



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen Zilveren Kruis
Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht
Zaak : Eigen risico, hysteroscopie in verband met nabloeden na bevalling
Zaaknummer : 201500148
Zittingsdatum : 4 november 2015

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo)

(Voorwaarden zorgverzekering 2014, artt. 19, 20 en 21 Zvw, 2.17 en 2.18 Bzv)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door C te B,

tegen

Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Principe Polis (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).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Bij declaratieoverzicht van 15 oktober 2014 heeft de zorgverzekeraar bij verzoekster een bedrag van € 837,71 in rekening gebracht in verband met het verplicht en vrijwillig eigen risico voor het jaar 2014.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 9 januari 2015 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de zorgverzekeraar.
- 3.4. Bij e-mailbericht van 1 juni 2015 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is het bedrag van € 837,71 niet ten laste van het eigen risico voor 2014 te brengen (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 zorgverzekeraar 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 zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 13 augustus 2015 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 17 augustus 2015 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 16 september 2015 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De zorgverzekeraar heeft op 20 oktober 2015 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.



3.8. Bij brief van 28 augustus 2015 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 23 september 2015 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2015107004) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat de door verzoekster ondergane zorg onder het verplicht eigen risico valt. Ook is de juiste DBC-zorgproductcode gebruikt. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.



3.9. 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.



3.10. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 4 november 2015 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.



3.11. Bij brief van 9 november 2015 heeft de commissie het Zorginstituut een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of deze aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 19 november 2015 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen geen aanleiding vormen tot aanpassing van het advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster



4.1. Verzoekster is op 14 mei 2014 bevallen van een zoon. Na de bevalling bleef zij langer dan zes weken bloeden, zodat zij contact heeft opgenomen met de verloskundige. De verloskundige heeft verzoekster onderzocht, en haar doorverwezen naar de gynaecoloog voor een inwendig onderzoek. De zorgverzekeraar heeft de kosten van het inwendig onderzoek ten laste van het verplicht en vrijwillig eigen risico van verzoekster gebracht. Aangezien het bloeden een direct gevolg is van de bevalling, is verzoekster van mening dat deze kosten niet met het eigen risico mogen worden verrekend.



4.2. De echtgenoot van verzoekster heeft contact gehad met het ziekenhuis, en daar deelde men hem mede dat de juiste DBC-code is gedeclareerd. Bij de betreffende DBC is echter in de omschrijving vermeld dat het gaat om menstruatieklachten. De ziektekostenverzekeraar heeft hierop desgevraagd toegelicht dat de DBC-systematiek onlangs is veranderd, en dat het aantal DBC's is teruggebracht van 30.000 naar 4.400. Het zou gaan om een verbetering. Verzoekster is echter van mening dat zij onder de oude systematiek de kosten niet had hoeven te voldoen, en onder de nieuwe systematiek wel, zodat zij door de wijziging juist wordt benadeeld.



4.3. Verzoekster is veel tijd kwijt geweest aan de afhandeling van deze kwestie, en heeft ook telefoonkosten gemaakt. Hiervoor wenst zij een vergoeding te ontvangen indien zij in het gelijk wordt gesteld.



4.4. Ter zitting is namens verzoekster toegelicht dat het gaat om het bloedverlies na de geboorte van haar zoon. Dit is een gevolg van de geboorte, zodat het vreemd is dat de kosten voor rekening van verzoekster blijven.



4.5. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar



5.1. De zorgverzekeraar heeft contact opgenomen met het ziekenhuis waar verzoekster is behandeld. De behandeling die op 23 juli 2014 bij de gynaecoloog heeft plaatsgevonden, is met de juiste DBC-zorgproductcode gedeclareerd. In de algemene voorwaarden van de zorgverzekering staat in artikel

6.3 sub c dat zijn uitgesloten van het eigen risico de directe kosten van verloskundige zorg en kraamzorg. Een behandeling door de gynaecoloog valt niet onder de directe kosten.

- 5.2. Op de website van het Zorginstituut Nederland staat dat de kosten van verloskundige zorg die de verloskundige, huisarts of gynaecoloog in rekening brengt, niet ten laste komen van het eigen risico. Voor de kosten van andere zorg rondom zwangerschap en bevalling, zoals in dit geval een behandeling bij de gynaecoloog in verband met nabloeden na de bevalling, geldt het eigen risico wel. Dit kan nog wel eens tot verwarring leiden.
- 5.3. Op 1 januari 2012 is een nieuw declaratiesysteem in werking getreden. De declarabele prestaties worden uitgedrukt in DBC-zorgproducten en overige zorgproducten. De ruim 30.000 DBC's zijn vervangen door 4.400 verbeterde DBC-zorgproducten. De zorgverzekeraar heeft bij DBC Onderhoud en op de website van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) nagekeken of een passender DBC voor de onderhavige behandeling is te vinden. Dit blijkt niet het geval te zijn. Het gaat hier om een verzamel-DBC die wordt gebruikt voor alle niet-klinische behandelingen of onderzoeken met betrekking tot deze klachten. Het DBC-zorgproduct wordt achteraf bepaald door een grouper (een centrale webapplicatie). Zorgaanbieders geven aan de grouper door welke zorg zij hebben geleverd. De grouper leidt hieruit af van welk DBC-zorgproduct sprake is, waarna de zorginstelling kan declareren bij de zorgverzekeraar.
- 5.4. Ter zitting is door de zorgverzekeraar toegelicht dat het er om gaat of het verloskundige zorg of kraamzorg betreft. Dit is iets anders dan of de kosten zwangerschap gerelateerd zijn. De medisch adviseur van de zorgverzekeraar en de medisch adviseur van het Zorginstituut hebben geconcludeerd dat het hier gaat om medisch-specialistische zorg, en niet om verloskundige zorg. Er is een DBC geopend voor cyclusstoornissen, en die DBC is passend.

5.5. De zorgverzekeraar 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 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 het bedrag van € 837,71 met betrekking tot het verplicht en vrijwillig eigen risico voor 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. Artikel 6 van de zorgverzekering regelt het verplicht eigen risico en luidt, voor zover hier van belang:

"6.1 Als u 18 jaar of ouder bent en premie verschuldigd bent, heeft u een verplicht eigen risico voor de basisverzekering. De overheid bepaalt hoe hoog dit eigenrisicobedrag is. In 2014 is het verplicht eigen risico € 360,- per verzekerde per kalenderjaar. (...)

6.3 Voor sommige zorgkosten geldt geen verplicht eigen risico

Wij houden geen verplicht eigen risico in op:

a de kosten van zorg of overige diensten die in 2014 zijn gemaakt, maar waarvan wij de nota's pas na 31 december 2015 ontvangen;

b de kosten van zorg die huisartsen plegen te bieden. Uitzondering hierop zijn de kosten van met deze zorg samenhangend onderzoek, als dit onderzoek ergens anders wordt verricht en apart in

rekening wordt gebracht. De persoon of instelling die dat onderzoek doet, moet gerechtigd zijn hiervoor het tarief te rekenen dat de Nederlandse Zorgautoriteit heeft vastgesteld;
c de directe kosten voor verloskundige zorg en kraamzorg;
d de kosten van inschrijving bij een huisarts of bij een instelling die huisartsenzorg verleent. (...)
e de kosten van nacontroles van de donor nadat de periode van zorg aan die donor is verstreken. Deze zorgperiode is maximaal 13 weken of, als het om een levertransplantatie gaat, een half jaar;
f de kosten van ketenzorg die gedeclareerd wordt volgens de beleidsregel Prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen. Deze beleidsregel is vastgesteld op basis van de Wmg. (...)"

- 8.3. Artikel 7 van de zorgverzekering regelt het vrijwillig eigen risico en luidt, voor zover hier van belang:

"7.1 Per kalenderjaar kan een verzekerde van 18 jaar of ouder kiezen voor een vrijwillig eigen risico. U kunt in uw basisverzekering kiezen voor geen vrijwillig eigen risico of voor een vrijwillig eigen risico van € 100,-, € 200,-, € 300,-, € 400,- of € 500,- per kalenderjaar. Kiest u voor een vrijwillig eigen risico? Dan krijgt u een korting op uw premie. Hoeveel korting u krijgt, ziet u in het overzicht van premiekortingen op onze website. Dit overzicht maakt deel uit van deze polis. (...)

7.3 Voor sommige zorgkosten geldt geen vrijwillig gekozen eigen risico

Wij houden geen vrijwillig gekozen eigen risico in op:

a de kosten van zorg die huisartsen plegen te bieden. Uitzondering hierop zijn de kosten van met deze zorg samenhangend onderzoek, als dit onderzoek ergens anders wordt verricht en apart in rekening wordt gebracht. De persoon of instelling die dat onderzoek doet, moet gerechtigd zijn hiervoor het tarief te rekenen dat de Nederlandse Zorgautoriteit heeft vastgesteld;

b de directe kosten voor verloskundige zorg en kraamzorg;

c de kosten van inschrijving bij een huisarts of bij een instelling die huisartsenzorg verleent. (...)

d nacontroles van de donor nadat de periode van zorg aan die donor is verstreken. Deze zorgperiode is maximaal 13 weken of, als het om een levertransplantatie gaat, een half jaar;
e ketenzorg die gedeclareerd wordt volgens de Beleidsregel prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen. Deze beleidsregel is vastgesteld op basis van de Wmg. (...)"

- 8.4. De artikelen 6 en 7 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 1.1 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.5. Het verplicht eigen risico is geregeld in de artikelen 19 en 21 Zvw en verder uitgewerkt in artikel 2.17 Bzv. Het vrijwillig eigen risico is geregeld in de artikelen 20 en 22 Zvw en verder uitgewerkt in artikel 2.18 Bzv.
- 8.6. 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.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Verzoekster is behandeld door een gynaecoloog in verband met nabloeden na de bevalling. Deze heeft het DBC-zorgproduct 149399042 bij de ziektekostenverzekeraar in rekening gebracht, waarvan de omschrijving luidt: "Cyclusstoornissen | Diagnostische ingrepen/Gynaecologisch onderzoek | Urogenitaal vrouwelijk org (...) Diagnostisch onderzoek bij stoornissen van de



menstruatiecyclus". De zorgverzekeraar heeft toegelicht dat dit een verzamel-DBC betreft voor alle niet-klinische behandelingen of onderzoeken met betrekking tot klachten van bloedingen. Hij heeft navraag gedaan bij het ziekenhuis, waar men heeft verklaard dat de DBC conform de registratieregels is geregistreerd en gedeclareerd. Bij het huidige declaratiesysteem, waarbij wordt gewerkt met een zogenoemde grouper, kan slechts tot één DBC-zorgproduct worden gekomen indien de juiste verrichtingen worden geregistreerd, aldus de zorgverzekeraar. De commissie is niet bevoegd te treden in een handelen of nalaten van het ziekenhuis. Het ziekenhuis is immers geen partij bij het onderhavige geschil. Dit neemt niet weg dat verzoekster, vanwege het eigen risico, wel een financieel belang heeft, zodat de vraag is of er voor de zorgverzekeraar aanleiding bestond de declaratie van het ziekenhuis af te wijzen dan wel aan te dringen op correctie. Gezien het voorgaande concludeert de commissie dat de zorgverzekeraar terecht tot vergoeding van de declaratie is overgegaan.

- 
- 9.2. Gelet op de artikelen 6 en 7 van de zorgverzekering is zorg zoals verloskundigen die plegen te bieden uitgezonderd van het verplicht en vrijwillig eigen risico. De onderhavige zorg is aan verzoekster verleend door een gynaecoloog. Naar zijn aard gaat het niet om zorg die een verloskundige normaliter pleegt te bieden. Hieruit volgt dat de zorg niet is uitgesloten van het verplicht en vrijwillig eigen risico.
- 
- 9.3. Verzoekster heeft verder aangevoerd dat zij onder de oude DBC-systematiek geen eigen risico zou hoeven betalen, omdat de omschrijving van de DBC in dat geval beter zou hebben aangesloten bij de aan haar verleende behandeling. Dit argument faalt echter, omdat - zoals hiervoor onder 9.2 is overwogen - de zorg zoals die aan verzoekster is verleend geen zorg is zoals verloskundigen die plegen te bieden. Ook onder de oude DBC-systematiek zouden de kosten van deze behandeling, als zijnde medisch-specialistische zorg, ten laste van het verplicht en vrijwillig eigen risico zijn gebracht.



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, 2 december 2015,



A.I.M. van Mierlo

