verzoekster zich binnen 365 dagen na opening van de vorige DBC-zorgproductcode heeft gewend tot het ziekenhuis met dezelfde zorgvraag.

5.2. Conform artikel 23 lid 1 van de Zvw worden kosten van zorg die in twee achtereenvolgende kalenderjaren zijn genoten, toegerekend aan het kalenderjaar waarin de zorg is aangevangen. De kosten van de behandeling op 2 juni 2015 zijn, vanwege de openingsdatum van de vervolg-DBC van 18 september 2014, dan ook ten laste van het eigen risico 2014 gebracht.

5.3. Ingevolge artikel 12 lid 1 van de voorwaarden van de zorgverzekering gold in 2014 een verplicht eigen risico van € 360,-. Vast staat dat op het moment dat de onderhavige kosten werden gemaakt het verplicht eigen risico 2014 deels nog open stond. Daarbij zijn de kosten voor het uitspuiten van oren niet uitgesloten van het (verplicht) eigen risico.

5.4. Verzoekster heeft aangevoerd dat zij niet is geïnformeerd over de DBC-systematiek. De ziektekostenverzekeraar stelt dat dit niet juist is. In artikel 1 van de de Algemene Voorwaarden van de zorgverzekering is het begrip 'DBC-zorgproductcode' gedefinieerd. Daarnaast volgt uit artikel 12 van de voorwaarden van de zorgverzekering dat indien een behandeling in de vorm van een DBC-zorgproductcode wordt gedeclareerd, het moment van de aanvang van het zorgtraject bepalend is voor het toepassen van zowel het verplicht als het vrijwillig eigen risico.

5.5. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat het begrip DBC-systematiek is opgenomen in de verzekeringsvoorwaarden. Tevens is daarin geregeld wanneer de kosten ten laste van het eigen risico komen. Op de vraag waarom bij artikel 5.5 van de verzekeringsvoorwaarden geen waarschuwing is opgenomen met betrekking tot de DBC-systematiek, antwoordt de ziektekostenverzekeraar dat dan een waarschuwing opgenomen dient te worden bij elke zorgvorm die ten laste van het eigen risico kan worden gebracht.

5.6. 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 zorgverzekering en 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 € 124,56 ter zake van het verplicht eigen risico 2014 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 combinatiepolis, zodat de verzekerde voor bepaalde zorg is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders en voor andere zorg kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 1 tot en met 15 van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 2 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat.

8.4. In artikel 1 van de 'Algemene Voorwaarden' van de zorgverzekering zijn de begripsomschrijvingen opgenomen. Hierin is onder meer het begrip 'Diagnose Behandeling Combinatie (DBC)' gedefinieerd en deze definitie luidt:

"Artikel 1 Begripsomschrijvingen

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 12 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering regelt het verplicht eigen risico, en luidt, voor zover hier van belang:

"Artikel 12 Verplicht eigen risico

Voor deze polis geldt overeenkomstig artikel 19 van de Zorgverzekeringswet een eigen risico van € 360,- per kalenderjaar voor de verzekerde van 18 jaar en ouder (...)

Voor de vaststelling van het verplicht eigen risico wordt het dbc-zorgproduct toegerekend aan het jaar waarin het betreffende zorgtraject is gestart (...)"

8.6. Artikel 2 van de zorgverzekering en de artikelen 1 en 12 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering zijn volgens artikel 4 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.

Het verplicht eigen risico is opgenomen in de artikelen 19 en 21 Zvw en verder uitgewerkt in de artikelen 2.17 e.v. Bzv.

Medisch-specialistische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 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. Verzoekster stelt dat het getuigt van minachting dat de ziektekostenverzekeraar haar het begrip 'DBC' steeds opnieuw uitlegt, maar niet toegeeft dat hij eerder in zijn informatievoorziening hierover is tekortgeschoten. De commissie concludeert op basis hiervan dat de DBC-systematiek verzoekster duidelijk is en dat zij niet bestrijdt dat het ziekenhuis deze juist heeft toegepast.
- 9.2. Hetgeen partijen verdeeld houdt, is de informatievoorziening over de DBC-systematiek, voorafgaand aan de ziekenhuisbezoeken van verzoekster. Verzoekster stelt in dit kader dat zij zich goed heeft ingelezen, maar dat zij is misleid door de ziektekostenverzekeraar, aangezien het begrip 'DBC' niet wordt toegelicht op de polis, in de polisvoorwaarden of in de folders. De ziektekostenverzekeraar heeft hiertegen ingebracht dat in artikel 1 van de 'Algemene Voorwaarden' van de zorgverzekering de DBC-systematiek duidelijk is beschreven.
- 9.3. In artikel 1 van de 'Algemene Voorwaarden' van de zorgverzekering is het begrip 'Diagnose Behandeling Combinatie' gedefinieerd. In deze definitie staat dat een DBC-zorgproduct een declarabele prestatie is 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 een verzekerde zich meldt met een zorgvraag en wordt afgesloten aan het eind van de behandeling, dan wel na 365 dagen. Daarnaast is in artikel 12 van de 'Algemene Voorwaarden' van de zorgverzekering bepaald dat voor de verrekening van het eigen risico een DBC of DBC-zorgproduct wordt toegerekend aan het jaar waarin de DBC of het DBC-zorgproduct wordt geopend.
- 9.4. Gelet op deze ook aan verzoekster bekende bepalingen komt de zorg die verzoekster in juni 2015 in het ziekenhuis heeft genoten, en waarvoor op 18 september 2014 door het ziekenhuis een vervolg-DBC is geopend, ten laste van het eigen risico 2014. De commissie is, gelet op het voorgaande, van oordeel dat de ziektekostenverzekeraar niet in zijn informatieverplichting is tekortgeschoten en dat het bedrag van € 124,56 terecht bij verzoekster in rekening is gebracht. Hetgeen overigens in dit verband door verzoekster naar voren is gebracht kan niet leiden tot een andere uitkomst.

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, 6 juli 2016,

J.A.M. Strens-Meulemeester