






ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht
Zaak : Verplicht en vrijwillig eigen risico, DBC-systematiek
Zaaknummer : 201602863
Zittingsdatum : 27 september 2017

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

 (Voorwaarden zorgverzekering 2016, artt. 10, 11, 19, 20, en 21 Zvw, 2.1, 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 Zeker (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 brief van 16 november 2016 heeft de zorgverzekeraar bij verzoeker een bedrag van € 885,-- in rekening gebracht ter zake van het verplicht en vrijwillig eigen risico 2016 in verband met door verzoeker genoten medisch specialistische zorg.

3.2. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 8 december 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 30 maart 2017 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is af te zien van het in rekening brengen van het volledige verplicht en vrijwillig eigen risico 2016 (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 18 juli 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 27 juli 2017 aan verzoeker gezonden.

3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. De commissie heeft verzoeker verzocht kenbaar te maken of hij gebruik wil maken van de mogelijkheid zijn standpunt mondeling toe te lichten. Verzoeker heeft hierop niet gereageerd, ook niet na de op 15 augustus 2017 gezonden herinnering. Daarom is hij uitgenodigd om de hoorzitting in persoon bij te wonen. De

zorgverzekeraar heeft op 5 september 2017 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.

3.8. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10, negende lid 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, derde lid, 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. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn uitgenodigd voor de hoorzitting van 27 september 2017. Ondanks daartoe deugdelijk te zijn uitgenodigd is verzoeker niet verschenen. Daarop is besloten verzoeker telefonisch te benaderen waarna verzoeker en de zorgverzekeraar telefonisch zijn gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

4.1. Verzoeker is op 19 juni 2016 door de huisarts verwezen naar de SEH van het ziekenhuis. Hij is daar direct geholpen aan een abces ter hoogte van de bilnaad. De behandeling heeft maximaal één uur geduurd. De zorgverzekeraar heeft later voor deze behandeling een bedrag van € 885,- ten laste van het eigen risico 2016 van verzoeker gebracht. Verzoeker is van mening dat een behandeling van nog geen uur niet kan leiden tot een dergelijk factuurbedrag. Bovendien had deze ingreep door de huisartsenpost op de SEH moeten worden verricht. Dit zou tot een normaal factuurbedrag hebben geleid.

4.2. Verzoeker merkt op dat hij student is. Hij moet drie weken full time werken om het eigen risico te kunnen betalen. Hij vindt het niet redelijk dat een dergelijk bedrag bij hem in rekening wordt gebracht voor een behandeling van minder dan één uur, terwijl iedereen de nadruk legt op goede en vooral betaalbare zorg. Daarnaast vindt verzoeker het niet terecht dat naast het in rekening gebrachte contact bij de SEH een polikliniekbezoek is berekend. Dit is volgens hem dubbelop. Verzoeker is bereid een eigen bijdrage te betalen die in verhouding staat tot de geleverde prestatie.

4.3. Ter zitting heeft verzoeker verklaard dat hij niets aan de zaak wenst toe te voegen.

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. Het ziekenhuis heeft ten behoeve van verzoeker een DBC-zorgproduct gedeclareerd bij de zorgverzekeraar. Een DBC beschrijft met welke klacht en hoe een patiënt het ziekenhuis binnenkomt, welke diagnose is gesteld alsmede de voorgenomen behandeling. Een DBC is gebaseerd op een gemiddelde van de geleverde zorg en de gemiddelde kosten die voor een bepaalde behandeling worden gemaakt. Het tarief wordt dus niet bepaald door de tijd die de arts daadwerkelijk aan een individuele patiënt heeft besteed.

5.2. De zorgverzekeraar heeft, naar aanleiding van de brief van de Ombudsman Zorgverzekeringen, nadere informatie opgevraagd bij de huisarts. De huisarts heeft op 14 februari 2017 gereageerd en toegelicht verzoeker op 18 mei 2016 te hebben verwezen naar de afdeling Heelkunde in verband met een sinus pilonidalis. Op 19 mei 2016 heeft verzoeker de huisarts opnieuw bezocht omdat

sprake was van een forse toename van de klachten. De huisarts heeft hem hierop verwezen naar de SEH in verband met een periaanaal abces.

Uit de nota van het ziekenhuis blijkt dat het gaat om poliklinische zorg met een spoedeisend karakter. De diagnosecode op de nota komt overeen met de verwijzing van de huisarts. De diagnosecode en de zorgactiviteiten leiden tot declaratiecode 15C557.

5.3. Het ziekenhuis heeft ten behoeve van verzoeker zorgproduct 11949904 gedeclareerd. Dit zorgproduct heeft als omschrijving: "operatie bij aambeien/overige goedaardige aandoeningen van / rondom de anus". Onder het traject met diagnose proctologie (119499) moet sprake zijn van een in de tariefapplicatie genoemde codes. Eén van deze codes is 0303 127 - sinus pilondalis. Onder intensieve/invasieve therapie is minstens één zorgactiviteit in het cluster "oper anus/abces/gezwel". Code 038853 ziet op behandeling van grote, diepe abscessen. Deze zorgactiviteit staat vermeld op de nota. De standaardprijs die het ziekenhuis berekent voor deze behandeling is € 1.803,-. Conform de contractuele afspraken tussen de zorgverzekeraar en het ziekenhuis is € 1.493,38 gedeclareerd. De zorgverzekeraar ziet geen reden de nota verder te onderzoeken.

5.4. Ter zitting heeft de zorgverzekeraar daarnaar gevraagd dat het eigen risico 2016 op 16 november 2016 voor het eerst bij verzoeker in rekening is gebracht.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 18 van de algemene voorwaarden 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 gehouden is het bij verzoeker in rekening gebrachte bedrag van € 885,- ter zake van het verplicht en vrijwillig eigen risico 2016 te corrigeren

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 1 e.v. van de 'verzekerde zorg basisverzekeringen' van de zorgverzekering.

8.3. Op grond van 29 van de 'verzekerde zorg basisverzekeringen' van de zorgverzekering bestaat aanspraak op medisch specialistische zorg.

8.4. Artikel 6 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering regelt het verplicht eigen risico. Deze bepaling luidt, voor zover hier van belang:

"6.1 Als u 18 jaar of ouder bent en premie verschuldigd bent, heeft u een verplicht eigen risico voor de basisverzekering. De overheid bepaalt hoe hoog dit eigenrisicobedrag is. In 2016 is het verplicht eigen risico € 385,- per verzekerde per kalenderjaar.

6.2 Eerste € 385,- van uw zorgkosten betaalt u zelf

Wij brengen het verplicht eigen risico in mindering op uw recht op zorg. Het gaat hierbij om de kosten die u in de loop van het kalenderjaar vanuit de basisverzekering maakt. Voorbeeld: u wordt behandeld in een ziekenhuis, maar ontvangt geen nota. Dan vergoeden wij deze kosten

rechtstreeks aan het ziekenhuis. U (verzekeringnemer) ontvangt vervolgens een nota van ons van € 385,-.

(...)

6.10 Verplicht eigen risico in mindering brengen

Ontvangt u zorg van een gecontracteerde zorgverlener, zorginstelling of een zorgverlener met wie wij een overeenkomst hebben? Dan vergoeden wij de kosten van die zorg direct aan de zorgverlener of zorginstelling. Heeft u nog een bedrag aan verplicht eigen risico openstaan? Dan zal dit bedrag worden verrekend of bij u worden teruggevorderd. Dit kan ook verrekend worden met declaraties ten laste van uw persoonsgebonden budget verpleging en verzorging. Wij innen het bedrag via een automatische incasso. Door deze verzekering met ons aan te gaan, wordt u (verzekeringnemer) namelijk geacht ons een machtiging te hebben verleend.

(...)"

- 8.5. Artikel 7 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering regelt het vrijwillig eigen risico. Deze bepaling luidt, voor zover hier van belang:

"7.1 Per kalenderjaar kan een verzekerde van 18 jaar of ouder kiezen voor een vrijwillig eigen risico. U kunt in uw basisverzekering kiezen voor geen vrijwillig eigen risico of voor een vrijwillig eigen risico van € 100,-, € 200,-, € 300,-, € 400,- of € 500,- per kalenderjaar.

Kiest u voor een vrijwillig eigen risico? Dan krijgt u een korting op uw premie. Hoeveel korting u krijgt, ziet u in het overzicht van premiekortingen op onze website. Dit overzicht maakt deel uit van deze polis.

7.2 Gevolg vrijwillig gekozen eigen risico

Wij brengen het vrijwillig gekozen eigen risico in mindering op uw vergoeding. Dit doen wij nadat wij het volledige verplicht eigen risico hierop in mindering hebben gebracht. Het gaat om de kosten die u in de loop van het kalenderjaar vanuit de basisverzekering maakt. Voorbeeld: u (verzekeringnemer) kiest naast het verplicht eigen risico voor een vrijwillig eigen risico van € 500,-. Hierdoor is uw totale eigenrisicobedrag (€ 385,- + € 500,- =) € 885,-. Ontvangt uw zorgverlener € 950,- van ons voor zorg die u heeft ontvangen? Dan brengen wij hierop het totale eigenrisicobedrag in mindering. Deze € 885,- wordt automatisch van de rekening van de verzekeringnemer afgeschreven (zie ook artikel 6.10 van deze algemene voorwaarden).

(...)

7.9 Vrijwillig gekozen eigen risico in mindering brengen

Ontvangt u zorg van een gecontracteerde zorgverlener, zorginstelling of een zorgverlener met wie wij een overeenkomst hebben? Dan vergoeden wij de kosten van die zorg direct aan de zorgverlener of zorginstelling. Heeft u dan nog een bedrag aan vrijwillig gekozen eigen risico openstaan? Dan zal dit bedrag worden verrekend of bij u worden teruggevorderd. Dit kan ook verrekend worden met declaraties ten laste van uw persoonsgebonden budget verpleging en verzorging. Wij innen het bedrag via een automatische incasso. Door deze verzekering met ons aan te gaan, wordt u (verzekeringnemer) namelijk geacht ons een machtiging te hebben verleend.

(...)"

- 8.6. De artikelen 6 en 7 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering en 29 van de 'verzekerde zorg basisverzekeringen' van de zorgverzekering zijn volgens artikel 1 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.7. Artikel 11, eerste lid, 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 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 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. Aangezien het ziekenhuis rechtstreeks bij de zorgverzekeraar heeft gedeclareerd, heeft verzoeker niet vooraf inzage gehad in de nota en heeft hij niet de mogelijkheid gehad betaling hiervan te weigeren. De financiële consequenties komen - in de vorm van het eigen risico - echter wel voor rekening van verzoeker. De vraag die ter beantwoording voorligt, is derhalve of de zorgverzekeraar betaling van de nota had moeten weigeren dan wel bij het ziekenhuis had moeten aandringen op correctie. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.

9.2. Waar het gaat om nota's ter zake van medisch specialistische zorg, geldt dat in Nederland behandeltrajecten vanaf de diagnose tot het eind van de behandeling worden voorzien van een code, de zogenoemde Diagnose Behandel Combinatie (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 plaatsgevonden paramedische zorg en geneesmiddelen. Een DBC had aanvankelijk een maximale looptijd van 365 dagen. Later is dit teruggebracht tot maximaal 120 dagen, maar een DBC kan ook een looptijd hebben van 42 of 90 dagen, afhankelijk van de toepasselijke regels van de NZa. Indien sprake is van een doorlopende behandeling wordt steeds aansluitend een vervolg-DBC geopend. Een DBC is niet gebonden aan kalenderjaren. Voorts is met ingang van 1 januari 2012 de term DBC vervangen door DOT (DBC's Op weg naar Transparantie).


9.3. Uit de factuur van het ziekenhuis blijkt dat prestatiecode 15C557 en zorgproduct 119499041 zijn gedeclareerd. Als prestatie is vermeld: *"operatie bij aambeien / overige goedaardige aandoeningen van / rondom de anus"*. Ter onderbouwing van het gedeclareerde zorgproduct zijn de volgende zorgactiviteiten genoemd: *"190015 spoedeisende hulp contact op de SEH afdeling"*, *"038853 bot-spijeren - klin.polikl. behand. grote diepe abcessen"*, en *"Eerste polikliniekbezoek voor een nieuwe zorgvraag dat leid"*. De zorgverzekeraar heeft toegelicht dat het gedeclareerde bedrag van € 1.493,38 overeenkomt met het door hem afgesproken tarief voor deze DBC. De zorgverzekeraar heeft de gedeclareerde DBC gecontroleerd aan de hand van de 'DBC zorgproducten tariefapplicatie' van de Nederlandse Zorgautoriteit, en heeft op basis hiervan besloten dat de juiste DBC is gehanteerd. Gezien de door de zorgverzekeraar overgelegde uitdraaiën van voornoemde controle, alsmede gelet op de toelichtingen door de huisarts en verzoeker over hoe een en ander is verlopen op 18 en 19 mei 2016, is de commissie van oordeel dat de zorgverzekeraar mocht concluderen dat door het ziekenhuis de juiste DBC was gedeclareerd.

9.4. Ingevolge artikel 6 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering is verzoeker in 2016 maximaal € 385,- aan wettelijk verplicht eigen risico verschuldigd voor zorg en diensten die ten laste van de zorgverzekering komen. Daarnaast had verzoeker in 2016 gekozen voor een vrijwillig eigen risico van € 500,-. Tussen partijen is niet in geschil dat dit verplicht en vrijwillig eigen risico tot het moment waarop de onderhavige kosten werden gemaakt nog volledig open stond. Voorts staat vast dat deze kosten niet zijn uitgesloten van het verplicht en vrijwillig eigen risico. De zorgverzekeraar heeft derhalve terecht de kosten van de onderhavige DBC ten bedrage van totaal € 885,-, ten laste gebracht van het verplicht en vrijwillig eigen risico 2016 van verzoeker.


 9.5. Verzoeker heeft voorts gesteld dat hij het niet terecht vindt dat zowel het contact bij de SEH als het polikliniekbezoek is berekend door het ziekenhuis. Op de nota staan inderdaad beide vermeld als zorgactiviteit. De commissie is evenwel niet gebleken dat dit niet correct is. Verzoeker is immers via de SEH binnengekomen en dit heeft geleid tot een extra activiteit, met de hieraan verbonden extra kosten. Het ware anders geweest indien verzoeker, op basis van de verwijzing van 18 mei 2016, niet naar de SEH was gegaan, maar zich rechtstreeks tot de polikliniek had gewend. Daartoe had hij dan echter eerst een afspraak moeten maken en dus nog enige tijd moeten wachten voordat hij kon worden geholpen.












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, 25 oktober 2017,










H.A.J. Kroon