



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht
Zaak : Eigen risico, verplicht en vrijwillig eigen risico, declaratie door ziekenhuis
Zaaknummer : 201601717
Zittingsdatum : 18 januari 2017

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2015, artt. 19 e.v. Zvw, 2.17 en 2.18 Bzv)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,
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 verzoeker bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis Budget (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. De zorgverzekeraar heeft van verzoeker een bedrag van € 730,69 gevorderd in verband met het verplicht en vrijwillig eigen risico 2015.

3.2. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brieven van 8 juli 2016 en 27 juli 2016 heeft de zorgverzekeraar 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 zorgverzekeraar.

3.4. Bij brief van 12 september 2016 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar het bedrag van € 730,69 niet van hem mag vorderen (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 zorgverzekeraar 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 zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 19 december 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 20 december 2016 aan verzoeker gezonden.

3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 22 december 2016 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De zorgverzekeraar heeft op 4 januari 2017 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.



3.8. 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.



3.9. De zorgverzekeraar is op 18 januari 2017 telefonisch gehoord. Verzoeker is niet ter zitting verschenen.



3.10. Verzoeker heeft bij brief van 18 januari 2017 medegedeeld dat de kwestie tevens ter beoordeling is voorgelegd aan de burgerlijke rechter, en dat hij de uitkomst van die procedure wenst af te wachten.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker



4.1. Verzoeker heeft het ziekenhuis bezocht in verband met plasproblemen. Hij kreeg de opdracht een plasdagboek bij te houden en urine in te leveren. Op 9 november 2015 heeft hij urine ingeleverd, en op 20 november 2015 zou bij hem een kijkoperatie plaatsvinden. Op het moment dat hij al op de operatietafel lag, kwam de mededeling dat een blaasontsteking was geconstateerd, zodat de ingreep niet kon doorgaan. Als gevolg hiervan is verzoeker langer ziek geweest dan noodzakelijk was. Indien de urine eerder was onderzocht, was een en ander niet gebeurd. Het ziekenhuis heeft weliswaar toegegeven dat een fout is gemaakt, maar heeft desalniettemin een rekening ingediend bij de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar heeft deze rekening zonder meer betaald, en de kosten ten laste gebracht van het verplicht en vrijwillig eigen risico 2015 van verzoeker. Verzoeker is, gelet op de gang van zaken, van mening dat hij niet gehouden is deze rekening aan de zorgverzekeraar te voldoen.



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

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar



5.1. Op 3 september 2015 is door de afdeling radiologie van het ziekenhuis een röntgenonderzoek van de buik gedeclareerd met een bedrag van € 47,17. Verder is een DBC-zorgproduct gedeclareerd voor een urodynamisch onderzoek. Verzoeker heeft medegedeeld dat een dergelijk onderzoek bij hem niet is uitgevoerd. Het gedeclareerde DBC-zorgproduct met declaratiecode 15C923 heeft als omschrijving *“Poliklinische diagnostiek/ingreep of meer dan 2 polikliniekbezoeken bij plasklachten”*. Het omschreven onderzoek kan binnen deze DBC vallen. Als dit onderzoek niet heeft plaatsgevonden, betreft dit nog steeds de meest passende DBC, aangezien er wel andere onderzoeken zijn uitgevoerd. De zorgverzekeraar handhaaft daarom zijn vordering voor het verplicht en vrijwillig eigen risico ten bedrage van € 730,69.



5.2. Verzoeker heeft een klacht over de zorgaanbieder, en heeft hierover al met deze zorgaanbieder contact gehad. Indien hij er met de zorgaanbieder niet uitkomt, kan hij zijn klacht neerleggen bij de klachtencommissie waarbij de zorgaanbieder is aangesloten.



5.3. Bij brief van 19 december 2016 heeft de zorgverzekeraar toegelicht op 12 december 2016 telefonisch contact te hebben opgenomen met de zorgaanbieder die de kosten heeft gedeclareerd, en dat hij bij die gelegenheid heeft nagevraagd welke onderzoeken en/of behandelingen op 20 november 2015 hebben plaatsgevonden. De zorgaanbieder deelde mede dat verzoeker een zogenoemde 'flowmetrie' heeft ondergaan, die is gedeclareerd met zorgactiviteit 039865. Na het gesprek heeft de zorgverzekeraar uitgezocht hoe deze zorgactiviteit zich verhoudt tot het gedeclareerde DBC-zorgproduct 15C923. Volgens de website van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) valt deze zorgactiviteit onder zorgproduct 149999027, namelijk een behandeling of onderzoek

en/of meer dan twee polikliniekbezoeken en/of dagbehandeling bij plasklachten (LUTS). Dit zorgproduct komt, ingevolge de prijslijst DBC-zorgproducten op de website van de zorgaanbieder, overeen met DBC-zorgproduct 15C923. De zorgverzekeraar komt dan ook tot de conclusie dat de zorgaanbieder op de juiste wijze heeft gedeclareerd.

5.4. Ter zitting heeft de zorgverzekeraar zijn standpunt herhaald.

5.5. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Verzoeker heeft bij brief van 18 januari 2017 verklaard dat het geschil tevens ter beoordeling is voorgelegd aan de burgerlijke rechter, en dat hij de uitkomst van die procedure wenst af te wachten. Gelet op artikel 3 lid 5 van het Reglement van de Geschillencommissie Zorgverzekeringen behandelt de commissie geen geschillen waarvan reeds een geding aanhangig is bij of een uitspraak is gedaan door een rechterlijke instantie of scheidsgerecht. De commissie is derhalve niet bevoegd van het onderhavige geschil kennis te nemen en hierover een bindend advies uit te brengen.

7. Het bindend advies

7.1. De commissie verklaart zich onbevoegd van het onderhavige geschil kennis te nemen en hierover bindend advies uit te brengen.

Zeist, 8 februari 2017,

A.I.M. van Mierlo