



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, vertegenwoordigd door de heer C te B, tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V. te
Arnhem, vertegenwoordigd door IAK Verzekeringen B.V. te Eindhoven

Zaak : Eigen risico, hoortoestel, vervolg DBC

Zaaknummer : 201403062

Zittingsdatum : 29 april 2014



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



(Voorwaarden zorgverzekering 2013, artt. 10, 11, 19, 20 en 21 Zvw, 2.1, 2.9, 2.17 Bzv, 2.6 en 2.10 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2013)

1. Partijen



Mevrouw A te B , hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door de heer C te B,
tegen



VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar,
vertegenwoordigd door IAK Verzekeringen B.V. te Eindhoven.

2. De verzekeringssituatie



2.1. Verzoekster was in 2013 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de VGZ Zorgverzekering variant Natura (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 Vitaal Pakket 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 buiten beschouwing.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding



3.1. Bij uitkeringsspecificatie van 6 september 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar van verzoekster een bedrag van € 321,62 gevorderd ter zake het verplicht eigen risico voor 2013.



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 2013 ten bedrage van € 321,62 te laten vervallen (hierna: de aanspraak). Bij e-mailbericht van 9 oktober 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar 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 ziektekostenverzekeraar.



3.4. Bij brief van 16 februari 2015 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering (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 24 maart 2015 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 31 maart 2015 aan verzoekster gezonden.
- 
- 3.7. Verzoekster heeft op 3 april 2015 gereageerd op het onder 3.6 bedoelde standpunt van de ziektekostenverzekeraar. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de wederpartij gezonden.
- 
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar hebben op respectievelijk 3 en 14 april 2015 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 
- 4.1. Verzoekster is door Van Boxel hoorwinkel verwezen naar een audiologisch centrum in Eindhoven. Daar is zij op 12 juni en 25 september 2012 geweest. Op advies van het audiologisch centrum heeft zij bij een andere hoorwinkel een nieuw hoortoestel aangeschaft. Al vrij snel bleek dat het nieuwe hoortoestel tegenviel. In januari 2014 is verzoekster teruggegaan naar de hoorwinkel en de dienstdoende audicien deelde verzoekster mede dat andere klanten erg tevreden waren over de Roger Pen. Om in aanmerking te komen voor dit type hoortoestel diende verzoekster zich te wenden tot het audiologisch centrum waar zij in 2012 al eens was geweest.
- 
- 4.2. Op 7 februari 2014 heeft verzoekster het audiologisch centrum bezocht. Aldaar is verzoekster medegedeeld dat zij gratis de Roger Pen mocht proberen. Verder is afgesproken dat de Roger Pen op 24 maart 2014 zou worden ingesteld. Toen verzoekster echter op 24 maart 2014 het audiologisch centrum bezocht, was de Roger Pen niet aanwezig. Wel heeft het audiologisch centrum een hoortest gedaan om de Roger Pen later te kunnen instellen. Dus alles wat met de - kosteloze - afspraak op 24 maart 2014 te maken had is nooit doorgegaan.
- 
- 4.3. Eind 2014 ontving verzoekster van de ziektekostenverzekeraar evenwel een nota van € 321,62 ter zake het verplicht eigen risico 2013. Uit de specificatie blijkt dat het bedrag betrekking heeft op 'Hulp door medisch specialisten uitgevoerd op 10 september 2013. Verzoekster bestrijdt ten eerste dat zij in 2013 bij het audiologisch centrum is geweest.
- 
- 4.4. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 
- 5.1. Verzoekster had op 24 maart 2014 een geplande afspraak bij een audiologisch centrum in Eindhoven. Deze afspraak heeft ook daadwerkelijk plaatsgevonden. Uit de brief van 24 november 2014 van het audiologisch centrum blijkt dat op 24 maart 2014 bij verzoekster een toonaudiometrie, spraakaudiometrie, controle hoortoestel en een gesprek met een audiologie assistent hebben plaatsgevonden. Voor deze onderzoeken heeft het audiologisch centrum een AP (audiologisch product) gefactureerd, controle basis volwassene, normtijd 1:42 uur.
- 
- 5.2. Gelet op de aantekeningen van de behandelaar was de Roger Pen op 24 maart 2014 inderdaad niet aanwezig. Er heeft echter wel een gehoormeting plaatsgevonden, en naar aanleiding van deze meting is het hoortoestel van verzoekster harder gezet. Ook is uit de overgelegde stukken op te maken dat het audiologisch centrum alleen de afspraak op 24 maart 2014 in rekening heeft gebracht. De afspraak van 7 februari 2014 is door het centrum niet geregistreerd.
- 
- 5.3. Het audiologisch centrum heeft voor de genoten zorg een zorgtraject gedeclareerd. Dit zorgtraject is geopend op 10 september 2013 en afgesloten op 9 september 2014. Wettelijk gezien mag een jaartraject worden gedeclareerd indien iemand bijvoorbeeld ieder jaar op controle zou moeten komen. Voor de bepaling van het eigen risico is de begindatum van het zorgtraject van belang.

Om die reden is het gedeclareerde bedrag van € 321,62 verrekend met het verplicht eigen risico 2013 van verzoekster.

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 11 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 terecht een bedrag van € 321,62 in verband met het verplicht eigen risico voor 2013 bij verzoekster in rekening heeft gebracht ter zake van de door haar genoten zorg door een audiologisch centrum.

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 ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in 'Hoofdstuk II' van de zorgverzekering.

Artikel 23 van 'Hoofdstuk II' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op hulpmiddelenzorg bestaat, en luidt, voor zover hier van belang:

"Omschrijving

U hebt recht op functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen zoals genoemd in het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering. In het Reglement hulpmiddelen IAK hebben wij nadere voorwaarden gesteld aan het verkrijgen van deze hulpmiddelen. Sommige groepen van hulpmiddelen zijn in de Regeling zorgverzekering functiegericht omschreven. Dat betekent dat de zorgverzekeraar zelf in het Reglement kan bepalen welke hulpmiddelen daar onder vallen. Wilt u een hulpmiddel dat behoort tot de groep van functiegericht omschreven hulpmiddelen maar is dit hulpmiddel niet in het Reglement hulpmiddelen IAK opgenomen? Dient u dan een aanvraag bij ons in. (...)"

8.3. Het VGZ Reglement Hulpmiddelen 2013 regelt met betrekking tot hoortoestellen het volgende:

"Eigendom of bruikleen? Eigendom

Kwaliteitseisen waaraan zorgaanbieder moet voldoen: STAR geregistreerd audicien en keurmerk "De Audicien"

Verwijzing door: Vanaf 16 jaar: audiologisch centrum of kno-arts of via een gecontracteerd triage-audicien. Jonger dan 16 jaar: audiologisch centrum

Toestemming gecontracteerde zorgaanbieder: De gecontracteerde zorgaanbieder beoordeelt of u aan de voorwaarden voldoet. Als uw hulpmiddel gerepareerd of vervangen moet worden kunt u bij de zorgaanbieder terecht. (...)"

8.4. Artikel 8 van 'Hoofdstuk I' van de zorgverzekering regelt het verplicht eigen risico, en deze bepaling luidt, voor zover hier van belang:

8.1 Hoogte verplicht eigen risico

Als u 18 jaar of ouder bent, hebt u een verplicht eigen risico van € 350,- 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 8.4.

8.2 Voor welke zorgvormen geldt het verplicht eigen risico

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

- huisartsenzorg.

(...)

- zorg die wordt bekostigd met toepassing van de op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde beleidsregel voor de prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen (...)

- verloskundige zorg en kraamzorg.

- de door ons aangewezen preferente geneesmiddelen zoals genoemd in het Reglement farmaceutische zorg IAK;

- hulpmiddelen in bruikleen. Kosten zoals bezorging en onderhoud tellen wel mee voor het verplicht eigen risico;

- nacontroles van een nier- of leverdonor, nadat de periode zoals genoemd in artikel 10, Transplantaties van weefsels en organen onder omschrijving, punt d is verstreken;

- eventuele eigen bijdragen en/of eigen betalingen.

(...)

8.5 Berekening verplicht eigen risico

Voor de berekening van het te dragen eigen risicobedrag 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 (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 8 van 'Hoofdstuk I', 23 van 'Hoofdstuk II' van de zorgverzekering en het VGZ Reglement Hulpmiddelen 2013 zijn volgens artikel 3 van 'Hoofdstuk I' 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.

Hulpmiddelenzorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.9 Bzv. De aanspraak op hoortoestellen is geregeld in artikel 2.6 sub c en verder uitgewerkt in artikel 2.10 Rzv.

Het verplicht eigen risico is geregeld in de artikelen 19 en 21 Zvw en verder uitgewerkt in artikel 2.17 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. Hetgeen partijen in de eerste plaats verdeeld houdt is of de onderhavige vervolg-DBC terecht op 19 september 2013 is geopend. In Nederland worden behandeltrajecten vanaf de diagnose tot het eind van de behandeling voorzien van een code, de zogenoemde DBC-code. De DBC-systematiek



is gebaseerd op de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) en heeft derhalve een wettelijke grondslag. Een DBC omvat het gehele behandeltraject en heeft een maximale looptijd van één jaar. Indien sprake is van een gedurende meerdere jaren doorlopende behandeling wordt steeds aansluitend een vervolg-DBC geopend. Een DBC is niet gebonden aan kalenderjaren.

- 
- 9.2. Vast staat dat verzoekster in juni en september 2012 bij het audiologisch centrum in Eindhoven is geweest. Het betreffende centrum heeft hiervoor ook een DBC gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar. DBC's hebben, als gezegd, een looptijd van maximaal 365 dagen en het audiologisch centrum mocht na ommekomst van die periode een vervolg-DBC openen met als ingangsdatum 19 september 2013 als vast komt te staan dat verzoekster binnen een jaar na het sluiten van de eerste DBC wederom bij het audiologisch centrum is geweest en dat verrichtingen hebben plaatsgevonden die het openen van een vervolg-DBC rechtvaardigen. Met betrekking hiertoe overweegt de commissie als volgt.
- 
- 9.3. Door verzoekster is verklaard dat zij zowel op 7 februari 2014 als op 24 maart 2014 bij het audiologisch centrum is geweest. Het audiologisch centrum heeft bij brief van 24 november 2014 verklaard dat het bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerde bedrag uitsluitend betrekking heeft op de onderzoeken die zijn uitgevoerd op 24 maart 2014. In voornoemde brief heeft het audiologisch centrum tevens uiteengezet dat op 24 maart 2014 bij verzoekster een toonaudiometrie, spraakaudiometrie, controle hoortoestel en een gesprek met een audiologie assistent hebben plaatsgevonden. Verzoekster heeft verklaard dat op 24 maart 2014 een hoortest heeft plaatsgevonden. Hiermee is naar het oordeel van de commissie door de ziektekostenverzekeraar voldoende aannemelijk gemaakt dat in het audiologisch centrum één of meer onderzoeken zijn uitgevoerd. Het stond het audiologisch centrum dan ook vrij op 19 september 2013 een vervolg-DBC te openen.
- 
- 9.4. Rest de vraag of de ziektekostenverzekeraar deze vervolg DBC mocht verrekenen met het verplicht eigen risico. Ten aanzien hiervan geldt dat verzoekster ingevolge de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden voor het jaar 2013 een bedrag van maximaal € 350,-- aan wettelijk verplicht eigen risico is verschuldigd voor zorg die ten laste van de zorgverzekering wordt vergoed. Tussen partijen is niet in geschil dat dit eigen risico nog niet volledig was 'vol' gemaakt. Voorts is onomstreden dat de onderhavige kosten niet vallen onder de zorgvormen waarop het eigen risico niet van toepassing is. De hoogte van de nota is door verzoekster niet bestreden. Nu voor de verrekening van het eigen risico de begindatum van de DBC (19 september 2013) bepalend is, is de commissie van oordeel dat de kosten van de vervolg-DBC (€ 321,62) terecht met het verplicht eigen risico 2013 van verzoekster zijn 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, 29 april 2015,



mr. drs. P.J.J. Vonk