



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen OWM DSW Zorgverzekeraar U.A. te Schiedam
Zaak : Eigen risico, verplicht en vrijwillig eigen risico, DBC zorgproduct
Zaaknummer : 201602417
Zittingsdatum : 11 januari 2017

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2016, artt. 19, 20, 21 en 23 Zvw, 2.1, 2.17 en 2.18 Bzv)

1. Partijen

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

tegen

OWM DSW Zorgverzekeraar U.A. te Schiedam, hierna 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 Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1 onderdeel d Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering AV-Standaard afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom in het vervolg onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Bij brief van 8 september 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar bij verzoekster onder meer een bedrag van € 656,50 in rekening gebracht ter zake van het verplicht en vrijwillig eigen risico 2016 in verband met de door verzoekster genoten medisch specialistische zorg.

3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Hierbij heeft zij verzocht het bij haar in rekening gebrachte eigen risico 2016 ten bedrage van € 656,50 (deels) te laten vervallen. Bij e-mailbericht van 7 september 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft bij brief van 2 november 2016 aan verzoekster medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling.

3.4. Verzoekster heeft op 2 november 2016 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) telefonisch verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is af te zien van het in rekening brengen van het volledige bedrag van € 656,50 ter zake van het verplicht en vrijwillig eigen risico 2016 (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 12 december 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 19 december 2016 aan verzoekster gezonden.

3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 24 december 2016 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 4 januari 2017 telefonisch medegedeeld eveneens 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. 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. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 11 januari 2017 telefonisch gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

4.1. Verzoekster stelt dat zij op advies van haar huisarts een orthopeed in Schoonhoven heeft geconsulteerd in verband met rugklachten. Begin september 2016 ontving verzoekster van de ziektekostenverzekeraar een declaratieoverzicht, waarop is vermeld dat de ziektekostenverzekeraar een door het Groene Hart Ziekenhuis gedeclareerde nota van € 656,50 heeft vergoed. Deze nota heeft de ziektekostenverzekeraar verrekend met het verplicht en vrijwillig eigen risico 2016 van verzoekster.

4.2. Volgens verzoekster is de gedeclareerde nota niet juist. In de eerste plaats omdat feitelijk geen behandeling is uitgevoerd die geholpen heeft. Verder bestond de behandeling uit een orthopedisch consult van tien minuten, enige weken later een MRI-scan en daarna nog een orthopedisch consult van tien minuten. Verzoekster kan zich niet voorstellen dat het wettelijk is toegestaan hiervoor een bedrag van ruim € 650,- te declareren.

4.3. De ziektekostenverzekeraar blijft zich verschuilen achter DBC-tarieven. Met deze tarieven is verzoekster het niet eens. Op basis van informatie die verzoekster van het Groene Hart Ziekenhuis heeft gekregen meent zij dat het ziekenhuis andere tarieven had moeten declareren. Verzoekster is bereid voor de genoten zorg een bedrag te betalen van maximaal € 294,27.

4.4. Ter zitting heeft verzoekster haar standpunt herhaald en is door haar benadrukt dat zij niet het gehele behandeltraject heeft doorlopen. Zodoende moet zij betalen voor zorg die niet is geleverd.

4.5. Verzoekster 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 2016 bedroeg dit € 385,-. Verzoekster had daarnaast een vrijwillig eigen risico van € 500,- gekozen. Dit betekent dat de eerste € 885,- aan zorgkosten, die ten laste van de zorgverzekering voor vergoeding in aanmerking komt, voor haar rekening blijft. De ziektekostenverzekeraar heeft medio 2016 een declaratie van € 656,50 ontvangen van het Groene Hart Ziekenhuis. Aangezien het verplicht en vrijwillig eigen risico 2016 van verzoekster nog niet was 'vol' gemaakt, heeft de ziektekostenverzekeraar de declaratie hiermee verrekend.

5.2. Het door het ziekenhuis in rekening gebrachte bedrag van € 656,50 ziet op een orthopedische behandeling. Door het Groene Hart Ziekenhuis is hiervoor DBC-zorgproduct 131999178 gedeclareerd met als consumentenomschrijving: "Beeldvormend onderzoek (röntgen of echo of CT-scan of MRI) bij een ziekte van botspierstelsel van de wervelkolom". Naar aanleiding van de klacht van verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar de zorgactiviteiten bekeken. Gebleken is dat op 12 mei 2016 een eerste polikliniekbezoek, op 31 mei 2016 onderzoeken van de lendenwervelkolom met gebruik van een MRI, en op 16 juni 2016 een herhaal-polikliniekbezoek hebben plaatsgevonden. Aangezien door verzoekster is erkend dat sprake is geweest van twee polikliniekbezoeken en één MRI-scan, meent de ziektekostenverzekeraar dat de gedeclareerde DBC-code passend is.

5.3. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt herhaald.

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 14 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 ter zake van de door verzoekster genoten medisch specialistische zorg terecht het volledige bedrag van € 656,50 ter zake van het verplicht en vrijwillig eigen risico 2016 bij haar in rekening heeft gebracht.

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 15 e.v. van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 18a van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"lid 1 Algemeen

Dit artikel beschrijft de medisch-specialistische zorg. Binnen de medisch-specialistische zorg onderscheiden we:

- *medisch-specialistische zorg met opname (klinisch) en zonder opname (niet-klinisch) (zie lid 2);*
- *behandelingen van plastisch-chirurgische aard (zie lid 3).*

(...)

lid 2.1.2 Medisch-specialistische zorg zonder opname (niet-klinische zorg)

Wij vergoeden medisch-specialistische zorg zonder opname geleverd door een medisch specialist. Onder de vergoeding vallen de verpleging, de geneesmiddelen, de hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen, indien deze op de polikliniek worden uitgevoerd of toegediend.

(...)"

8.4. Artikel 9 van de zorgverzekering regelt het verplicht en vrijwillig eigen risico. Deze bepaling luidt, voor zover hier van belang:

"lid 1 Verplicht eigen risico

Als u 18 jaar of ouder bent, heeft u voor de zorgverzekering een verplicht eigen risico van € 385,- per jaar. Dit betekent dat u de eerste € 385,- aan kosten die op grond van uw zorgverzekering door ons vergoed zouden worden zelf moet betalen. Daarna vergoeden wij alle kosten voor zover die onder de dekking van uw zorgverzekering vallen. De hoogte van het verplicht eigen risico staat op uw polis vermeld. De hoogte van het verplicht eigen risico wordt jaarlijks door de overheid vastgesteld en is bij alle zorgverzekeraars gelijk.

lid 2 Vrijwillig eigen risico

Als u 18 jaar of ouder bent, kunt u kiezen voor een vrijwillig eigen risico naast het verplicht eigen risico. Zonder verdere afspraak bedraagt het vrijwillig eigen risico € 0,-. U kiest een vrijwillig eigen risico voor de duur van een jaar en u kunt de hoogte van het vrijwillig eigen risico tussentijds niet wijzigen, tenzij sprake is van een situatie zoals omschreven in artikel 8, lid 8 of lid 9 van deze polisvoorwaarden.

lid 3 Hoogte vrijwillig eigen risico

*Elke verzekerde van 18 jaar en ouder kan kiezen voor een vrijwillig eigen risico van € 100,-, € 200,-, € 300,-, € 400,- of € 500,- per jaar bovenop het verplicht eigen risico. Indien u een vrijwillig eigen risico kiest, krijgt u korting op de premie zoals vermeld in de premiebijlage (Bijlage 1).
(...)*

lid 5 Kosten DBC of zorgproduct

*De kosten van een DBC of zorgproduct tellen mee voor het eigen risico van het jaar waarin de DBC of het zorgproduct is gestart (openingsdatum).
(...)"*

- 8.5. De artikelen 9 en 18a van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.6. 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, 21 en 23 Zvw en verder uitgewerkt in de artikelen 2.17 e.v. Bzv.
- 8.7. 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. 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 verzoekster niet vooraf inzage gehad in de nota en heeft zij niet de mogelijkheid gehad betaling te weigeren. De financiële consequenties komen - in de vorm van het verplicht en vrijwillig eigen risico - echter wel voor haar rekening. De vraag die ter beantwoording voorligt is derhalve of de ziektekostenverzekeraar betaling van de nota had moeten weigeren dan wel bij het ziekenhuis had moeten aandringen op correctie.

- 9.2. Door het ziekenhuis is voor zorg in de periode van 12 mei 2016 tot en met 9 augustus 2016 DBC-zorgproductcode 131999178 ("Beeldvormend onderzoek (röntgen of echo of CT-scan of MRI) bij een ziekte van botspierstelsel van de wervelkolom") gedeclareerd (declaratiecode 15B099). Dit betreft een DBC uit het B-segment, waarbij de tarieven tot stand komen door onderhandelingen tussen de ziektekostenverzekeraar en de door hem gecontracteerde zorgaanbieders. Het gedeclareerde bedrag van € 656,50 komt volgens de ziektekostenverzekeraar overeen met het afgesproken tarief voor eerdergenoemde DBC.
- 9.3. Naar aanleiding van het door verzoekster gestelde, heeft de ziektekostenverzekeraar onderzoek gedaan naar de ingediende declaratie. Daarbij is hij tot de conclusie gekomen dat de door (de behandelend arts van) het Groene Hart Ziekenhuis gedeclareerde DBC correct is. De commissie onderschrijft deze conclusie, mede omdat vaststaat dat verzoekster in de periode van 12 mei 2016 tot en met 9 augustus 2016 in het Groene Hart Ziekenhuis is geweest voor twee consulten en een MRI-scan. Gezien het voorgaande is de commissie van oordeel dat een en ander voor de ziektekostenverzekeraar geen aanleiding hoefde te zijn de declaratie van het ziekenhuis te weigeren dan wel aan te dringen op correctie. Hetgeen door verzoekster is gesteld met betrekking tot de duur van de consulten, de kwaliteit van uitgevoerde verrichtingen, en de hiervoor in rekening gebrachte kosten, maakt dit niet anders. Niet valt in te zien waarom het bedrag van de declaratie moet worden gesteld op € 294,27, zoals door verzoekster is betoogd.
- 9.4. Ingevolge artikel 9 lid 1 van de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden is verzoekster in 2016 maximaal € 385,-- aan wettelijk verplicht eigen risico verschuldigd voor zorg en diensten die ten laste van de zorgverzekering komen. Daarnaast had verzoekster in 2016 gekozen voor een vrijwillig eigen risico van € 500,-- Tussen partijen is niet in geschil dat zowel het verplicht als het vrijwillig eigen risico 2016 tot het moment waarop de onderhavige kosten werden gemaakt nog gedeeltelijk open stond. Voorts staat vast dat de onderhavige kosten niet zijn uitgesloten van het eigen risico. De ziektekostenverzekeraar heeft derhalve terecht eerder genoemde DBC ten bedrage van € 656,50 met het nog openstaande verplicht en vrijwillig eigen risico 2016 van verzoekster verrekend.

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, 18 januari 2017,

H.A.J. Kroon