

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vs. C te D
Zaak : Eigen risico
Zaaknummer : 2009.00315
Zittingsdatum : 15 juli 2009

Zaak: 2009.00315 (eigen risico)

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. J.H.A. Teulings en mr. drs. P.J.J. Vonk)

(Voorwaarden zorgverzekering 2007,, art. 19 Zvw)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

C te D, hierna te noemen: de
zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen de beslissing van de zorgverzekeraar van 30 december 2008, bij welke gelegenheid hem is verzocht € 420,90 te betalen in verband met een openstaand eigen risico, en in het verlengde daarvan, de weigering van de zorgverzekeraar hem de onderliggende ziekenhuisnota te doen toekomen.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Beter Af Polis (hierna: de zorgverzekering). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW) en betreft een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Voorts was ten behoeve van verzoeker bij de aanvullende ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Beter Af Tandarts Polis afgesloten, die voor het hiernavolgende buiten beschouwing kan blijven.
- 3.2. Door het VU Medisch Centrum is, ter zake van een medisch specialistische behandeling van verzoeker, bij de zorgverzekeraar € 470,35 rechtstreeks gedeclareerd. De zorgverzekeraar heeft dit bedrag voldaan en heeft verzoeker op 30 december 2008 verzocht het gedeelte dat onder het openstaande eigen risico valt, te weten € 420,90, te voldoen.
- 3.3. Verzoeker heeft dit geweigerd, en heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Daarbij heeft hij verzocht om toezending van de nota van het ziekenhuis. Bij brief van 27 februari 2009 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te handhaven en heeft hij voor een kopienota naar het ziekenhuis verwezen.

- 3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de zorgverzekeraar.
- 3.5. Bij brief van 14 april 2009 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is hem alsnog de nota van het ziekenhuis te verstrekken, respectievelijk af te zien van incasso van eerder genoemd bedrag (hierna: het verzoek).
- 3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 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.
- 3.7. De zorgverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief van 18 juni 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 19 juni 2009 aan verzoeker gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 24 juni 2009 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.9. Verzoeker is op 15 juli 2009 in persoon gehoord. De zorgverzekeraar heeft telefonisch aan de zitting deelgenomen.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. Verzoeker stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat de door de zorgverzekeraar verstrekte informatie onvoldoende is om de onderliggende nota te kunnen verifiëren. Dat hij deze bij het ziekenhuis zou moeten opvragen, is volgens verzoeker onjuist, nu het de zorgverzekeraar is die betaling van het bedrag ad € 420,90 vordert. Naar de mening van verzoeker is geen sprake geweest van een langlopende medische behandeling, maar van incidentele bezoeken. Voor zover deze in het jaar 2008 hebben plaatsgevonden, kan de zorgverzekeraar geen aanspraak maken op vergoeding, daar verzoeker toen elders tegen ziektekosten was verzekerd. Verzoeker veronderstelt verder dat de zorgverzekeraar, uitgaande van een ten onrechte betaalde declaratie van het ziekenhuis, een DBC heeft geconstrueerd met een openingsdatum die binnen een termijn van 365 dagen vóór het laatste ziekenhuisbezoek lag, en binnen de verzekerde periode, teneinde de kosten op hem te kunnen verhalen. Van een ziekenhuisbezoek in 2007 kan verzoeker zich niets herinneren. Zijns inziens is zijn eis tot overlegging van de nota niet onredelijk, en verlangt de zorgverzekeraar van hem in voorkomend geval hetzelfde. Verzoeker meent dat de zorgverzekeraar alleen die nota's rechtstreeks aan de zorgaanbieder zou moeten vergoeden waarvan vast staat dat deze voor vergoeding in aanmerking komen. Andere nota's zouden ter verificatie aan de verzekeringnemer moeten worden gezonden.
- 4.2. Ter zitting heeft verzoeker zijn standpunt herhaald. Hij geeft aan dat het systeem dat de zorgverzekeraar gebruikt om nota's te verwerken, Vecozo, de zaken voor verzoeker alleen lastiger maakt. Het lijkt erop dat er helemaal geen nota is. Graag zou hij een nota willen zien van de betreffende DBC.
- 4.3. Verzoeker komt tot de conclusie dat zijn verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat door hem op 24 december 2008 een declaratie van het VU Medisch Centrum is ontvangen. Het betrof daarbij een rechtstreekse declaratie inzake een medisch specialistische behandeling met code 140733. De zorgverzekeraar weet dat het gaat om een behandeling, controle of onderzoek op de afdeling keel-, neus- en oorheelkunde, maar om redenen van privacy moet de exacte zorgvraag in het midden blijven. Een fysieke nota is niet aanwezig. Verzoeker kan een kopie opvragen bij het ziekenhuis.
- 5.2. Volgens telefonische opgave van het ziekenhuis is de betreffende DBC geopend op 19 november 2007, zijnde de datum van het eerste bezoek. Verzoeker heeft het ziekenhuis vervolgens op 20 juli, 24 september en 8 oktober 2008 opnieuw bezocht. Bepalend voor de vraag waar de kosten komen te liggen, is de openingsdatum van de DBC. In artikel 8.7 van de zorgverzekering is dit verwoord. Verzoeker was in 2007 bij de zorgverzekeraar verzekerd met een vrijwillig eigen risico van € 500,--. Er stond nog een deel daarvan open, te weten € 420,90. Het bij de zorgverzekeraar gedeclareerde bedrag is daarmee verrekend.
- 5.3. Ter zitting is door de zorgverzekeraar nog aangevoerd dat vanaf 2005 wordt gewerkt met DBC's. Een DBC wordt geopend als een patiënt zich met zijn zorgvraag meldt bij de arts. De DBC beslaat het gehele behandeltraject. Er wordt gedeclareerd door middel van prestatiecodes. Daaruit blijkt wat voor soort behandeling is toegepast, maar niet exact welke behandeling is ondergaan, dit vanwege de privacyaspecten. Uit informatie van het ziekenhuis is gebleken dat verzoeker in 2007 een medisch specialist heeft bezocht.
- 5.4. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoeker terecht is afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

Voor zover het onderhavige geschil betrekking heeft op de zorgverzekering, is de commissie bevoegd daarvan kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. De commissie is daarentegen niet bevoegd ten aanzien van de aanvullende verzekering van vóór 2008.

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. In geschil is of de zorgverzekeraar gehouden is verzoeker een nota te verstrekken ter zake van de door het ziekenhuis rechtstreeks gedeclareerde kosten, respectievelijk of hij – bij ontbreken daarvan – dient af te zien van incasso van het bedrag ad € 420,90. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.
- 7.2. Het betreft hier een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. Medisch-specialistische zorg door of vanwege een ziekenhuis wordt gedeclareerd door middel van Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's). In artikel 1 van de zorgverzekering wordt het begrip DBC als volgt omschreven:

“Een DBC beschrijft door middel van een DBC-prestatiecode, door het College Tarieven Gezondheidszorg/ de Zorgautoriteit in oprichting vastgesteld, het afgesloten en gevalideerde traject van medisch-specialistische zorg. Dit omvat de zorgvraag, het zorgtype, de diagnose en de behandeling. Het DBC-traject vangt aan op het moment dat de verzekerde zich meldt met zijn zorgvraag en wordt afgesloten aan het eind van de behandeling dan wel na 365 dagen.”

- 7.3. Ter zake van het eigen risico is in artikel 8.1 van de zorgverzekering geregeld dat verzekerden van 18 jaar en ouder kunnen kiezen voor een vrijwillig eigen risico van € 100,--, € 200,--, € 300,--, € 400,-- of € 500,-- per kalenderjaar. Onomstreden is dat verzoeker voor laatstgenoemd eigen risico heeft gekozen.
- 7.4. Artikel 8.7 van de zorgverzekering bepaalt dat indien een behandeling in de vorm van een DBC-tarief wordt gedeclareerd, het moment van aanvang van de behandeling bepalend is voor het toepassen van een eigen risico. In artikel 8.8 is bepaald dat indien de verzekeraar rechtsreeks aan de zorgverlener de kosten van verleende hulp heeft vergoed, zo nodig het openstaande eigen risico zal worden verrekend, dan wel van de verzekeringnemer zal worden teruggevorderd. Dat ter zake van het eigen risico 2007 nog een bedrag ad € 420,90 open stond, is door verzoeker niet bestreden.
- 7.5. Artikel 8 van de zorgverzekering is volgens artikel 2.1 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv), met inbegrip van de daarbij behorende toelichting.
- 7.6. Artikel 11, lid 1, 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. Het eigen risico is geregeld in artikel 19 Zvw.
- 7.7. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.8. De commissie constateert dat het hier een naturapolis betreft, en dat het bij een dergelijke verzekering gebruikelijk is dat de zorgaanbieder rechtstreeks declareert bij de zorgverzekeraar. Nu het hier medisch-specialistische zorg betreft vindt declaratie plaats door middel van een DBC. Gegeven de looptijd van een zodanige DBC, te weten maximaal 365 dagen, en het feit dat declaratie eerst mogelijk is na het sluiten van de DBC, is de gestelde openingsdatum van 19 november 2007, die berust op door het ziekenhuis verstrekte informatie, aannemelijk. De kosten werden immers op 24 december 2008 door het ziekenhuis bij de zorgverzekeraar in rekening gebracht. Door verzoeker zijn geen feiten of omstandigheden aangevoerd die redelijke twijfel aan de juistheid van die openingsdatum kunnen rechtvaardigen. Ingevolge artikel 8.7 van de zorgverzekering moet aldus de onderhavige DBC aan het kalenderjaar 2007 worden toegerekend.
- Verder stelt de commissie vast dat door verzoeker niet, althans onvoldoende is betreden dat hij, in het tijdvak waarop de DBC betrekking heeft, onder behandeling was van een medisch specialist in het VU Medisch Centrum. Met name is door hem onderschreven dat hij op de drie data in 2008 het ziekenhuis heeft bezocht.
- Tot slot blijkt uit de door de zorgverzekeraar overgelegde stukken dat het door de Nederlandse Zorgautoriteit vastgestelde DBC-tarief – zoals gedeclareerd door eerder genoemd ziekenhuis – destijds inderdaad € 470,35 bedroeg. De juistheid van dit ta-

rief is door verzoeker niet gemotiveerd bestreden. Zoals eerder opgemerkt was sprake van een openstaand eigen risico over 2007 van € 420,90, en was de zorgverzekeraar op grond van artikel 8.8 van de zorgverzekering tot verrekening, dan wel terugvordering gerechtigd.

- 7.9. Ten aanzien van de stelling van verzoeker dat het ziekenhuis in dezen geen partij is, merkt de commissie nog op dat tussen verzoeker en de behandelend medisch-specialist een behandelovereenkomst bestaat. Op grond daarvan is het verzoeker die in beginsel tot betaling van de arts/het ziekenhuis gehouden is. Omdat het verzekerde zorg betreft en de betrokken zorgverzekeraar met het ziekenhuis een overeenkomst heeft gesloten, wordt evenwel niet verzoeker, maar rechtstreeks de zorgverzekeraar door het ziekenhuis met de kosten belast. Aan dit laatste doet niet af dat de arts/het ziekenhuis desgevraagd inzicht moet geven in de gedeclareerde kosten, en met name ook de behandeldata. Immers, het is feitelijk de openingsdatum van de DBC die door verzoeker wordt bestreden. Waar het hier kennelijk gaat om een aan gelegenheid binnen de contractuele relatie tussen verzoeker en het het ziekenhuis en de aldaar werkzame medisch-specialisten, kan de commissie daarin niet verder treden.
- 7.10. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
8. Het bindend advies
- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 12 augustus 2009,

Voorzitter