



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen ASR Basis Ziektekostenverzekeringen N.V. en ASR Aanvullende Ziektekostenverzekeringen N.V., beide te Amersfoort
Zaak : Eigen risico, verplicht en vrijwillig eigen risico, DBC zorgproduct
Zaaknummer : 201600579
Zittingsdatum : 26 oktober 2016

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden zorgverzekering 2014, artt. 19, 20 en 21 Zvw, 2.1, 2.17 en 2.18 Bzv)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

- 1) ASR Basis Ziektekostenverzekeringen N.V. te Amersfoort, en
 - 2) ASR Aanvullende Ziektekostenverzekeringen N.V. te Amersfoort,
- 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 grond van de Ditzo Basisverzekering (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 ZorgBest 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 27 november 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar bij verzoeker een bedrag van € 849,89 in rekening gebracht ter zake van het verplicht en vrijwillig eigen risico 2014 in verband met de door verzoeker genoten medisch specialistische zorg.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij e-mailbericht van 26 februari 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 31 mei 2016 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is af te zien van het in rekening brengen van het bedrag van € 849,89 ter zake van het verplicht en vrijwillig eigen risico 2014 (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 4 augustus 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 9 augustus 2016 aan verzoeker gezonden.
- 
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 10 augustus 2016 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 25 oktober 2016 telefonisch medegedeeld eveneens in persoon 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. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 26 oktober 2016 in persoon gehoord.
- 
- 3.10. Na afloop van de hoorzitting heeft de commissie de ziektekostenverzekeraar in de gelegenheid gesteld antwoord te geven op de vraag of in 2012 en 2013 door het ziekenhuis nota's zijn ingediend en verrekend met het verplicht eigen risico. Bij brief van 28 oktober 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn reactie aan de commissie gestuurd. Een afschrift van deze brief is aan verzoeker gezonden, waarbij hij in de gelegenheid is gesteld hierop te reageren. Bij brief van 4 november 2016 heeft verzoeker van de geboden mogelijkheid gebruik gemaakt. Een afschrift van bedoelde brief is op 10 november 2016 ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 
- 4.1. Verzoeker heeft van de ziektekostenverzekeraar een declaratieoverzicht ontvangen, waarop is vermeld dat de ziektekostenverzekeraar een door het Medisch Spectrum Twente gedeclareerde nota heeft vergoed. Hiervan heeft de ziektekostenverzekeraar € 849,89 verrekend met het verplicht en vrijwillig eigen risico 2014 van verzoeker.
- 
- 4.2. Verzoeker stelt dat de gedeclareerde nota niet juist is. In de eerste plaats heeft hij van het Medisch Spectrum Twente een overzicht van alle in 2014 en 2015 ter declaratie ingediende nota's ontvangen. Hieruit blijkt dat DBC-zorgproductcode 060607004 is gedeclareerd met als omschrijving 'beademing met medicijnen bij een slaapstoornis'. Verzoeker krijgt echter geen medicatie toegediend bij zijn slaapapneu. In de tweede plaats staat op hetzelfde declaratieoverzicht dat hij is behandeld door dr. Eijsvogel. Deze arts heeft verzoeker slechts één keer gezien. Gelet op deze informatie kan de declaratie nimmer juist zijn. In de betreffende periode heeft verzoeker slechts één keer telefonisch contact gehad met een verpleegkundige, maar het is niet goed voorstelbaar dat voor een dergelijk kortdurend gesprek een bedrag van ruim € 900,-- kan worden gedeclareerd.
- 
- 4.3. Voorts stelt verzoeker dat hij al langere tijd beschikt over een CPAP-apparaat en in het ziekenhuis komt met slaapapneu. Het is de eerste keer dat de ziektekostenverzekeraar kosten bij verzoeker in rekening heeft gebracht. Verzoeker twijfelt dan ook sterk aan de stelling van de ziektekostenverzekeraar dat de door hem genoten zorg ten laste van de zorgverzekering wordt vergoed. Indien verzoeker had geweten dat de behandelingen voor slaapapneu niet worden vergoed ten laste van de zorgverzekering, had hij niet gekozen voor een hoog vrijwillig eigen risico.
- 
- 4.4. Ter zitting is door verzoeker gesteld dat hij in 2012 en 2013 eveneens voor controle van zijn CPAP-apparaat in het ziekenhuis is geweest. Verzoeker was toen ook bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd en in deze jaren heeft de ziektekostenverzekeraar bij hem geen eigen risico in rekening gebracht. Dat de ziektekostenverzekeraar dit nu wel doet bevreemdt hem dan ook.
- 
- 4.5. 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 2014 bedroeg dit € 360,--. Verzoeker heeft daarnaast een vrijwillig eigen risico van € 500,-- gekozen. Dit betekent dat de eerste € 860,-- aan zorgkosten, die ten laste van de zorgverzekering voor vergoeding in aanmerking komt, voor zijn rekening blijft. De ziektekostenverzekeraar heeft eind 2015 een declaratie ontvangen van het Medisch Spectrum Twente. Van het gedeclareerde bedrag (€ 948,22) heeft de ziektekostenverzekeraar € 849,89 verrekend met het nog openstaande verplicht en vrijwillig eigen risico 2014 van verzoeker.
- 5.2. Het door het ziekenhuis in rekening gebrachte bedrag van € 948,22 ziet op een behandeling door een longarts. Door het Medisch Spectrum Twente is hiervoor DBC-zorgproduct 060607004 gedeclareerd met als omschrijving: "Beademing middels CPAP/BIPAP bij een slaapstoornis".
- 5.3. Naar aanleiding van de klacht van verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar de mogelijke DBC-codes bekeken. Gebleken is dat een verpleegkundige de behandeling die verzoeker heeft ondergaan namens de longarts mocht uitvoeren. Voorts is gebleken dat door het Medisch Spectrum Twente de 'lichtst' mogelijke DBC is gedeclareerd voor een controle van patiënten met een slaapstoornis die worden behandeld met een CPAP-apparaat.
- 5.4. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt herhaald.
- 5.5. Bij brief van 28 oktober 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat zowel in 2012 als in 2013 door het Medisch Spectrum Twente geen nota's bij hem ter declaratie zijn ingediend. In genoemde jaren is door de ziektekostenverzekeraar dan ook niets aan het ziekenhuis betaald, zodat er geen eigen risico bij verzoeker in rekening is gebracht.
- 5.6. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op artikel 17 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 verzoeker genoten medisch specialistische zorg terecht een bedrag van € 849,89 in verband met het verplicht en vrijwillig eigen risico 2014 bij hem 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 18.1 tot en met 18.22 van de zorgverzekering.
- 8.3. Artikel 18.12 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"18.12 Medisch specialistische zorg (exclusief Geestelijke gezondheidszorg)

lid 1 Verwijzers naar medisch specialistische zorg.

Voor de vergoeding van kosten voor deze vormen van zorg is een verwijzing noodzakelijk door een huisarts, bedrijfsarts, jeugdarts, of een medisch specialist.

lid 2 Ziekenhuis en ZBC

(...)

b Niet-klinische medisch specialistische zorg

Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor medisch specialistische behandeling in een of door een als ziekenhuis toegelaten instelling. De aanspraak omvat de vergoeding van kosten voor de medisch specialistische behandeling en de met de behandeling gepaard gaande verpleging (dagopname), alsmede de bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

(...)"

- 8.4. Artikel 5 van de zorgverzekering regelt het verplicht eigen risico. Deze bepaling luidt, voor zover hier van belang:

"lid 1 Voor iedere verzekerde van achttien jaar of ouder geldt een verplicht eigen risico van € 360,- aan kosten van zorg of overige diensten die voor rekening van verzekerde blijft.

(...)

lid 4 Voor de berekening van het verplichte eigen risico wordt de DBC of het DBC-zorgproduct toegerekend aan het jaar waarin deze is geopend.

(...)"

- 8.5. Artikel 6 van de zorgverzekering regelt het vrijwillig eigen risico. Deze bepaling luidt, voor zover hier van belang:

"lid 1 Het vrijwillig gekozen eigen risico is € 0,- tenzij een hoger eigen risico is overeengekomen.

lid 2 Een verzekerde van achttien jaar of ouder kan voor de verzekering een vrijwillig gekozen eigen risico van € 100,-, € 200,-, € 300,-, € 400,- of € 500,- per kalenderjaar overeenkomen.

(...)"

- 8.6. De artikelen 5, 6 en 18.12 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.7. 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.

- 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.

9. Beoordeling van het geschil

- 9.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker met declaratieoverzicht van 27 november 2015 geïnformeerd over kosten van zorg die zijn gedeclareerd en deels zijn verrekend met het verplicht en vrijwillig eigen risico 2014 van verzoeker. Tussen partijen is in geschil of door de ziektekostenverzekeraar terecht kosten aan de zorgaanbieder zijn vergoed op grond van de zorgverzekering, op basis waarvan een bedrag van € 849,89 aan verplicht en vrijwillig eigen risico 2014 bij verzoeker mag worden gevorderd.
- 9.2. De ziektekostenverzekeraar heeft in dit verband verklaard dat het in rekening gebrachte verplicht en vrijwillig eigen risico 2014 ziet op een behandeling door een longarts in het Medisch Spectrum Twente. Door het betreffende ziekenhuis is hiervoor DBC-zorgproduct 060607004 gedeclareerd. Volgens de DBC zorgproducten tariefapplicatie van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft dit zorgproduct als omschrijving: "Beademing middels CPAP/BIPAP bij een slaapstoornis". Verzoeker maakt bezwaar tegen het bijbehorende tarief. Met betrekking hiertoe geldt het volgende.
- 9.3. De gehanteerde code betreft een code uit het zogenoemde B-segment, waarbij de tarieven tot stand komen door afspraken tussen de ziektekostenverzekeraar en de zorgaanbieders. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat het Medisch Spectrum Twente een bedrag van € 948,22 bij hem heeft gedeclareerd. Voorts heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat het hier gaat om het "lichtste" DOT-zorgproduct in de controle van patiënten met een slaapstoornis die worden behandeld met een CPAP-apparaat. Op basis van de bij de ziektekostenverzekeraar beschikbare informatie concludeert deze dat de door het Medisch Spectrum Twente gedeclareerde DBC correct is. De commissie onderschrijft deze conclusie, mede omdat door verzoeker is erkend dat hij in 2014 telefonisch contact heeft gehad met een verpleegkundige vanwege het feit dat hij op dat moment een probleem had met zijn CPAP-apparaat. Dat verschil van mening bestaat over de duur van het gesprek én dat verzoeker zich niet kan verenigen met de uitgevoerde verrichtingen en de hiervoor in rekening gebrachte kosten maakt dit niet anders. Het zelfde geldt voor zijn stelling dat geen sprake is van medicatiegebruik en dat hij niet heeft gesproken met de betrokken medisch specialist, maar met een verpleegkundige.
- 9.4. Ingevolge artikel 5 van de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden is verzoeker in 2014 maximaal € 360,- aan wettelijk verplicht eigen risico verschuldigd voor zorg en diensten die ten laste van de zorgverzekering komen. Daarnaast had verzoeker in 2014 gekozen voor een vrijwillig eigen risico van € 500,-. Tussen partijen is niet in geschil dat zowel het verplicht als het vrijwillig eigen risico 2014 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 DBC ten bedrage van totaal € 948,22 gedeeltelijk (€ 849,89) met het nog openstaande verplicht en vrijwillig eigen risico 2014 van verzoeker verrekend.
- 9.5. Voor zover verzoeker stelt dat hij niet ervan op de hoogte was dat het verplicht en vrijwillig eigen risico bij hem in rekening zou worden gebracht, merkt de commissie op dat het bestaan van het verplicht eigen risico op grond van de zorgverzekering een feit van algemene bekendheid is. Voorts mag worden aangenomen dat verzoeker, alvorens de keuze te maken voor een - hoog - vrijwillig eigen risico, een afweging heeft gemaakt tussen het voordeel, in de vorm van een lagere premie, en het mogelijke nadeel, in de vorm van kosten die voor zijn rekening blijven. Verzoeker wist dat hij contact had gehad met een verpleegkundige van het Medisch Spectrum Twente in verband met een probleem met zijn CPAP-apparaat en diende er daarom terdege rekening mee te houden dat de hiermee gemoeide kosten bij de ziektekostenverzekeraar zouden worden gedeclareerd. De stelling van verzoeker dat hij ook in 2012 en 2013 in het ziekenhuis is geweest voor een controle van het CPAP-apparaat en dat hiervoor toen geen eigen risico is berekend maakt het voorgaande niet anders. Door de ziektekostenverzekeraar is immers gesteld, en door verzoeker niet bestreden, dat het ziekenhuis zowel in 2012 als in 2013 geen nota's bij hem

 ter declaratie heeft ingediend, zodat van een verrekening met het eigen risico in die jaren geen sprake is geweest.

Conclusie

 9.6. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

10. Het bindend advies

 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 23 november 2016,











 J.A.M. Strens-Meulemeester