



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 : Verplicht en vrijwillig eigen risico, DBC-systematiek
Zaaknummer : 201602560
Zittingsdatum : 19 april 2017

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden zorgverzekering 2015, artt. 19, 20, 21 en 23 Zvw, 2.17 en 2.18 Bzv, NZa - Nadere regel Informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (TH/NR-007))

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 de aanvullende ziektekostenverzekering OHRA Gezond afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. De ziektekostenverzekeraar heeft aan verzoeker door middel van het declaratieoverzicht van 21 oktober 2016 medegedeeld dat door het St. Antonius Ziekenhuis € 340,15 is gedeclareerd. Dit bedrag heeft de ziektekostenverzekeraar ten laste van het verplicht en vrijwillig eigen risico 2015 van verzoeker gebracht.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij e-mailbericht van 3 november 2016 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 brief van 12 januari 2017 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar (i) ten onrechte € 340,15 van hem vordert, en (ii) dat hij op het declaratieoverzicht duidelijk de gedeclareerde DBC-code dient te vermelden (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 17 maart 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 20 maart 2017 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben op respectievelijk 24 maart en 3 april 2017 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. Verzoeker heeft van de ziektekostenverzekeraar een declaratieoverzicht van 21 oktober 2016 ontvangen, waarop is vermeld dat door het St. Antonius Ziekenhuis een bedrag is gedeclareerd van totaal € 340,15. Genoemd bedrag heeft de ziektekostenverzekeraar verrekend met het openstaande verplicht en vrijwillig eigen risico 2015 van verzoeker. De betreffende zorgkosten zijn omschreven als "Ziekenhuis: St. Antonius Ziekenhuis Inwendige geneeskunde - DBC Zorgproduct 24-10-2015 t/ m 20-02-2016". Door deze summiere omschrijving is het voor verzoeker niet mogelijk te controleren waarvoor hij moet betalen. Om die reden heeft verzoeker de ziektekostenverzekeraar verzocht de door het St. Antonius Ziekenhuis gedeclareerde DBC-codes te verstrekken. Pas in de brief aan de Ombudsman Zorgverzekeringen heeft de ziektekostenverzekeraar deze codes bekend gemaakt. Door de codes niet op de nota van het eigen risico te vermelden, is sprake van ernstige verwijtbaarheid.
- 4.2. Daarnaast heeft verzoeker van het St. Antonius Ziekenhuis eerder een nota gekregen voor dezelfde zorg. Toen werd over de periode van 24 oktober 2014 tot en met 23 oktober 2015 een bedrag van € 517,63 gedeclareerd. Nu is voor een veel kortere periode een bedrag van € 340,15 gedeclareerd. Dit betekent feitelijk een verdubbeling van de zorgkosten op jaarbasis. Verzoeker wil dan ook dat de ziektekostenverzekeraar duidelijkheid verschaft over de jaarlijkse kosten die worden gedeclareerd. De ziektekostenverzekeraar kan hierbij niet volstaan met het enkele argument dat de tarieven voortkomen uit onderhandelingen. Ergens moeten de betreffende bedragen zijn vastgelegd. Voorts vordert verzoeker vergoeding 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. Elke verzekerde in Nederland heeft een wettelijk verplicht eigen risico. In 2015 bedroeg dit € 375,--. Verzoeker heeft daarnaast een vrijwillig eigen risico van € 300,-- gekozen. Dit betekent dat de eerste € 675,-- aan zorgkosten, die ten laste van de zorgverzekering voor vergoeding in aanmerking komt, voor zijn rekening blijft.
- 5.2. Het St. Antonius Ziekenhuis heeft de kosten van de polikliniekbezoeken inwendige geneeskunde gedeclareerd door middel van een DBC zorgproduct. Dit is een vorm van declareren die door de overheid is voorgeschreven. De DBC wordt pas aan het eind van de behandeling gesloten en gedeclareerd, dan wel binnen 365 of 120 dagen. De DBC's zijn gebaseerd op een gemiddelde van de geleverde zorg en de gemiddelde kosten die voor een bepaalde behandeling worden gemaakt. Niet iedere scan, consult of verpleegdag wordt dus apart in rekening gebracht. In sommige gevallen is de rekening lager dan de werkelijk gemaakte kosten en in andere gevallen juist hoger.
- 5.3. In het onderhavige geval heeft het St. Antonius Ziekenhuis voor dezelfde zorgvraag in het verleden een DBC geopend. Deze DBC had een looptijd van 365 dagen, te weten van 24 oktober 2014 tot en met 23 oktober 2015 en had als omschrijving "1 tot 3 polikliniekbezoeken bij chronisch nierfalen - nog geen dialyse". Aangezien verzoeker binnen 120 dagen na het sluiten van deze DBC opnieuw op de poli inwendige geneeskunde is geweest, heeft het ziekenhuis een vervolg-DBC geopend. Deze vervolg-DBC heeft een looptijd van 120 dagen en is gesloten op 20 februari 2016. Alle kosten, die in deze periode zijn gemaakt, vallen onder de betreffende DBC. De begindatum van de DBC,

te weten 24 oktober 2015, is bepalend voor het antwoord op de vraag ten laste van welk jaar de kosten komen. In dit geval zijn de kosten van de vervolg-DBC (€ 340,15) dan ook verrekend met het verplicht en vrijwillig eigen risico 2015 van verzoeker.

5.4. De ziektekostenverzekeraar erkent dat verzoeker hem eerder heeft verzocht de zorgproductcode en de DBC-code te verstrekken. Onduidelijk is met welke reden deze informatie toen niet direct aan verzoeker is verstrekt, maar hier is zeker niet bewust voor gekozen. Daarbij geldt dat de ziektekostenverzekeraar op grond van de Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten opgesteld door de NZa (Regeling TH/NR-007 onder punt 17.3) niet verplicht is om de zorgproductcode in een declaratieoverzicht te benoemen.

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 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 € 340,15 ten laste van het op dat moment nog openstaande verplicht en vrijwillig eigen risico 2015 van verzoeker heeft gebracht, en (ii) of hij gehouden is op het declaratieoverzicht ook de DBC-code te vermelden.

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. e.v. 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 € 375,- voor een heel jaar. (...)

Verplicht eigen risico betekent dat u de eerste € 375,- 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. In artikel 23 Zvw is bepaald dat de 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.

8.8. 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-007) 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 zorgaanbieder;*
- c. de consumentenomschrijving van de gedeclareerde 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 commissie stelt voorop dat zij niet bevoegd is te oordelen over de juistheid van de door het ziekenhuis ingediende declaratie. Aangezien het ziekenhuis rechtstreeks bij de ziektekostenverzekeraar heeft gedeclareerd, heeft verzoeker niet vooraf inzage gehad in de nota en heeft hij niet de mogelijkheid gehad betaling hiervan te weigeren. De financiële consequenties komen - in de vorm van het eigen risico - echter wel voor rekening van verzoeker. De vraag die ter beantwoording voorligt, mede gelet op de stelling van verzoeker dat feitelijk sprake is van een verdubbeling van de zorgkosten op jaarbasis, is derhalve of de ziektekostenverzekeraar betaling van de nota had moeten weigeren dan wel bij het ziekenhuis had moeten aandringen op correctie. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.

9.2. Waar het gaat om nota's ter zake van medisch specialistische zorg, geldt dat in Nederland behandeltrajecten vanaf de diagnose tot het eind van de behandeling worden voorzien van een code, de zogenoemde Diagnose Behandel Combinatie (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 plaatsgevonden paramedische zorg en geneesmiddelen. Een DBC had aanvankelijk een maximale looptijd van 365 dagen. Later is dit teruggebracht tot maximaal 120 dagen, maar een DBC kan ook een looptijd hebben van 42 of 90 dagen, afhankelijk van de toepasselijke regels van de NZa. Indien sprake is van een doorlopende behandeling wordt steeds aansluitend een vervolg-DBC geopend. Een DBC is niet gebonden aan kalenderjaren. Voorts is met ingang van 1 januari 2012 de term DBC vervangen door DOT (DBC's Op weg naar Transparantie).

9.3. Het verplicht en vrijwillig eigen risico bestaat, conform de voorwaarden van de zorgverzekering, uit de bedragen aan kosten van zorg of overige diensten die per kalenderjaar voor rekening van de verzekerde blijven. De kosten van zorg of een andere dienst worden toegerekend aan het kalenderjaar waarin de zorg is genoten. Echter, indien de zorg of dienst die in twee achtereenvolgende kalenderjaren is genoten, wordt gedeclareerd met één DOT, dan wordt het eigen risico toegerekend aan het kalenderjaar waarin de DOT is geopend. Aldus volgt uit artikel 23 Zvw en artikel A.12.2. van de zorgverzekering.

- 9.4. Vast staat dat het ziekenhuis op 24 oktober 2014 een DBC heeft geopend met als omschrijving "1 tot 3 polikliniekbezoeken bij chronisch nierfalen - nog geen dialyse". Deze DBC is na 365 dagen, conform de destijds hiervoor geldende regels van de NZa, op 23 oktober 2015 gesloten en hierover bestaat tussen partijen geen geschil.
- Indien verdere behandeling noodzakelijk is, kunnen vervolg-DBC's worden geopend. Ingevolge artikel 9 van de Regeling medisch specialistische zorg (NR/CU-249) van de NZa opent het ziekenhuis in een dergelijke situatie een vervolgtraject dat ingaat één dag na de sluitingsdatum van het voorgaande traject. Voorts was aanvankelijk bepaald dat vervolg-DBC's een maximale looptijd hebben van 365 dagen. Later is dit teruggebracht naar 120 dagen.
- Uit de brief van de ziektekostenverzekeraar van 28 december 2016 blijkt dat aansluitend op de op 23 oktober 2015 gesloten DBC een vervolg-DBC van 120 dagen is geopend. Deze DBC is geopend op 24 oktober 2015 en gesloten op 20 februari 2015. Aangezien tussen partijen niet in geschil is dat verzoeker in de tussenliggende periode opnieuw in het St. Antonius Ziekenhuis is geweest voor dezelfde zorgvraag, stond het het ziekenhuis vrij op 24 oktober 2015 een vervolg-DBC van 120 dagen te openen. Gezien het voorgaande is de commissie van oordeel dat een en ander voor de ziektekostenverzekeraar geen aanleiding hoefde te geven de betreffende declaratie van het ziekenhuis te weigeren dan wel aan te dringen op correctie.
- 9.5. Rest de vraag of de ziektekostenverzekeraar de vervolg-DBC met openingsdatum 24 oktober 2015 ten bedrage van € 340,15 mocht verrekenen met het verplicht en vrijwillig eigen risico 2015 van verzoeker. Met betrekking hiertoe geldt dat uit eerdergenoemd artikel A.12.2. van de zorgverzekering volgt dat voor het antwoord op de vraag ten laste van welk kalenderjaar de kosten komen, de openingsdatum van de DBC bepalend is. In dit geval is de openingsdatum 24 oktober 2015, zodat de kosten dienen te worden verrekend met het verplicht en vrijwillig eigen risico van dat jaar.
- Ingevolge artikel A.12.1. van de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden is verzoekerin 2015 maximaal € 375,-- aan verplicht eigen risico verschuldigd voor zorg en diensten die ten laste van de zorgverzekering komen. Daarnaast had verzoeker in 2015 gekozen voor een vrijwillig eigen risico van € 300,-- Tussen partijen is niet in geschil dat zowel het verplicht als het vrijwillig eigen risico 2015 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 vervolg-DBC ten bedrage van totaal € 340,15 met het nog openstaande verplicht en vrijwillig eigen risico 2015 van verzoeker verrekend.
- Ten aanzien van de gestelde verdubbeling van de zorgkosten merkt de commissie op dat de tarieven in het B-segment onderwerp zijn van onderhandeling tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Met betrekking hiertoe is de commissie niet bevoegd.
- 9.6. Voor zover verzoeker stelt dat de ziektekostenverzekeraar hem niet tijdig de bijbehorende zorgproductcodes heeft verstrekt, geldt dat de commissie - de Nadere regel Informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten van de NZa in aanmerking nemend - het met verzoeker eens is dat de ziektekostenverzekeraar op zijn declaratieoverzicht tevens de consumentenomschrijving van het DBC-zorgproduct, inclusief de gedeclareerde code dient te vermelden. Door de ziektekostenverzekeraar is in de procedure ook erkend dat hij op dit punt (deels) nalatig is geweest, doch dit heeft geen - financiële - consequenties. Het feit dat de ziektekostenverzekeraar deze vermelding aanvankelijk achterwege heeft gelaten, kan niet ertoe leiden dat de gedeclareerde kosten niet ten laste van het eigen risico mogen worden gebracht. Aangezien dit in de fase van de bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen reeds is rechtgezet, ziet de commissie voorts geen grond te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,-- aan verzoeker dient te vergoeden.

Conclusie

- 9.7. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen. Hetzelfde geldt voor het door verzoeker gevorderde entreegeld.



10. Het bindend advies



10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 19 april 2017,



A.I.M. van Mierlo

