



Partijen : A te B, tegen C te D  
Zaak : Eigen risico  
Zaaknummer : 201303158  
Zittingsdatum : 15 oktober 2014



# ANONIEM BINDEND ADVIES

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 2012-2013, artt. 19-22 Zvw, 2.17-2.19 Bzv)

---

1. Partijen

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

tegen

C te D, 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 basis van de Beter Af Polis (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).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. De zorgverzekeraar heeft verzoeker een nota gezonden voor een bedrag van € 725,01 ter zake van het verplicht en vrijwillig eigen risico 2013.

3.2. Verzoeker heeft de zorgverzekeraar verzocht om correctie van de onder 3.1 genoemde nota, in die zin dat de genoten zorg aan het jaar 2012 wordt toegerekend. Bij brieven van 19 september, 17 oktober en 22 november 2013 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld hier niet toe over te gaan, zodat genoemd bedrag terecht van hem wordt gevorderd.

3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de zorgverzekeraar.

3.4. Bij brief van 18 maart 2014 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de onder 3.1 genoemde nota te corrigeren, in die zin dat de genoten zorg aan het jaar 2012 wordt toegerekend (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 8 juli 2014 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 10 juli 2014 aan verzoeker gezonden.

- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 14 juli 2014 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De zorgverzekeraar heeft op 29 september 2014 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Verzoeker heeft de commissie bij e-mailbericht van 7 oktober 2014 aanvullende informatie gezonden. Een afschrift hiervan is aan de zorgverzekeraar gestuurd.
- 3.9. De zorgverzekeraar heeft bij e-mailbericht van 10 oktober 2014 gereageerd op de onder 3.8 genoemde aanvullende informatie van verzoeker.
- 3.10. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 15 oktober 2014 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. Op 7 december 2012 hebben een echo-onderzoek en een punctie van de schildklier plaatsgevonden. Op 15 januari 2013 is opnieuw een echo-onderzoek van de schildklier uitgevoerd.
- 4.2. De behandelend internist heeft op 21 januari 2013 ter zake van verzoeker het volgende verklaard: *"(...) [verzoeker] werd door de KNO-arts verwezen i.v.m. een nodus in de rechter schildklierkwab. Een eerdere cytologische punctie was inconclusief. Bij herhaling van de punctie bleek de nodus benigne. Ook de schildklierfunctie was normaal. [Verzoeker] werd uit de controle ontslagen."*
- 4.3. De nota van de zorgverzekeraar van 31 juli 2013, die zou zien op een behandeling in het ziekenhuis die liep van 2 januari 2013 tot en met 1 april 2013, is onjuist. Verzoeker heeft in december 2012 en januari 2013 schildklieronderzoeken ondergaan in het ziekenhuis. De behandeling is derhalve niet in 2013, maar in 2012 aangevangen. Daarom dient de betreffende DBC te worden toegerekend aan het jaar 2012. Aangezien zowel het verplicht als het vrijwillig eigen risico 2012 volledig door verzoeker is voldaan, komt de nota van 31 juli 2013 voor volledige vergoeding in aanmerking.
- 4.4. Volgens de zorgverzekeraar hebben het echo-onderzoek en de punctie van 7 december 2012 op voorschrift van de KNO-arts plaatsgevonden, en vallen deze onder code 15d008. Verzoeker heeft van het ziekenhuis vernomen dat het bedrag van € 725,01 het onderzoek van 7 december 2012 betreft. Op de nota wordt immers aangegeven dat het bedrag betrekking heeft op de afdeling Interne Geneeskunde. Volgens de Nederlandse Zorgautoriteit hoort bij de code 15d008 de volgende omschrijving: *"Behandeling of onderzoek op de polikliniek of dagbehandeling (met behulp van scopieapparatuur) bij slikklachten of een zwelling of abces in de hals."* Verzoeker stelt dat het echo-onderzoek en de punctie niet onder voornoemde omschrijving vallen. Voorts verklaart verzoeker dat het eerste echo-onderzoek en de punctie op verzoek van de KNO-arts zijn uitgevoerd, en dat het tweede onderzoek (van 15 januari 2013) in het kader van een wetenschappelijke studie heeft plaatsgevonden. Alle onderzoeken zijn uitgevoerd door de afdeling Radiologie. Tijdens het informatiegesprek bij de afdeling Interne Geneeskunde op 3 januari 2013 is gesproken over - en door verzoeker ingestemd met - deelname aan de wetenschappelijke studie. Verzoeker benadrukt niet twee keer te willen betalen voor één onderzoek. De nota van € 725,01 is om die reden niet door hem voldaan.
- 4.5. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat hij naar het ziekenhuis is gegaan vanwege slikklachten. In eerste instantie is een punctie uitgevoerd, in opdracht van de KNO-arts. Later bleek dat onvoldoende weefsel was afgenomen en moest het onderzoek worden herhaald. Dit geschiedde in opdracht van de internist, waarnaar verzoeker was verwezen. Verzoeker verwijst in dit kader naar een protocol van de huisarts. Verzoeker benadrukt dat de klachten in de tussentijd niet zijn veranderd. Bovendien is hij op 7 december 2012 en 15 januari 2013 op dezelfde afdeling in het ziekenhuis geweest, lag hij op

dezelfde behandeltafel, en werden de zelfde onderzoeken uitgevoerd. Dat hem hiervoor twee nota's zijn gezonden is dan ook onbegrijpelijk. Het is daarnaast niet logisch dat de DBC uit 2012 is gesloten terwijl de punctie niet was gelukt.

Tot slot stelt verzoeker dat uit de nota's die de zorgverzekeraar heeft verstuurd niet is op te maken welke behandelingen hebben plaatsgevonden. Volgens verzoeker ligt het op de weg van de zorgverzekeraar een en ander uit te zoeken en te verduidelijken.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

5.1. De toepasselijke regelgeving staat vermeld in artikel 10 sub a en g Zvw, de artikelen 2.1, 2.4, 2.5 en 2.10 Bzv en artikel 2.1 Rzv. De omvang van de medisch specialistische zorg wordt bepaald door twee elementen. Het moet gaan om zorg die medisch specialisten plegen te bieden en het moet gaan om zorg die conform de stand van de wetenschap en praktijk is, en, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

De door verzoeker ondergane behandelingen bij de KNO-arts en de internist behoren tot de medisch specialistische zorg, waarbij een daaraan voorafgaande verwijzing van de huisarts is vereist.

Sinds 1 januari 2005 is een nieuw bekostigings- en honoreringssysteem ingevoerd voor ziekenhuizen en specialisten. Dit systeem is gebaseerd op de Diagnose Behandel Combinatie (DBC). Een DBC is het geheel van activiteiten en verrichtingen van een ziekenhuis of kliniek voortvloeiend uit de zorgvraag waarmee een patiënt de specialist consulteert. Aan elke DBC is een prestatiecode met een eigen tarief gekoppeld. DBC's zijn geclusterd in productgroepen per specialisme. In een productgroep zitten DBC's die in dezelfde prijsklasse vallen. Per productgroep is een gemiddeld tarief vastgesteld dat geldt voor elke DBC uit die groep.

5.2. Verzoeker heeft op 26 november 2012 de KNO-arts bezocht. Deze declareerde code 15d008. De omschrijving van deze code is "*Behandeling of onderzoek bij slikklachten of een zwelling of abces in de hals*". De diagnosecode is 55 slikklachten. De echo en de punctie op 7 december 2012, op voorschrift van de KNO-arts, vallen ook onder genoemde declaratiecode. Op 3 januari 2013 is verzoeker bij de internist geweest. Deze declareerde code 15c273. De omschrijving van deze code is "*Onderzoek of behandeling op de polikliniek of dagbehandeling bij een aandoening van de schildklier*". De diagnosecode is 206 nodus schildklier. Het behandeltraject voor de schildklierklachten begon derhalve op 3 januari 2013. Het bedrag van € 725,01 is daarom terecht ten laste van het eigen risico voor het jaar 2013 gebracht.

5.3. De medisch adviseur heeft de declaraties op rechtmatigheid beoordeeld. De conclusie hiervan is dat de KNO-arts en de internist volgens de regels hebben gehandeld. De zorgverzekeraar licht dit als volgt toe. De KNO-arts vermoedde een probleem met de schildklier en liet een punctie doen om dit uit te sluiten. De punctie leverde echter te weinig materiaal op om een conclusie te kunnen trekken. Dit betekent niet dat de punctie is mislukt of niet goed zou zijn uitgevoerd. Een behandeling in verband met schildklierproblemen valt onder het specialisme Interne Geneeskunde. De KNO-arts heeft verzoeker dan ook terecht naar de internist verwezen voor beoordeling en/of behandeling van de nodus schildklier. Volgens de medisch adviseur is verzoeker niet naar de internist verwezen om de punctie te herhalen, maar omdat de internist de aangewezen specialist is voor de beoordeling en behandeling van schildklierklachten. Achteraf bleek dat een tweede schildklierpunctie toch nodig was. De afsluitende brief van de internist is gericht aan de verwijzend KNO-arts en de huisarts. Hiermee is voldoende duidelijk dat de internist de behandeling van verzoeker had overgenomen. De internist opende dan ook terecht een eigen DBC. Verzoeker is niet specifiek verwezen om de punctie opnieuw te doen. Dit zou bovendien zeer onwaarschijnlijk zijn.

5.4. De zorgverzekeraar benadrukt dat de declaraties niet alleen voor de echo's en puncties zijn. Het gaat om zorgtrajecten bij twee medisch specialisten. Beide specialisten voeren dezelfde

diagnostiek uit en beide specialisten mogen dit door middel van een zorgtraject declareren. In een zorgtraject zitten onder andere ook het artsenhonorarium en het ziekenhuisdeel. De zorgverzekeraar heeft de declaratie van het ziekenhuis digitaal ontvangen. Een overzicht van de gedeclareerde codes en de bijpassende zorgproducten is overgelegd. Een kopie van de nota kan verzoeker bij het ziekenhuis opvragen. Het is voorstelbaar dat verzoeker niet op het eigen risico 2012 en 2013 had gerekend. De internist opende de DBC in 2013, zodat verzoeker ook het eigen risico 2013 is verschuldigd. Het is begrijpelijk dat verzoeker zich hierdoor financieel benadeeld voelt. Dit is echter geen reden het eigen risico 2013 niet in rekening te brengen of het ziekenhuis te verzoeken de declaratie te crediteren. De zorgverzekeraar is wel bereid een betalingsregeling met verzoeker te treffen.

5.5. Ter zitting is door de zorgverzekeraar zijn standpunt herhaald.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 16 van de "Algemene voorwaarden" van de zorgverzekering (2012-2013) 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 terecht € 725,01 ter zake van het verplicht en vrijwillig eigen risico 2013 van verzoeker vordert.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

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

8.2. Artikel 7 van de "Algemene voorwaarden" van de zorgverzekering (2012) regelt het verplicht eigen risico, en luidt, voor zover hier van belang:

*"7.1 Voor iedere verzekerde die premie verschuldigd is voor de basisverzekering, is het verplicht eigen risico van toepassing. De hoogte van het verplicht eigen risico bedraagt € 220,- per verzekerde per kalenderjaar.*

*7.2 Het verplicht eigen risico wordt in mindering gebracht op de aanspraak op zorg en/of vergoeding van de kosten van zorg vanuit de basisverzekering.*

*7.3 Op de aanspraak op zorg en/of de vergoeding van de kosten van zorg, die in de loop van het kalenderjaar vanuit de basisverzekering gemaakt worden, wordt het verplicht eigen risico van € 220,- ingehouden.*

*(...)*

*7.5 De kosten van zorg die vanuit de basisverzekering worden vergoed, worden eerst in mindering gebracht op het verplicht eigen risico en daarna in mindering gebracht op het vrijwillig gekozen eigen risico, bedoeld in artikel 8.*

*(...)*

*7.10 Wanneer een behandeling in de vorm van een DBC-tarief wordt gedeclareerd, is het moment van aanvang van de behandeling bepalend voor het toepassen van het verplicht eigen risico.*

*7.11 Wanneer wij rechtstreeks aan de zorgverlener de kosten van verleende hulp hebben vergoed, zal zo nodig het openstaande verplichte eigen risico-bedrag worden verrekend, dan wel van u (verzekeringnemer) worden teruggevorderd. (...)"*

Artikel 7 van de "Algemene voorwaarden" van de zorgverzekering (2013) is gelijkloidend, met dien verstande dat het verplicht eigen risico in dat jaar € 350,-- bedraagt.

- 8.3. Artikel 8 van de "Algemene voorwaarden" van de zorgverzekering (2012) regelt het vrijwillig eigen risico, en luidt, voor zover hier van belang:

*"8.1 Per kalenderjaar kan een verzekerde van 18 jaar en ouder al dan niet kiezen voor een vrijwillig gekozen eigen risico. De basisverzekering kan worden afgesloten zonder vrijwillig gekozen eigen risico of voor verzekerden van 18 jaar en ouder met een vrijwillig gekozen eigen risico van € 100,-, € 200,-, € 300,-, € 400,- of € 500,- per kalenderjaar. Bij de keuze voor een vrijwillig gekozen eigen risico geldt een premiekorting. (...)*

*8.2 Het per verzekerde vrijwillig gekozen eigen risico wordt in mindering gebracht op de aanspraak op zorg en/of vergoeding van de kosten van zorg vanuit de basisverzekering.*

*(...)*

*8.4 Kosten van zorg die vanuit de basisverzekering worden vergoed, komen eerst in mindering op het verplicht eigen risico, bedoeld in artikel 7 en worden daarna verrekend met het vrijwillig gekozen eigen risico.*

*(...)*

*8.7 Wanneer een behandeling in de vorm van een DBC-tarief wordt gedeclareerd, is het moment van aanvang van de behandeling bepalend voor het toepassen van een vrijwillig gekozen eigen risico.*

*8.8 Wanneer wij rechtstreeks aan de zorgverlener de kosten van verleende hulp hebben vergoed, zal zo nodig het openstaande vrijwillig gekozen eigen risico-bedrag worden verrekend, dan wel van u (verzekeringnemer) worden teruggevorderd. (...)"*

Artikel 8 van de "Algemene voorwaarden" van de zorgverzekering (2013) is gelijkkluidend.

- 8.4. De artikelen 7 en 8 van de "Algemene voorwaarden" van de zorgverzekering (2012-2013) zijn volgens artikel 2 van de "Algemene voorwaarden" van de zorgverzekering (2012-2013) gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.5. Het verplicht en vrijwillig eigen risico is geregeld in de artikelen 19 tot en met 22 Zvw, en verder uitgewerkt in de artikelen 2.17 tot en met 2.19 Bzv.

- 8.6. 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 2013 door de zorgverzekeraar kosten zijn vergoed op grond van de zorgverzekering, op basis waarvan een bedrag van € 725,01 aan verplicht en vrijwillig eigen risico 2013 door verzoeker moet worden gedragen.

- 9.2. De zorgverzekeraar heeft in dit verband verklaard dat het in rekening gebrachte verplicht en vrijwillig eigen risico 2013 ziet op een behandeling door een internist in het ziekenhuis. Hiervoor is een DBC zorgproduct gedeclareerd met openingsdatum 3 januari 2013. Verzoeker heeft gesteld dat genoemde behandeling is terug te voeren op klachten waarvoor hij zich reeds in augustus 2012 tot de huisarts heeft gewend en waarvan de behandeling door de KNO-arts in november 2012 is gestart. Volgens verzoeker had de betreffende DBC niet mogen worden gesloten, aangezien de uitgevoerde punctie niet was gelukt. Daarnaast is door verzoeker aangevoerd dat

het tweede onderzoek, in 2013, in het kader van een wetenschappelijke studie werd verricht. Verzoeker wenst niet twee keer te betalen; volgens hem dienen de onderhavige kosten te worden toegerekend aan het jaar 2012.

9.3. De commissie is van oordeel dat de beide stellingen van verzoeker geen doel treffen. Uit de door partijen overgelegde stukken is op te maken dat verzoeker zich in november 2012 tot de polikliniek KNO heeft gewend, en dat op 7 december 2012 op aanvraag van de KNO-arts vanwege de diagnose 'slikklachten' een echo en punctie van de schildklier hebben plaatsgevonden. In januari 2013 heeft verzoeker zich tot de polikliniek Interne Geneeskunde gewend, en op 15 januari 2013 hebben opnieuw een echo en punctie van de schildklier plaatsgevonden. Ditmaal echter op verzoek van de behandelend internist en vanwege de diagnose 'nodus schildklier'. Het ziekenhuis heeft voornoemde zorg gedeclareerd door middel van twee DBC's (zorgproducten), te weten één voor het behandeltraject bij de KNO-arts en één voor het behandeltraject bij de internist. Een en ander is conform de declaratieregels van de Nederlandse Zorgautoriteit. Dit geldt ook voor het sluiten van de eerste DBC. Dat de eerste punctie niet lukte speelt in dit verband geen rol. Door verzoeker is weliswaar gesteld dat hij deelnam aan een wetenschappelijk onderzoek, maar door hem is niet aannemelijk gemaakt dat deze deelname op enigerlei wijze van invloed zou zijn op de door het ziekenhuis in verband met de behandeling te berekenen kosten. Voor het behandeltraject bij de KNO-arts is € 287,13 ter zake van het verplicht en vrijwillig eigen risico 2012 bij verzoeker in rekening gebracht. Genoemd bedrag is door verzoeker voldaan. Voor het behandeltraject bij de internist is € 725,01 ter zake van het verplicht en vrijwillig eigen risico 2013 bij verzoeker in rekening gebracht, welk bedrag tot op heden niet door verzoeker is betaald.

9.4. Aangezien in januari 2013 een behandeltraject bij de internist is gestart, welke zorg voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking komt en meetelt voor de berekening van het eigen risico, welk eigen risico op dat moment nog niet was 'vol gemaakt', vordert de zorgverzekeraar terecht het verplicht en vrijwillig eigen risico 2013 van verzoeker.

### **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, 5 november 2014,

Voorzitter