

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vertegenwoordigd door F tegen C en E beide te D
Zaak : Eigen risico, onjuiste declaratie door zorgverlener
Zaaknummer : 2010.02651
Zittingsdatum : 25 mei 2011

1. Partijen

A te Bhierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door F

tegen

1) C en

2) E beide te D

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 basis van de Zorg-op-Maatpolis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). De zorgverzekering is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Plus Collectief afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft in het vervolg buiten beschouwing.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker heeft een ziekenhuis bezocht voor een oogcontrole. Bij brief van 2 september 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker medegedeeld dat een bedrag van in totaal € 237,02 door de zorgverlener is gedeclareerd, en dat deze kosten ten laste komen van het eigen risico.
- 3.2. Verzoeker is het niet eens met de hoogte van het door de zorgverlener gedeclareerde bedrag, en heeft de ziektekostenverzekeraar verzocht hiernaar onderzoek te doen. Bij brief van 8 december 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de door de zorgverlener gedeclareerde DBC-code juist is.
- 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 2011 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de door de zorgverlener berekende kosten niet ten laste van het eigen risico mogen worden gebracht (hierna: het verzoek).
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit ver-

zoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief gedateerd op 10 februari 2011, door de commissie ontvangen op 21 april 2011, zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 21 april 2011 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 23 april 2011 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 9 mei 2011 telefonisch medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Verzoeker is op 25 mei 2011 in persoon gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft de hoorzitting telefonisch bijgewoond.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker stelt dat hij door de behandelend optometrist is geadviseerd een oogonderzoek te ondergaan bij een oogarts. Hij heeft hierop een afspraak gemaakt bij een oogheeskundige kliniek. Aldaar is hij gedurende tien minuten gezien door een optometrist. Uit navraag van de ziektekostenverzekeraar is gebleken dat laatstgenoemde ruggespraak heeft gehad met een oogarts. Hiervoor is een bedrag gedeclareerd van € 237,02. Volgens de behandelend optometrist zou in dit geval de DBC voor een “enkelvoudig consult” de juiste zou zijn geweest. Hieraan is het veel lagere tarief verbonden van ongeveer € 50,--. Deze wijze van declareren door de oogheeskundige kliniek zorgt ervoor dat een bezoek aan de oogarts een dure aangelegenheid wordt.
- 4.2. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat hij door de optometrist is doorverwezen naar de oogarts voor een second opinion en niet voor een behandeling. Verzoeker is evenwel niet gezien door de oogarts, maar door een andere optometrist. Deze heeft weliswaar ruggespraak gehad met de oogarts, maar dit kan niet meer dan één minuut hebben geduurd. Volgens de verwijzend optometrist zou in een dergelijke situatie een enkelvoudig consult moeten worden berekend. De ziektekostenverzekeraar heeft weliswaar bij de kliniek navraag gedaan naar de declaratie, maar is geen eigen onderzoek gestart. Verzoeker heeft zelf contact opgenomen met de betreffende oogarts. Deze zou een en ander uitzoeken, maar is hier nooit meer op teruggekomen. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar verzocht de betaling terug te draaien, maar deze is hier niet op ingegaan. Het gaat hier om een particuliere kliniek, dus enig wantrouwen is op zijn plaats.
- 4.3. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt dat een DBC-code een gemiddelde is en meer of minder kan omvatten dan op de specifieke behandelingssituatie van toepassing is. Gevolg van deze systematiek is dat voor verzekerden die een eenvoudige of kortdurende behandeling hebben ondergaan een schijnbaar hoog tarief in rekening wordt gebracht, terwijl aan verzekerden die zeer uitvoerig worden behandeld hetzelfde tarief wordt berekend. Dit is echter een gevolg van de wettelijk vastgestelde DBC-systematiek.

- 5.2. De ziektekostenverzekeraar heeft geen reden om aan te nemen dat door de zorgverlener op enigerlei wijze is gefraudeerd. Indien er aanwijzingen zijn dat bijvoorbeeld de kwaliteit van de zorgverlening tekort schiet, zal de ziektekostenverzekeraar hierover in contact treden met de zorgverlener. De ziektekostenverzekeraar heeft contact opgenomen met de kliniek waar verzoeker is geweest, en is van mening dat de juiste DBC in rekening is gebracht.
- 5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat het voor hem niet eenvoudig is om een eigen onderzoek te starten, zoals door verzoeker is voorgesteld. De ziektekostenverzekeraar was immers niet in de kliniek aanwezig ten tijde van het consult. Verder is het niet aan de ziektekostenverzekeraar om te bepalen hoe de oogarts zijn werkzaamheden inricht. Kennelijk schakelt deze voor sommige zaken een optometrist in. De ziektekostenverzekeraar heeft datgene gedaan wat hij onder de gegeven omstandigheden kon doen, namelijk informeren bij de kliniek. De discussie over de geleverde zorg dient te worden gevoerd met de behandelaar. De betalingen worden per tape aangeleverd. Het is daarom niet mogelijk deze zo maar terug te draaien.
- 5.4. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is 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 de door de zorgverlener gedeclareerde kosten ten laste van het eigen risico mag brengen.

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 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering regelt het verplicht eigen risico en luidt, voor zover hier van belang:

"Als u 18 jaar of ouder bent, hebt u voor de zorgverzekering een verplicht eigen risico van € 165,- per jaar. (...)

Sommige kosten tellen niet mee voor het verplicht eigen risico. (...)

a. De kosten van zorg zoals huisartsen die plegen te bieden. (...)

b. De kosten van verloskundige zorg en kraamzorg. (...)

c. De kosten van mondzorg voor verzekerden tot 22 jaar zoals bedoeld in artikel 35. (...)

d. De kosten van inschrijving bij een huisarts of een instelling die huisartsenzorg verleent. (...)"

Artikel 10 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering regelt het vrijwillig eigen risico en luidt, voor zover hier van belang:

“Naast het verplichte eigen risico, kunt u als u 18 jaar of ouder bent kiezen voor een vrijwillig eigen risico. (...)”

Elke verzekerde van 18 jaar en ouder kan kiezen voor een vrijwillig eigen risico van € 100,-, € 200,-, € 300,-, € 400, of € 500,- per jaar. (...)”

- 8.3. De artikelen 9 en 10 van de ‘algemene voorwaarden’ van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2.1 van de ‘algemene voorwaarden’ van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.4. Het verplicht en vrijwillig eigen risico is geregeld in de artikelen 19, 20 en 21 Zvw en nader uitgewerkt in de artikelen 2.17 en 2.18 Bzv.
- 8.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.

9. Beoordeling van het geschil

- 9.1. Indien verzoeker meent dat hem niet de dienst is verleend die hij mocht verwachten, dan wel dat hem voor die dienst een onjuist bedrag is berekend, dient hij dit op te nemen met de zorgverlener. Tussen verzoeker en de zorgverlener is sprake van een geneeskundige behandelingsovereenkomst. Op grond van deze overeenkomst is verzoeker – los van de verzekeringsrelatie die hij met de ziektekostenverzekeraar heeft – gehouden de door de zorgverlener in rekening gebrachte kosten te betalen.
- 9.2. Van een andere orde is de vraag of de ziektekostenverzekeraar de kosten ten laste van het eigen risico van verzoeker mag brengen. Het antwoord daarop is afhankelijk van de voorwaarden van de verzekeringsovereenkomst zoals deze tussen verzoeker en de ziektekostenverzekeraar tot stand is gekomen en die het onderwerp vormt van het onderhavige geschil.
- 9.3. Verzoeker had in 2010 een verplicht eigen risico van € 165,-- en een vrijwillig eigen risico van € 300,--. Niet gebleken is dat andere kosten zijn gemaakt die ten laste van het eigen risico komen en die door verzoeker zijn betaald. Vast staat dat de kosten van een medisch-specialistisch onderzoek niet zijn uitgesloten van het eigen risico. Het bedrag van € 237,04 komt derhalve ten laste van het eigen risico van verzoeker.

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, 8 juni 2011,

Voorzitter