



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen OHRA Zorgverzekeringen N.V. en OHRA Ziektekostenverzekeringen N.V.,
beide te Tilburg
Zaak : Eigen risico, DBC, specificatie declaratieoverzicht
Zaaknummer : 201600933
Zittingsdatum : 31 augustus 2016



Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. P.J.J. Vonk, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en mr. H.A.J. Kroon)



(Voorwaarden zorgverzekering 2014, 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

- 
- 1) OHRA Zorgverzekeringen N.V., en
 - 2) OHRA Ziektekostenverzekeringen N.V., beide te Tilburg,
hierna gezamenlijk 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 OHRA Zorgverzekering Restitutie (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1 onderdeel d Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar een aanvullende ziektekostenverzekering afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering), die niet in geschil is. Beide 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 aan verzoeker door middel van het declaratieoverzicht van 20 januari 2016 medegedeeld dat door het St. Antonius Ziekenhuis € 517,63 is gedeclareerd. Hiervan heeft de ziektekostenverzekeraar een bedrag van € 501,41 ten laste van het verplicht en vrijwillig eigen risico 2014 van verzoeker gebracht.
- 
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 29 maart 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft ertoe geleid dat de ziektekostenverzekeraar een specificatie heeft overgelegd van het door het St. Antonius Ziekenhuis gedeclareerde bedrag van € 517,63.
- 
- 3.4. Bij brief van 16 juni 2016 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar (i) ten onrechte € 501,41 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 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 21 juli 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 22 juli 2016 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben op respectievelijk 1 en 8 augustus 2016 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker heeft van de ziektekostenverzekeraar een declaratieoverzicht ontvangen, waarop is vermeld dat door het St. Antonius Ziekenhuis een bedrag is gedeclareerd van totaal € 517,63. Hiervan heeft de ziektekostenverzekeraar € 501,41 verrekend met het verplicht en vrijwillig eigen risico 2014 van verzoeker. De betreffende zorgkosten zijn omschreven als "Ziekenhuis: St. Antonius Ziekenhuis Inwendige geneeskunde - DBC Zorgproduct 24-10-2014 t/m 23-10-2015" en "Specialist Alg.: inwendige geneeskunde - DBC Zorgproduct 24-10-2014 t/m 23-10-2015". Hierdoor is het voor verzoeker niet mogelijk te controleren waarvoor hij moet betalen. Verzoeker wenst een overzicht met de juiste medische omschrijvingen, behorend bij de gedeclareerde kosten.

- 4.2. Teneinde duidelijkheid te krijgen heeft verzoeker contact gehad met een medewerker van de ziektekostenverzekeraar. Tijdens dit contact heeft de betreffende medewerker verzoeker voor meer informatie verwezen naar het St. Antonius Ziekenhuis. Uit het contact dat verzoeker vervolgens heeft gehad met dit ziekenhuis is hem gebleken dat voor het specialistenhonorarium een maximaal tarief van € 174,21 in rekening mag worden gebracht. Op basis hiervan heeft verzoeker genoemd bedrag aan de ziektekostenverzekeraar betaald. Met betrekking tot het kostendeel weigert de ziektekostenverzekeraar meer informatie te geven. De ziektekostenverzekeraar kan evenwel niet volstaan met het enkele argument dat de tarieven voortkomen uit onderhandelingen. Ergens moeten de betreffende bedragen zijn vastgelegd. Voorts vordert verzoeker restitutie van het door hem betaalde entreegeld van € 37,--.

- 4.3. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. Iedere verzekerde van achttien jaar en ouder heeft een verplicht eigen risico. Voor 2014 was de hoogte van het verplichte eigen risico € 360,--. Daarnaast had verzoeker in 2014 gekozen voor een vrijwillig eigen risico van € 300,-- zodat het totale eigen risico in 2014 € 660,-- bedroeg. De ziektekostenverzekeraar stelt dat hij in november 2015 een declaratie heeft ontvangen van het St. Antonius Ziekenhuis. Van het gedeclareerde bedrag (€ 517,63) heeft de ziektekostenverzekeraar € 501,41 verrekend met het nog openstaande verplicht en vrijwillig eigen risico 2014 van verzoeker.

- 5.2. Door het St. Antonius Ziekenhuis werd DBC-zorgproductcode 140301066 (1 tot en met 3 polikliniekbezoeken bij chronisch nierfalen) gedeclareerd. Deze zorgproductcode bestaat uit twee onderdelen, te weten het honorariumdeel van de hoofdbehandelaar en het kostendeel. De geldende declaratiecode is 15C819. Aangezien deze code begint met 15 betreft het een zorgproduct binnen het zogenoemde vrije segment. Het tarief komt tot stand na onderhandeling tussen de zorgaanbieder en de verzekeraar. Voor het honorarium van de hoofdbehandelaar is door de Nederlandse Zorgautoriteit (hierna: NZa) een maximumtarief bepaald. Gebleken is dat het St. Antonius Ziekenhuis dit maximumbedrag ook heeft gedeclareerd. Wel is verwarring ontstaan door het zogenoemde 'honorarium ondersteunend personeel' en de weergave hiervan op het declaratieoverzicht van 20 januari 2016. Het 'honorarium ondersteunend personeel' is hier namelijk vermeld bij het honorariumdeel, terwijl dit valt onder het kostendeel. Per saldo bedraagt het honorariumdeel € 174,21 en het kostendeel € 343,42 (€ 320,13 + € 23,29).

5.3. De ziektekostenverzekeraar 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 ziektekostenverzekeraar op dat hij in een eerder stadium aan verzoeker uitleg had kunnen geven over de door het St. Antonius Ziekenhuis gedeclareerde tarieven. Voor deze handelwijze biedt de ziektekostenverzekeraar zijn excuses aan.
De ziektekostenverzekeraar vervolgt met te stellen dat hij bij brieven van 3 mei 2016 en 3 juni 2016, gericht aan de Ombudsman Zorgverzekeringen, reeds uitgebreid is ingegaan op de kwestie. Hij meent aldus voldoende inzicht te hebben gegeven in de in rekening gebrachte kosten.

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 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 ziektekostenverzekeraar (i) terecht een bedrag van € 501,41 ten laste van het op dat moment nog openstaande verplicht en vrijwillig eigen risico 2014 van verzoeker heeft gebracht, en (ii) of hij gehouden is op het declaratieoverzicht duidelijk te vermelden op welke zorg het eigen risico betrekking heeft.

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 restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen B.1. tot en met B.23. 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*
- (...)"*

- 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 € 360,- voor een heel jaar. (...)

Verplicht eigen risico betekent dat u de eerste € 360,- 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 DOT-zorgproductcode - behalve de eerstelijns DOT-zorgproductcodes - tellen alleen mee voor het verplicht eigen risico van het jaar waarin een DOT-zorgproductcode is begonnen (opening van de DOT-zorgproductcode). (...)"

- 8.5. Artikel A.13. van de zorgverzekering regelt het vrijwillig eigen risico. Deze bepaling luidt, voor zover hier van belang:

"A.13.1. Voorwaarden vrijwillig eigen risico

De artikelen A.12.2. tot en met A.12.8. over het verplicht eigen risico gelden ook voor het vrijwillig eigen risico van uw zorgverzekering. Daarnaast gelden voor het vrijwillig eigen risico de hierna genoemde verzekeringsvoorwaarden.

A.13.2. Lagere premie

Naast het verplichte eigen risico, kunt u als u 18 jaar of ouder bent bij uw zorgverzekering kiezen voor een vrijwillig eigen risico. Hoe hoger dit vrijwillig eigen risico, hoe lager de premie die u (verzekeringnemer) voor uw zorgverzekering betaalt. U kunt kiezen voor een vrijwillig eigen risico van € 100,-, € 200,-, € 300,-, € 400,-, of € 500,- per jaar. (...)"

- 8.6. De artikelen A.12., A.13. en B.4.1. 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).

- 8.7. 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 en vrijwillig eigen risico is opgenomen in de artikelen 19, 20 en 21 Zvw en verder uitgewerkt in de artikelen 2.17 e.v. 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.

- 8.9. 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 ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker met declaratieoverzicht van 20 januari 2016 geïnformeerd over kosten van zorg die zijn gedeclareerd en deels zijn verrekend met het verplicht en vrijwillig eigen risico 2014 van verzoeker. Op dit overzicht is onder meer vermeld "Ziekenhuis: St. Antonius Ziekenhuis Inwendige geneeskunde - DBC Zorgproduct 24-10-2014 t/m 23-10-2015" en "Specialist Alg.: inwendige geneeskunde - DBC Zorgproduct 24-10-2014 t/m 23-10-2015". Verzoeker komt hiertegen op, en vordert onder andere dat de ziektekostenverzekeraar alsnog een duidelijke specificatie van de betreffende zorg geeft.

- 9.2. De ziektekostenverzekeraar heeft in het kader van de bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen informatie opgevraagd bij het St. Antonius Ziekenhuis. Uit deze informatie blijkt dat het ziekenhuis voor zorg in de periode van 24 oktober 2014 tot en met 23 oktober 2015 DBC-zorgproductcode 140301066 (1 tot en met 3 polikliniekbezoeken bij chronisch nierfalen) heeft gedeclareerd. Voorts blijkt dat deze zorgproductcode bestaat uit twee onderdelen, te weten het honorariumdeel van de hoofdbehandelaar en het kostendeel. Uit de tariefapplicatie van de NZa blijkt dat voor het honorarium van de hoofdbehandelaar een maximumtarief is vastgesteld van € 174,21. De verschuldigdheid van dit bedrag is tussen partijen niet in geschil.

- 9.3. Ten aanzien van het kostendeel geldt dat het hier een DBC uit het zogenoemde B-segment betreft, waarbij de tarieven tot stand komen door onderhandelingen tussen de ziektekostenverzekeraar en de door hem gecontracteerde zorgaanbieders. Het gedeclareerde bedrag van € 343,42 (€ 320,13 + € 23,29) komt volgens de ziektekostenverzekeraar overeen met het afgesproken tarief voor eerdergenoemde DBC. Op basis van het door hem uitgevoerde onderzoek concludeert de ziektekostenverzekeraar dat de door het St. Antonius Ziekenhuis gedeclareerde DBC correct is. Volgens verzoeker is deze laatste constatering van de ziektekostenverzekeraar niet voldoende, en dient de ziektekostenverzekeraar inzage te geven in de met de zorgaanbieders overeengekomen tarieven. De commissie merkt hierover op dat verzoeker geen partij is bij de tariefafspraken. Feitelijk treedt de ziektekostenverzekeraar in dat verband op als zijn vertegenwoordiger en dient het uitgangspunt te zijn dat gunstige tariefafspraken leiden tot een lagere schadelast, en daarmee - in beginsel - tot een lagere premie. Een verzekerde die meent dat zijn verzekeraar geen goede tariefafspraken maakt, zal op zoek moeten gaan naar een alternatief, waarbij het feit dat het verzekerde pakket en het verplicht eigen risico wettelijk zijn vastgelegd een pré is, in die zin dat deze elementen niet van invloed zijn op de premie. Bij vergelijkbare zorgverzekeringen wordt de premiehoogte bepaald door het inkoopbeleid, de uitvoeringskosten en de winstmarge die de verzekeraar hanteert. Voor een verzekerde volstaat derhalve een vergelijking van de premie. Daarbij valt niet in te zien welk belang verzoeker thans nog heeft bij inzage in de overeengekomen tarieven in het B-segment. De onderhavige kosten zijn immers al gemaakt zodat bekendheid met bedoelde

tarieven niet (meer) tot een andere uitkomst van de vergelijking van verschillende ziekenhuizen kan leiden. Bovendien is het jaar 2014 inmiddels ruim verstreken en werd het toepasselijke eigen risico met de in het geding zijnde nota 'vol gemaakt'.

9.4. Ingevolge artikel A.12.1. van de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden is verzoeker in 2014 maximaal € 360,- aan wettelijk verplicht eigen risico verschuldigd voor zorg en diensten die ten laste van de zorgverzekering komen. Daarnaast had verzoeker in 2014 gekozen voor een vrijwillig eigen risico van € 300,-. Tussen partijen is niet in geschil dat zowel het verplicht als het vrijwillig eigen risico 2014 tot het moment waarop de onderhavige kosten werden gemaakt nog gedeeltelijk open stond. Voorts staat vast dat deze kosten niet zijn uitgesloten van het eigen risico. De ziektekostenverzekeraar heeft derhalve terecht de kosten van de onderhavige DBC ten bedrage van totaal € 517,63 gedeeltelijk (€ 501,41) met het nog openstaande verplicht en vrijwillig eigen risico 2014 van verzoeker verrekend.

9.5. Voor zover verzoeker stelt dat de ziektekostenverzekeraar een verdergaande specificatie dient te verstrekken van de door het St. Antonius Ziekenhuis geleverde zorg, merkt de commissie op dat de vermelding op het declaratieoverzicht van de zorgaanbieder, de zorgvorm met 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 "noclaimteruggave" 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 ziektekostenverzekeraar bij brieven van 3 mei en 3 juni 2016, gericht aan de Ombudsman Zorgverzekeringen, een kopie van het declaratieoverzicht heeft verstrekt waarop handmatig per declaratieregule 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 ziektekostenverzekeraar, 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. Hetzelfde geldt voor het bij brief van 16 juni 2016 door verzoeker gevorderde entreegeld.

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 31 augustus 2016,

P.J.J. Vonk