



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen C te D  
Zaak : Eigen risico  
Zaaknummer : 201302984  
Zittingsdatum : 16 april 2014



Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)



(Voorwaarden zorgverzekering 2012, artt. 19 en 21 Zvw, 2.17 Bzv)

---



1. Partijen



De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker, tegen

C te D, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.



2. De verzekeringssituatie



2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Genoemde verzekering is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De eveneens door verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar afgesloten aanvullende verzekering AV Top is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.



3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding



3.1. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar verzocht om teruggave van het bedrag van € 67,49 ter zake van het eigen risico 2012 (hierna: de aanspraak). Bij e-mailberichten van 30 september, 2 oktober en 8 oktober 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat hiertoe niet wordt overgegaan.



3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 11 november 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.



3.3. Verzoeker heeft zich op 12 november 2013 tot de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen gewend. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft verzoeker bij brief van 7 januari 2014 medegedeeld geen ruimte voor bemiddeling te zien.



3.4. Bij brief van 8 januari 2014 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen (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 18 februari 2014 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 19 februari 2014 aan verzoeker gezonden.

3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 23 februari 2014 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 3 april 2014 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.

3.8. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 16 april 2014 telefonisch gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft op 13 september 2013 € 67,49 van de bankrekening van verzoeker geïncasseerd, welk bedrag zou zien op het eigen risico 2012. Dit is ten onrechte geschied, aangezien het eigen risico 2012 van € 220,- reeds op 11 december 2012 volledig was voldaan. Volgens de ziektekostenverzekeraar ziet het bedrag op een behandeling in het ziekenhuis, waarvoor een DBC in rekening is gebracht die liep van 13 mei 2012 tot en met 13 mei 2013. Verzoeker stelt enkel een kortdurend consult te hebben gehad bij de cardioloog. Bovendien is een controleafspraak geen behandeling. De afspraak die voor mei 2012 gepland stond, is nooit doorgegaan en betrof bovendien orthopedische zorg. Verzoeker voert aan dat het eigen risico in het jaar waarin de betreffende zorg is genoten, in rekening dient te worden gebracht, en niet later. Volgens de ziektekostenverzekeraar dient verzoeker contact op te nemen met het ziekenhuis. Dit is onbegrijpelijk, aangezien de ziektekostenverzekeraar handelt in opdracht van het ziekenhuis. De ziektekostenverzekeraar dient daarom over te gaan tot terugbetaling van het bedrag van € 67,49.

4.2. Naar aanleiding van de heroverweging heeft verzoeker telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar. Dit gesprek heeft verzoeker als onprettig ervaren. De ziektekostenverzekeraar weigert het geschil op een normale manier af te handelen. Er wordt onjuiste informatie verstrekt, zodat het handelen van de ziektekostenverzekeraar frauduleus is.

4.3. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat het hem bevreemdt dat in 2013 een bedrag ter zake van het eigen risico 2012 in rekening wordt gebracht. Het is onbegrijpelijk dat een declaratie uit mei 2012 pas in september 2013 wordt verrekend. Het boekjaar 2012 was toen al lang afgesloten. Bovendien worden bedragen meestal binnen twee of drie maanden gefactureerd, en niet pas na anderhalf jaar. Aangezien verzoeker een incassomachtiging heeft afgegeven lag de vertraging niet bij hem. Voorts stelt verzoeker dat hij in mei 2012 niet bij de cardioloog is geweest. Als gezegd stond toen wel een afspraak gepland met een andere medisch specialist, maar die is verzet. De afspraken met de cardioloog zijn altijd in december.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Verzoeker heeft op 30 augustus 2013 een nota ontvangen waarbij € 67,49 van hem werd gevorderd ter zake van het eigen risico 2012. Genoemd bedrag ziet op een behandeling in het ziekenhuis, waarvoor een DBC is gedeclareerd, en is van de bankrekening van verzoeker geïncasseerd.

5.2. Naar aanleiding van de klacht van verzoeker heeft een medewerker van de ziektekostenverzekeraar op 12 oktober 2013 telefonisch contact opgenomen met verzoeker om uitleg te geven over het betreffende eigen risicobedrag. Tijdens dit gesprek heeft verzoeker verklaard dat in 2012 een korte controleafspraak heeft plaatsgevonden bij de cardioloog. De ziektekostenverzekeraar heeft op 28 oktober 2013 telefonisch contact opgenomen met het ziekenhuis, waarbij is bevestigd dat verzoeker op 12 december 2012 een controleafspraak bij de cardioloog had. Verzoeker komt hier sinds 2008 op controle. Het is voorstelbaar dat verzoeker de kosten van deze jaarlijkse controleafspraken nimmer heeft opgemerkt, omdat in de voorgaande jaren het eigen risico al "vol" was. Dit betekent dat de zorgkosten die meetellen voor de berekening van het eigen risico, de drempel van het bedrag van het verplicht eigen risico hadden bereikt. De ziektekostenverzekeraar heeft ter verduidelijking een overzicht van de zorgkosten die ten laste van het eigen risico komen over de jaren 2010, 2011 en 2012 overgelegd.

5.3. Een DBC beschrijft door middel van een code het gevolgde traject van medisch-specialistische zorg. Dit omvat de zorgvraag, het zorgtype (specialisme), de diagnose en de behandeling. Het DBC-traject vangt aan op het moment dat een verzekerde zich meldt met zijn zorgvraag, en wordt afgesloten aan het eind van de behandeling of in ieder geval na 365 dagen.  
De jaarlijkse controle van verzoeker bij de cardioloog wordt door het ziekenhuis in rekening gebracht door middel van een DBC.

5.4. Aangezien de kosten van de medisch specialistische zorg onder het eigen risico vallen, wordt niet overgegaan tot teruggave van het bedrag van € 67,49. De ziektekostenverzekeraar betreurt het dat de uitleg over de DBC-systematiek, die meermalen is gegeven aan verzoeker, kennelijk niet de beoogde duidelijkheid heeft verschaft.

5.5. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat verzoeker onder behandeling is bij een medisch specialist. Deze declareert door middel van een DBC. Een DBC heeft een looptijd van een jaar en wordt daarna pas gedeclareerd. Verzoeker is in 2012 op consult geweest. Hiertoe is in september 2013 een DBC gedeclareerd die van mei 2012 tot en met mei 2013 liep. Het consult viel binnen de looptijd van de DBC. In de jaren 2010 en 2011 is telkens in mei een DBC geopend. Wanneer een consult plaatsvindt binnen de looptijd van een DBC is niet relevant. Verzoeker heeft in de jaren voorafgaand aan 2012 waarschijnlijk niets gemerkt van het eigen risico voor een consult, omdat het eigen risico al was volgemaakt.

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 14 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 € 67,49 van verzoeker heeft gevorderd, ter zake van het eigen risico 2012.

## 8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.

8.2. Artikel 9 van de zorgverzekering regelt het eigen risico en luidt, voor zover hier van belang:

### *"lid 1 Verplicht eigen risico*

*Als u 18 jaar of ouder bent, heeft u voor de zorgverzekering een verplicht eigen risico van € 220,- per jaar. U moet dus de eerste € 220,- aan kosten die u als vergoeding van uw zorgverzekering van ons zou hebben ontvangen, zelf betalen. Pas daarna vergoeden wij u de overige kosten die onder de dekking van uw zorgverzekering vallen. Het verplichte eigen risico staat op de polis vermeld. De hoogte van het verplicht eigen risico stelt de overheid jaarlijks vast en is bij alle zorgverzekeraars gelijk.*

*(...)*

### *lid 5 Kosten DBC*

*De kosten van een Diagnose Behandel Combinatie (DBC) – behalve de eerstelijns DBC's – tellen alleen mee voor het eigen risico van het jaar waarin de DBC is begonnen (opening van de DBC).*

*(...)*

*lid 7 Terugvordering en verrekening van het eigen risico*

*Wij kunnen kosten rechtstreeks aan de zorgverlener vergoeden. Als u nog een (deel van het) eigen risico moet betalen, vorderen wij dit bedrag bij u terug of verrekenen wij dit met u. (...)"*

8.3. Artikel 9 van de zorgverzekering is volgens artikel 2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.4. Het verplicht eigen risico is geregeld in de artikelen 19 en 21 Zvw, en verder uitgewerkt in artikel 2.17 Rzv.

8.5. 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. Tussen partijen is in geschil of in het jaar 2012 door de ziektekostenverzekeraar kosten zijn vergoed op grond van de zorgverzekering, op basis waarvan een bedrag van € 67,49 aan eigen risico 2012 door verzoeker moet worden gedragen.

9.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat het eigen risico 2012 ziet op ziekenhuiszorg, meer specifiek een cardiologische behandeling. Hiervoor is een DBC gedeclareerd met openingsdatum 13 mei 2012. Verzoeker heeft gesteld dat op voornoemde datum geen behandeling of consult in het ziekenhuis heeft plaatsgevonden. Wél is in 2012 sprake geweest van een kortdurend consult bij de cardioloog.

9.3. De commissie is van oordeel dat verzoekers stellingen geen doel treffen. Volgens opgave van de ziektekostenverzekeraar komt verzoeker sinds 2008 jaarlijks op controle bij de cardioloog in het ziekenhuis. Door verzoeker is dit niet weersproken. Het ziekenhuis declareert deze zorg door middel van een DBC. Een DBC heeft in beginsel een doorlooptijd van 365 dagen. De kosten van deze ziekenhuiszorg worden toegerekend aan het jaar waarin de betreffende DBC is geopend. Onderhavig geschil ziet op het eigen risico 2012. Het bedrag van € 67,49 is in rekening gebracht in verband met een DBC die op 13 mei 2012 is geopend door het ziekenhuis en op 13 mei 2013 is gesloten. Door de ziektekostenverzekeraar is voorts verklaard, en dit is door verzoeker niet bestreden, dat het eigen risico 2012 op dat moment nog niet was "vol" gemaakt. Zodoende is het eigen risicobedrag terecht bij verzoeker in rekening gebracht.

9.4. Met betrekking tot de stelling van verzoeker dat het eigen risico bij een verzekerde *in rekening dient te worden gebracht* in het jaar waarin de betreffende zorg is genoten, merkt de commissie op dat dit een onjuiste veronderstelling is. Ingevolge artikel 9 lid 5 van de zorgverzekering wordt een DBC toegerekend aan het jaar waarin deze is geopend. Artikel 19 Zvw bepaalt dat een rekening die na 31 december van een kalenderjaar bij een verzekeraar wordt gedeclareerd en die betrekking heeft op het daaraan voorafgaande kalenderjaar, nog tot 31 december van het volgende kalenderjaar ten laste van het eigen risico van het daaraan voorafgaande kalenderjaar mag worden gebracht. In onderhavig geval is door de ziektekostenverzekeraar in 2013 de declaratie van het ziekenhuis ontvangen, welke zag op het consult in 2012, en is het uit die declaratie voortvloeiende verschuldigde bedrag ter zake van het eigen risico 2012 eveneens in 2013 bij verzoeker in rekening gebracht. Een en ander is derhalve conform de wet- en regelgeving en polisvoorwaarden.

**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, 14 mei 2014,



Voorzitter

