

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A vertegenwoordigd door E beiden te B tegen C te D
Zaak : Eigen risico, behandeling ziekenhuis, DBC
Zaaknummer : 2012.00955
Zittingsdatum : 25 juli 2012

1. Partijen

A hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door E beiden te B

tegen

C te D hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Modelovereenkomst Zorgzaam (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 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De door verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar afgesloten aanvullende ziektekostenverzekering Zorgzaam Ster 2 is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster komt op tegen de beslissing van de zorgverzekeraar van 10 januari 2011 in verband met het wettelijk verplicht eigen risico 2009 een bedrag van € 80,29 ter zake van een behandeling in het ziekenhuis bij haar te vorderen.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brieven van 21 februari 2011, 19 september 2011 en 3 oktober 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. Bij brief van 15 maart 2012 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar ter zake van de behandeling in het ziekenhuis ten onrechte het wettelijk verplicht eigen risico 2009 van haar vordert, en te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar het bedrag van € 80,29 dient te crediteren (hierna: het verzoek).
- 3.4. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 13 juni 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 15 juni 2012 aan verzoekster ge-

zonden.

3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar hebben op respectievelijk 26 juni en 18 juli 2012 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden.

3.7. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 25 juli 2012 telefonisch gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

4.1. Verzoekster heeft in 2009 een behandeling in het ziekenhuis ondergaan. Openingsdatum van de Diagnose Behandel Combinatie (DBC) is 18 november 2009. De DBC is gesloten op 17 november 2010. Pas in 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar in verband hiermee het bedrag van € 80,29 ter zake van het wettelijk verplicht eigen risico 2009 gevorderd. Volgens de Consumentenbond is dit niet toegestaan. De ziektekostenverzekeraar heeft, gerekend vanaf de openingsdatum van de DBC, één jaar de tijd om het eigen risico te vorderen. Deze wettelijke norm is door de ziektekostenverzekeraar overtreden, zodat de vordering van het eigen risico 2009 ongeoorloofd is. Om die reden dient de ziektekostenverzekeraar het bedrag van € 80,29 te crediteren. Voorts brengt verzoekster in dat de ziektekostenverzekeraar zeer lang de tijd heeft genomen om tot zijn (tweede) heroverweging te komen.

4.2. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Een behandeling wordt in rekening gebracht door middel van een DBC. Een DBC bestaat uit alle activiteiten van een ziekenhuis en medisch specialisten die nodig zijn voor een bepaalde behandeling. Een DBC kan maximaal 365 dagen openstaan. Na afloop ontvangt de patiënt of verzekeraar één rekening voor het totale traject. Dit is een landelijk geldende regeling. Dit betekent dat het ziekenhuis pas een jaar na het begin van de behandeling een nota kan versturen.

5.2. De DBC voor de behandeling van verzoekster is geopend op 18 november 2009 en gesloten op 17 november 2010. Het ziekenhuis heeft een rekening bij de ziektekostenverzekeraar ingediend op 25 november 2010. De declaratie is in december 2010 verwerkt en zodoende is de vordering van het eigen risico pas eind 2010 of begin 2011 ontstaan. De ziektekostenverzekeraar begrijpt dat dit voor verzekerden niet altijd een duidelijke en wenselijke situatie is. Hier kan echter niets aan worden veranderd. De ziektekostenverzekeraar hoopt op begrip van verzoekster, en gaat ervan uit aldus duidelijkheid te hebben verschaft.

5.3. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 5.3 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 een behandeling in het ziekenhuis terecht een bedrag van € 80,29 bij verzoekster in rekening brengt wegens het wettelijk verplicht eigen risico 2009.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

- 8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.
- 8.2. Artikel 3.4 van de zorgverzekering regelt het wettelijk verplicht eigen risico, en luidt, voor zover hier van belang:

“3.4. Verplicht eigen risico

3.4.1. *Op deze modelovereenkomst is per kalenderjaar een verplicht eigen risico van € 155 van toepassing. Het eigen risico geldt voor verzekerden van 18 jaar en ouder. Dit eigen risico wordt in mindering gebracht op de vergoedingen, waarop volgens deze modelovereenkomst aanspraak kan worden gemaakt. Eventuele eigen bijdragen tellen niet mee voor het vol maken van het eigen risico.*

(...)

3.4.5. *Voor de vaststelling van het verplichte eigen risico wordt de DBC toegerekend aan het jaar waarin deze wordt geopend.”*

- 8.3. Artikel 3.4 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. De verschuldigdheid van het wettelijk verplicht eigen risico is geregeld in de artikelen 18a tot en met 21 Zvw en verder uitgewerkt in de artikelen 2.17 tot en met 2.19 Bzv.
- 8.5. Artikel 19 lid 4 bepaalt, voor zover hier van belang, het volgende:
- “4. Rekeningen voor kosten van zorg of overige diensten worden slechts op het verplicht eigen risico in mindering gebracht, indien deze door de zorgverzekeraar zijn ontvangen voor een bij algemene maatregel van bestuur te bepalen dag van het kalenderjaar volgend op het kalenderjaar waarop het verplicht eigen risico betrekking heeft.”*
- 8.6. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 8.7. Artikel 3:307 BW luidt, voor zover hier van belang:
- “Een rechtsvordering tot nakoming van een verbintenis uit overeenkomst tot een geven of een doen verjaart door verloop van vijf jaren na de aanvang van de dag, volgende op die waarop de vordering opeisbaar is geworden.”*

9. Beoordeling van het geschil

- 9.1. Tussen partijen is niet in geschil dat het hier een verzekerde prestatie onder de zorgverzekering betreft en dat de behandeling in het ziekenhuis niet is uitgezonderd van

de eigen risicoregeling van artikel 3.4 van de zorgverzekering. Verder staat vast dat verzoekster voor 2009 een wettelijk verplicht eigen risico heeft van € 155,-- en dat dit nog niet is 'vol gemaakt'. Hetgeen partijen verdeeld houdt is het eerst in 2011 door de ziektekostenverzekeraar in rekening brengen van € 80,29 vanwege het eigen risico 2009. Hiertoe overweegt de commissie als volgt.

- 9.2. Verzoekster heeft aangevoerd dat sprake is van ongeoorloofd handelen door de ziektekostenverzekeraar, daarbij verwijzend naar uitlatingen van de Consumentenbond. Naar de commissie aanneemt, doelt verzoekster hierbij op het bepaalde in artikel 19 lid 4 Zvw. Genoemde bepaling ziet echter alleen op de datum vóór welke nota's moeten zijn ontvangen, willen deze worden betrokken in de berekening van het eigen risico. In dit geval is die datum 31 december 2010. Onweersproken is door de ziektekostenverzekeraar gesteld dat de onderhavige nota op 25 november 2010 bij de ziektekostenverzekeraar is ingediend, en derhalve tijdig. Aangezien de openingsdatum van de betreffende DBC 18 november 2009 is, rekent de ziektekostenverzekeraar de kosten terecht toe aan het jaar 2009. Dat verzoekster hierover pas in 2011 is geïnformeerd, is niet uitzonderlijk, aangezien de nota, als overwogen, eerst eind 2010 is gedeclareerd. Eerder indienen was niet mogelijk; de DBC werd immers pas op 17 november 2010 gesloten.
- De wettelijke verjaringstermijn (artikel 3:307 BW) voor een vordering als de onderhavige bedraagt vijf jaar en deze is nog niet verstreken.

Conclusie

- 9.3. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 15 augustus 2012,

Voorzitter