



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen VGZ Zorgverzekeraar NV te Arnhem
Zaak : Eigen risico, DBC-systematiek
Zaaknummer : 201700081
Zittingsdatum : 31 mei 2017

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

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

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

VGZ Zorgverzekeraar NV te Arnhem, 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 VGZ Ruime Keuze (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 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Bij declaratieoverzicht van 5 december 2016 heeft de zorgverzekeraar bij verzoeker een bedrag van € 218,43 ter zake van een behandeling in het Stichting Bravis Ziekenhuis in rekening gebracht in verband met het verplicht eigen risico 2016.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 21 december 2016 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. In een telefonisch contact van 30 januari 2017 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is af te zien van de vordering van € 218,43 in verband met het eigen risico 2016 (hierna: het verzoek).
- 3.4. 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.
- 3.5. De zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 20 maart 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 21 maart 2017 aan verzoeker gezonden.
- 3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 6 april 2017 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De zorgverzekeraar heeft op 24 april 2017 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.7. 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.

3.8. 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. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 31 mei 2016 telefonisch gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

4.1. Verzoeker heeft vanwege rugklachten op 9 augustus 2016 een consult gehad op de polikliniek neurologie van het ziekenhuis. Voorafgaand aan dat consult, kreeg verzoeker onverwachts een vooronderzoek door een co-assistent. Dit vooronderzoek bestond uit een lang gesprek inclusief verslaggeving en duurde drie kwartier. Het consult bij de neuroloog zelf, waarvoor verzoeker naar het ziekenhuis was gekomen, duurde slechts een kwartier. Verzoeker zet zijn vraagtekens bij deze gang van zaken en heeft dit ook neergelegd bij het Patiënten Service Bureau. Het ziekenhuis heeft vervolgens aan verzoeker medegedeeld dat hierover contact had moeten plaatsvinden. Het bedrag van € 218,43 voor een consult van slechts een kwartier vindt verzoeker niet gepast.

4.2. Verzoeker vindt de gang van zaken in de gezondheidszorg alsmede de kosten die hieruit voortvloeien bedenkelijk. Zo verloopt het betalingsverkeer tussen het ziekenhuis en de zorgverzekeraar buiten het zicht van de verzekerde. DBC's vinden hun grondslag in een gedeeld risico en een collectieve inleg, terwijl het bij het eigen risico uitsluitend om de eigen rekening gaat. Verzoeker stelt dat de verzekerde alleen voor de concreet geboden zorg zou moeten betalen, waarbij dan sprake is van kostendifferentiatie. Voorts zijn transparantie en tariefinformatie vooraf wenselijk, in plaats van het gebruik van standaard DBC-rekenmodellen. Anders wordt de verzekerde bij de planning en keuze van zorg beperkt. Aangezien het - onverwachte - bedrag van het eigen risico pas in december in rekening wordt gebracht, heeft verzoeker niet de gelegenheid om te plannen wanneer hij een kostbare medische ingreep het beste kan laten verrichten. Zo heeft verzoeker in dit geval de vervanging van een volledige gebitsprothese ten onrechte naar het volgende jaar geschoven.

4.3. Ter zitting heeft verzoeker zijn standpunten herhaald.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

5.1. Verzoeker is op 9 augustus 2016 voor een consult in het Stichting Bravis Ziekenhuis geweest, waarvoor een bedrag van € 218,43 in rekening is gebracht. De tarieven die het ziekenhuis hanteert zijn vastgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit (hierna: NZa). Daarnaast werken ziekenhuizen en zorgverzekeraars met DBC's. Een DBC is een optelsom van de diagnose van de specialist en de (eventuele) ziekenhuisbehandeling die hieruit volgt. Samen wordt dat één bedrag, dat het ziekenhuis achteraf in rekening brengt. De zorgverzekeraar heeft geen invloed op dit tarief.

5.2. Het is vervelend voor verzoeker dat hij zijn zorg niet kan plannen aangezien de rekeningen ter zake van het eigen risico pas later in het jaar door hem worden ontvangen. De zorgverzekeraar adviseert verzoeker het bedrag van het eigen risico te reserveren, zodat hij niet onverwacht voor hoge kosten komt te staan. Ziekenhuizen kunnen binnen een termijn van vijf jaren nota's declareren, hetgeen ertoe leidt dat ook de zorgverzekeraar niet vooraf weet wanneer het ziekenhuis de kosten in rekening brengt.

5.3. Ter zitting heeft de zorgverzekeraar zijn standpunten herhaald.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 10 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 terecht een bedrag van € 218,43 in verband met het verplicht eigen risico 2016 bij verzoeker in rekening heeft gebracht ter zake van de door hem genoten medisch specialistische zorg.

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 naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 e.v. van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 15 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“Omschrijving

U hebt recht op geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten deze plegen te bieden, met inbegrip van het daarbij behorende laboratoriumonderzoek, geneesmiddelen, verbandmiddelen en hulpmiddelen. (...)”

8.4. Artikel 7 van de zorgverzekering heeft betrekking op het eigen risico, en luidt, voor zover hier van belang:

“7.1. Hoogte verplicht eigen risico

Als u 18 jaar of ouder bent, hebt u een verplicht eigen risico van € 385 per kalenderjaar. De kosten van zorg blijven tot dit bedrag voor uw rekening. Als u in de loop van een kalenderjaar 18 jaar wordt, geldt het verplicht eigen risico vanaf de eerste dag van de kalendermaand na de 18e verjaardag. De hoogte van het verplicht eigen risicobedrag wordt in dat geval berekend volgens de berekeningswijze als vermeld in artikel 7.4.

7.2. Voor welke zorgvormen geldt het verplicht eigen risico?

Het verplicht eigen risico geldt voor alle zorgvormen zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden, behalve voor:

*- huisartsenzorg. Houdt u er rekening mee dat geneesmiddelen die de huisarts voorschrijft niet onder huisartsenzorg vallen. Hetzelfde geldt voor laboratoriumonderzoek dat samenhangt met de huisartsenzorg. Dit laboratoriumonderzoek wordt op verzoek van de huisarts door een andere zorgaanbieder uitgevoerd en in rekening gebracht. Deze zorg valt dus wel onder uw verplicht eigen risico;
(...)*

7.5. Berekening verplicht eigen risico

Voor de berekening van het eigen risico, worden de kosten van zorg of een andere dienst toegerekend aan het kalenderjaar waarin de zorg is genoten. Als een behandeling in 2 kalenderjaren valt en de zorgaanbieder de kosten hiervan in 1 bedrag in rekening mag brengen (bijvoorbeeld Diagnose Behandeling Combinatie), dan worden deze kosten in mindering gebracht op het eigen risico van het kalenderjaar waarin de behandeling is gestart."

- 8.5. De artikelen 7 en 15 van de zorgverzekering zijn volgens de artikelen 2.1 en 2.3 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.6. Artikel 11 lid 1 onderdeel a 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 de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.
Medisch specialistische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.
Het verplicht eigen risico is geregeld in de artikelen 19 en 21 Zvw en verder uitgewerkt in artikel 2.17 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 een andere dienstverlener in één bedrag in rekening zijn gebracht, worden toegerekend aan het kalenderjaar waarin de zorg of dienst is aangevangen.
- 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 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
- 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 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.
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 nieuwe vervolg-DBC geopend. Een DBC is niet gebonden aan kalenderjaren.
- 9.2. De door verzoeker genoten zorg, een consult op de afdeling neurologie, valt onder de dekking van de zorgverzekering.
Uit artikel 7 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 9 augustus 2016, zodat de kosten dienen te worden verrekend met het verplicht eigen risico voor dat jaar. Ingevolge voornoemd artikel was verzoeker in 2016 maximaal € 385,--

aan wettelijk verplicht eigen risico verschuldigd voor zorg en diensten die ten laste van de zorgverzekering komen.

Tussen partijen is niet in geschil dat het verplicht eigen risico 2016 tot het moment dat de onderhavige kosten werden gemaakt nog open stond. Voorts staat vast dat deze kosten niet zijn uitgesloten van de eigen risicoregeling.

Verder geldt dat de nota door het ziekenhuis binnen de hiervoor geldende termijn bij de zorgverzekeraar is gedeclareerd, en dat de zorgverzekeraar het bedrag van verzoeker heeft gevorderd op 24 november 2016, derhalve binnen de wettelijke verjaringstermijn van vijf jaren.

- 9.3. Uit de DBC-systematiek vloeit voort dat het ziekenhuis eerst na sluiting van de DBC kan declareren. De commissie begrijpt het bezwaar van verzoeker, namelijk dat pas daarna voor hem duidelijk is tot welk bedrag het eigen risico wordt aangesproken, en dat het daarom moeilijk is zorg te plannen, doch binnen het bestaande, wettelijke kader kan hieraan niet tegemoet worden gekomen. Verzoeker heeft de juistheid van het bij hem in rekening gebrachte bedrag niet gemotiveerd bestreden, zodat voor de zorgverzekeraar geen aanleiding bestond hiernaar verder onderzoek te doen. De zorgverzekeraar heeft derhalve terecht de in 2016 gemaakte kosten van medisch specialistische zorg tot een bedrag van € 218,43 ten laste van het verplicht eigen risico van verzoeker voor dat jaar gebracht. Hetgeen overigens door verzoeker is aangevoerd, met name ten aanzien van de transparantie, het inzicht in de kosten, en de eventuele wens om te komen tot een gedifferentieerde kostentoerekening, is van algemene aard en valt buiten het bestek van dit geschil.

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, 21 juni 2017,

A.I.M. van Mierlo