



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V. en ONVZ Aanvullende Verzekering N.V.,
beide te Houten
Zaak : Eigen risico, medisch-specialistische zorg, DBC-systematiek, hoogte tarief
Zaaknummer : 201601070
Zittingsdatum : 9 november 2016



Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. H.A.J. Kroon)



(Voorwaarden zorgverzekering 2015, artt. 19 tot en met 23 Zvw, 2.17 en 2.18 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2015)

1. Partijen



A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

- 
- 1) ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V. te Houten, en
 - 2) ONVZ Aanvullende Verzekering N.V. te Houten,
- 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 grond van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1 onderdeel d Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
De eveneens afgesloten aanvullende ziektekostenverzekeringen ONVZ Vrije Keuze Optifit en ONVZ Tandfit module C zijn niet in geschil en blijven daarom verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 
- 3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar verzocht om correctie van de nota ter zake van het eigen risico 2015 in verband met medische specialistische behandelingen in het ziekenhuis (hierna: het verzoek). Bij meerdere contacten heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat hij gehouden is de betreffende nota van € 462,57 te voldoen.
- 
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij e-mailbericht van 30 maart 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 
- 3.3. Verzoeker heeft zich hierop tot de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen gewend. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft hem bij brief van 25 mei 2016 medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling.
- 
- 3.4. Bij e-mailbericht van 16 juni 2016 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is het verzoek alsnog in te willigen.
- 
- 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 9 augustus 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 11 augustus 2016 aan verzoeker gezonden.



3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 17 augustus 2016 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 7 oktober 2016 schriftelijk medegedeeld eveneens in persoon 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. Op grond van artikel 114 lid 3 Zvw dient de commissie verplicht advies te vragen aan het Zorginstituut Nederland (hierna: Zorginstituut) indien het geschil betrekking heeft op de zorg of de overige diensten, bedoeld in artikel 11, dan wel de vergoeding van die zorg of diensten. Blijkens de Memorie van toelichting blijft deze verplichting beperkt tot de vraag of de vorm van zorg of andere dienst waar de verzekerde behoefte aan heeft tot het verzekerde pakket behoort. Aangezien die vraag in het onderhavige geval geen beantwoording behoeft, is het Zorginstituut niet verzocht te adviseren.



3.10. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 9 november 2016 in persoon gehoord.



4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker



4.1. Verzoeker is drie keer kort bij de neuroloog geweest. Twee bezoeken duurden ongeveer vijf minuten en het laatste onderzoek besloeg tien minuten. Hij vindt het opmerkelijk dat hiervoor een tarief wordt gehanteerd van totaal € 462,57 euro. Het ziekenhuis heeft aan verzoeker medegedeeld dat de losse behandelingen tezamen ongeveer € 300,- zouden kosten, maar uiteindelijk werd een arrangement voor een hoger bedrag bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd. Het ziekenhuis wil het in rekening gebrachte bedrag niet meer verlagen omdat de ziektekostenverzekeraar reeds akkoord is gegaan met de nota.



4.2. Verzoeker wordt door alle partijen van het kastje naar de muur gestuurd, zonder dat gehoor wordt gegeven aan zijn klacht.



4.3. Ter zitting is door verzoeker aangevoerd dat hij het gevoel heeft dat hij niet serieus wordt genomen door het ziekenhuis.

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. In het contract dat is gesloten tussen de ziektekostenverzekeraar en het ziekenhuis is afgesproken dat voor de behandeling die verzoeker heeft ondergaan, een bedrag van € 464,39 mag worden gedeclareerd. Bij het ontbreken van een contract, zou het ziekenhuis het passantentarief van € 547,56 in rekening mogen brengen. In laatstgenoemde situatie had verzoeker dus een hogere rekening gekregen.



5.2. De ziektekostenverzekeraar heeft contact opgenomen met het ziekenhuis teneinde te informeren naar de gang van zaken rondom de losse componenten die - volgens verzoeker - door het ziekenhuis gedeclareerd zouden worden. Het ziekenhuis heeft geen aantekening van de toezegging dat bij een declaratie van losse componenten de totale kosten minder, namelijk ongeveer € 300,-, zouden bedragen. De mogelijkheid om losse componenten te declareren bestaat overigens niet. Ziekenhuizen declareren namelijk alleen op basis van DBC-zorgproducten.



5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat ziekenhuizen betaalafspraken hebben met zorgverzekeraars. Het is gewoonlijk dat ziekenhuizen rechtstreeks declareren bij de zorgverzekeraar. Hierdoor kan een lager tarief worden gehanteerd dan wanneer de nota naar de verzekerde zelf wordt gestuurd.

De ziektekostenverzekeraar heeft medegedeeld contact op te nemen met het ziekenhuis om te bezien of de mogelijkheid bestaat de nota terug te draaien en dat het ziekenhuis de nota rechtstreeks bij verzoeker kan indienen. Bij e-mailbericht van 28 november 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan de commissie medegedeeld dat het ziekenhuis niet mee wil werken vanwege het debiteurenrisico.

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 10 lid 3 van "deel A" van de zorgverzekering en 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 terecht een bedrag van € 462,57 ten laste heeft gebracht van het verplicht en vrijwillig eigen risico 2015 van verzoeker.

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 vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen 1 tot en met 26 van 'deel B' van de zorgverzekering.

8.3. In 'deel A' van de zorgverzekering zijn de begripsbepalingen opgenomen. De begrippen 'DBC' en 'DBC-zorgproduct' zijn als volgt gedefinieerd:

"DBC

Diagnose Behandeling Combinatie. Een DBC omvat het geheel van onderzoek en behandeling van zorgverleners in een bepaalde periode voor een specifieke zorgvraag, uitgedrukt in een code; (...)"

"DBC-zorgproduct

De aanduiding voor de DBC in de medisch-specialistische zorg; (...)"

8.4. Artikel 2 van 'deel B' van de zorgverzekering regelt het verplicht en vrijwillig eigen risico en luidt, voor zover hier van belang:

"Voor de Basisverzekering geldt een verplicht eigen risico. De hoogte van dit verplichte eigen risico is € 375,-. U kunt naast dit verplichte eigen risico een vrijwillig eigen risico kiezen. De bedragen van het vrijwillig eigen risico staan in de premietabel, die onderdeel uitmaakt van de voorwaarden van de Basisverzekering; (...)"

"ONVZ brengt het eigen risico in mindering op vergoedingen vanuit de Basisverzekering. Daarbij is de volgorde eerst het verplichte en dan het vrijwillige eigen risico; (...)"

"Voor de verrekening van het eigen risico wordt een DBC, DBC-zorgproduct, prestatie Basis GGZ of ZZP GGZ-zorgproduct toegerekend aan het jaar waarin de DBC, het DBC-zorgproduct of de prestatie Basis GGZ wordt geopend; (...)"

- 8.5. Artikel 1 lid 2 van 'deel B' van de zorgverzekering regelt de vergoeding van kosten door de ziektekostenverzekeraar en luidt, voor zover hier van belang:

"ONVZ vergoedt de kosten tot maximaal:

- 1. het tarief volgens de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), of*
- 2. als er geen Wmg-tarief bestaat, het in Nederland geldende marktconforme bedrag; (...)"*

- 8.6. Voorts bepaalt artikel 2 lid 5 van 'deel A' van de zorgverzekering:

"U kunt kosten van zorg declareren bij ONVZ. ONVZ vergoedt de kosten die gedekt zijn door de Basisverzekering, behalve de eigen bijdragen en eigen risico's. Bij een afspraak tussen de zorgverlener en ONVZ declareert de zorgverlener rechtstreeks bij ONVZ en betaalt ONVZ rechtstreeks aan de zorgverlener. Daarmee heeft ONVZ ook aan haar betalingsverplichting tegenover u voldaan. In overige gevallen betaalt ONVZ rechtstreeks aan u. Als ONVZ rechtstreeks aan de zorgverlener betaalt, schiet ONVZ eigen risico, eigen bijdragen en eventueel niet verzekerde kosten voor.

ONVZ kan bedragen die zijn voorgesloten, verrekenen met volgende uitkeringen op uw Basisverzekering. Als verrekening niet mogelijk is, stuurt ONVZ u een nota; (...)"

- 8.7. Voormelde artikelen van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 lid 1 van 'deel A' van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.8. Het verplicht en vrijwillig eigen risico is geregeld in de artikelen 19 tot en met 22 Zvw en verder uitgewerkt in artikel 2.17 en 2.18 Bzv.

Artikel 23 Zvw bepaalt dat kosten van zorg of een andere dienst worden toegerekend aan het kalenderjaar waarin de zorg of dienst is genoten, met dien verstande dat de kosten van zorg of een andere dienst die in twee achtereenvolgende kalenderjaren is genoten en door de zorgaanbieder of andere dienstverlener in één bedrag in rekening zijn gebracht, worden toegerekend aan het kalenderjaar waarin de zorg of dienst is aangevangen.

- 8.9. 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

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. De commissie stelt voorop dat zij niet bevoegd is te oordelen over de juistheid van de door het ziekenhuis ingediende declaratie. Omdat het ziekenhuis rechtstreeks bij de zorgverzekeraar declareert, en deze de kosten verrekent met het verplicht en vrijwillig eigen risico, heeft verzoeker echter wel een financieel belang, zodat de vraag is of de zorgverzekeraar de betreffende declaratie had moeten afwijzen dan wel bij het ziekenhuis had moeten aandringen op correctie. In dat verband overweegt de commissie als volgt.

- 9.2. In Nederland worden behandeltrajecten vanaf de diagnose tot het eind van de behandeling voorzien van een code, de zogenoemde DBC. Deze regeling is op 1 januari 2005 ingevoerd door de overheid. Een DBC omvat het gehele behandeltraject inclusief verpleging en verzorging, verband- en hulpmiddelen en de tijdens de behandeling gegeven paramedische zorg en verstrekte geneesmiddelen. Een DBC had oorspronkelijk een maximale looptijd van 365 dagen. Met ingang van 2015 is dit teruggebracht naar maximaal 120 dagen, waarbij sprake kan zijn van ten hoogste drie aansluitende perioden. Indien het een doorlopende behandeling betreft, wordt steeds aansluitend een vervolg-DBC geopend. Een DBC is niet gebonden aan kalenderjaren.
- 9.3. Door het ziekenhuis is het DBC-zorgproduct 15C348 "*Routine klinisch neurofysiologisch onderzoek bij een ziekte van zenuw, zenuwknoop of zenuwwortel*" gedeclareerd. Het ziekenhuis hanteert hiervoor, blijkens informatie op de website, een tarief van € 547,56. Dit is het zogenaamde passantentarief. Omdat met de ziektekostenverzekeraar een lager tarief is overeengekomen, heeft het ziekenhuis ter zake een bedrag van € 462,57 gedeclareerd. Aangezien niet is bestreden dat de zorg is verleend, de aard van de zorgverlening niet ter discussie staat, en het in rekening gebrachte bedrag overeenkomt met het tarief dat is afgesproken met het ziekenhuis bestond er voor de ziektekostenverzekeraar geen aanleiding de declaratie af te wijzen dan wel bij het ziekenhuis aan te dringen op correctie. De stelling van verzoeker dat de behandelingen maar enkele minuten hebben geduurd, kan niet leiden tot een andere uitkomst. Hetzelfde geldt voor de opmerking van verzoeker dat hem door het ziekenhuis zou zijn medegedeeld dat de losse behandelingen tezamen ongeveer € 300,- kosten. Verzoeker heeft het bestaan en de inhoud van de mededeling niet aannemelijk gemaakt, en overigens kan een dergelijke uitlating van de zijde van het ziekenhuis de ziektekostenverzekeraar niet binden.
- 9.4. Tussen partijen is niet in geschil dat het verplicht en vrijwillig eigen risico 2015 op het moment dat de onderhavige kosten werden gemaakt nog niet was vol gemaakt. Dat verzoeker een verplicht eigen risico van € 385,- en een vrijwillig eigen risico van € 500,- per jaar heeft, vormt tevens geen punt van discussie. Onomstreden is verder dat de onderhavige medisch specialistische zorg onder de eigen risicoregeling valt. De ziektekostenverzekeraar heeft derhalve terecht het bedrag van € 462,57 ten laste van het verplicht en vrijwillig eigen risico 2015 van verzoeker 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, 14 december 2016,

H.A.J. Kroon