

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C te D
Zaak : Eigen risico, mondzorg, kaakchirurgie
Zaaknummer : 2010.02204
Zittingsdatum : 31 augustus 2011

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2009-2010, artt. 10, 11, 19, 20, 21, 22 Zvw, 2.7, 2.17, 2.18, 2.19 Bzv)

1. Partijen

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 [naam zorgverzekeraar] Natura 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 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker komt op tegen de beslissing van de zorgverzekeraar van 9 juni 2010 in verband met het wettelijk verplicht en vrijwillig eigen risico 2009 en 2010 een bedrag van € 454,40 ter zake van kaakchirurgische behandelingen bij hem te vorderen.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brieven van 19 juli 2010 en 9 augustus 2010 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de zorgverzekeraar.
- 3.4. Bij brief van 8 april 2011 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar ten onrechte ter zake van de behandelingen door de kaakchirurg het wettelijk verplicht en vrijwillig eigen risico voor zowel 2009 als 2010 van hem vordert, en te bepalen dat de zorgverzekeraar hiervoor een creditnota dient op te stellen (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 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 6 juni 2011 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 9 juni 2011 aan verzoeker gezonden.

- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 17 juni 2011 schriftelijk medegedeeld mondeling, en door middel van een gemachtigde, gehoord te willen worden. De zorgverzekeraar heeft op 13 juli 2011 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 31 augustus 2011 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker stelt dat de zorgverzekeraar hem bij brief van 9 juni 2010, waarbij een vergoedingsoverzicht was gevoegd, heeft meegedeeld dat diverse nota's voor hem waren voldaan vanwege behandelingen door de kaakchirurg. In verband hiermee is door de zorgverzekeraar een bedrag van € 454,40 van hem gevorderd, zijnde het wettelijk verplicht en vrijwillig eigen risico 2009 en 2010.
- Verzoeker stelt dat hij alleen het wettelijk verplicht en vrijwillig eigen risico 2009 is verschuldigd, aangezien de kaakchirurgische behandeling in 2009 is aangevangen. In oktober 2009 heeft hij bij de zorgverzekeraar geïnformeerd naar de vergoeding voor de kaakchirurgische behandeling, welke in november 2009 zou aanvangen, en aan hem werd meegedeeld dat de kosten daarvan zouden worden vergoed ten laste van de zorgverzekering, waarbij wel het wettelijk verplicht en vrijwillig eigen risico in rekening zou worden gebracht. Dat de kaakchirurgische behandeling doorloopt tot in 2010 doet niet ter zake.
- 4.2. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat de zorgverzekeraar onzorgvuldig handelt en gemakzuchtig is. De zorgverzekeraar is nalatig geweest in het verstrekken van juiste informatie, en de manier van communiceren van de zorgverzekeraar is niet correct. Verzoeker stelt dat hij in oktober 2009 bij de zorgverzekeraar heeft geïnformeerd naar de vergoeding van kosten voor een kaakchirurgische behandeling. Bij e-mail van 29 oktober 2009 heeft hij hier een reactie op ontvangen. In deze uitleg wordt verzoeker niet geattendeerd op de DBC-systematiek, en wordt niet vermeld dat er voor elk jaar een eigen risico geldt. Verzoeker stelt dat de zorgverzekeraar hem hierdoor heeft benadeeld. Voorts stelt verzoeker dat het voor hem niet mogelijk is de nota's van de kaakchirurg te controleren, omdat de kaakchirurg codes hanteert die onbegrijpelijk zijn en derhalve voor juist dienen te worden aangenomen.
- 4.3. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar stelt dat verzoeker voor zowel 2009 als 2010 heeft gekozen voor een vrijwillig eigen risico ter hoogte van € 200,-- naast het wettelijk verplicht eigen risico. In 2009 heeft hij een behandeling bij de kaakchirurg ondergaan die ten laste komt van het eigen risico voor dat jaar. Voor 2009 wordt dan ook terecht € 133,28 bij verzoeker in rekening gebracht. Voorts stelt de zorgverzekeraar dat verzoeker in 2010 twee behandelingen bij de kaakchirurg heeft ondergaan, die eveneens ten laste komen van het eigen risico. Voor 2010 is dan ook terecht € 321,12 bij verzoeker in rekening gebracht. De behandelingen van de kaakchirurg vallen niet onder een Diagnose Behandel Combinatie (DBC). De kaakchirurg declareert per behandeling met een prestatiecode.

De zorgverzekeraar stelt dan ook dat ter zake van de kaakchirurgische behandelingen terecht in totaal € 454,40 bij verzoeker in rekening wordt gebracht.

5.2. Ter zitting is door de zorgverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat drie nota's van de kaakchirurg zijn ontvangen. Aangezien verzoeker in de jaren 2009 en 2010 zowel een verplicht eigen risico als een vrijwillig eigen risico van € 200,-- had, zijn de kosten van deze nota's ten laste van het eigen risico gekomen, en bij verzoeker in rekening gebracht. De zorgverzekeraar stelt dat niet is gedeclareerd met een DBC-code. Iedere behandeldatum zorgt voor een aparte nota, en komt derhalve apart ten laste van het eigen risico. Tot slot stelt de zorgverzekeraar dat niet bekend was hoeveel kaakchirurgische behandelingen bij verzoeker zouden plaatsvinden.

5.3. De zorgverzekeraar 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 zorgverzekeraar ter zake van kaakchirurgische behandelingen terecht een bedrag van € 454,40 bij verzoeker in rekening brengt, zijnde het wettelijk verplicht en vrijwillig eigen risico 2009 en 2010.

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 zorgverzekering (2009) regelt het wettelijk verplicht eigen risico, en luidt, voor zover hier van belang:

"Artikel 7

7.1. Hoogte verplicht eigen risico

Iedere verzekerde van achttien jaar en ouder heeft een verplicht eigen risico van € 155,- per kalenderjaar. Voor een verzekerde die in de loop van een kalenderjaar 18 jaar wordt, geldt het verplichte eigen risico vanaf de eerste dag van de maand volgend op de maand waarin de verzekerde 18 jaar wordt. De hoogte van het verplicht eigen risicobedrag wordt in dat geval berekend volgens de berekeningswijze als vermeld in artikel 7.4.

(...)

7.5. Berekening verplicht eigen risico

Voor de berekening van het te dragen eigen risicobedrag worden de kosten van zorg of een andere dienst toegerekend aan het kalenderjaar waarin de zorg is genoten, met dien verstande dat de kosten van zorg of een andere dienst die in twee kalenderjaren is genoten en door de zorgaanbieder of andere dienstverlener in één bedrag in rekening zijn gebracht, worden toegerekend aan het kalenderjaar waarin de zorg of dienst is aangevangen."

- 8.3. Artikel 7 van de zorgverzekering (2010) regelt het wettelijk verplicht eigen risico, en luidt, voor zover hier van belang:

“Artikel 7

7.1. Hoogte verplicht eigen risico

Als u 18 jaar of ouder bent, hebt u een verplicht eigen risico van € 165,- per kalenderjaar. De kosten van zorg blijven tot dit bedrag voor uw rekening. Als u in de loop van een kalenderjaar 18 jaar wordt, geldt het verplicht eigen risico vanaf de eerste dag van de kalendermaand na de 18e verjaardag. De hoogte van het verplicht eigen risicobedrag wordt in dat geval berekend volgens de berekeningswijze als vermeld in artikel 7.4.

(...)

7.5. Berekening verplicht eigen risico

Voor de berekening van het te dragen eigen risicobedrag worden de kosten van zorg of een andere dienst toegerekend aan het kalenderjaar waarin de zorg is genoten. Als een behandeling in twee kalenderjaren valt en de zorgaanbieder de kosten hiervan in één bedrag in rekening mag brengen (Diagnose Behandeling Combinatie), dan worden deze kosten in mindering gebracht op het eigen risico van het kalenderjaar waarin de behandeling is gestart.”

- 8.4. Artikel 8 van de zorgverzekering (2009) regelt het vrijwillig eigen risico, en luidt, voor zover hier van belang:

“Artikel 8

8.1. Varianten vrijwillig eigen risico

Een verzekeringsplichtige van 18 jaar en ouder kan kiezen uit de volgende varianten van de [naam zorgverzekeraar] Natura Polis met een vrijwillig eigen risico van: € 0,-, € 100,-, € 200,-, € 300,-, € 400,- of € 500,- per kalenderjaar. Afhankelijk van de hoogte van het gekozen vrijwillig eigen risico, verleent [naam zorgverzekeraar] voor de varianten van de [naam zorgverzekeraar] Natura Polis met een vrijwillig eigen risico van € 100,-, € 200,-, € 300,-, € 400,- of € 500,- per kalenderjaar een korting op de grondslag van de premie. Het gekozen vrijwillig eigen risico en de eventuele korting staan vermeld op het polisblad.

(...)

8.5. Berekening vrijwillig eigen risico

Als er sprake is van een vrijwillig eigen risico, worden de kosten van zorg in mindering gebracht op het voor de verzekerde in een bepaald kalenderjaar geldend vrijwillig eigen risico voor zover deze kosten van zorg het bedrag van het verplicht eigen risico als bedoeld in artikel 7, hebben overschreden. Voor de berekening van het te dragen vrijwillig eigen risicobedrag is dezelfde bepaling van toepassing als genoemd in artikel 7.5.”

- 8.5. Artikel 8 van de zorgverzekering (2010) regelt het vrijwillig eigen risico, en luidt, voor zover hier van belang:

“Artikel 8

8.1. Varianten vrijwillig eigen risico

Als u 18 jaar of ouder bent, kunt u kiezen uit een [naam zorgverzekeraar] Natura Polis met een vrijwillig eigen risico van: € 0,-, € 100,-, € 200,-, € 300,-, € 400,- of € 500,- per kalenderjaar. De kosten van zorg blijven tot dit bedrag voor uw rekening. Afhankelijk van de hoogte van het gekozen vrijwillig eigen risico ontvangt u een korting op de grondslag van de premie. Het gekozen vrijwillig eigen risico en de eventuele korting is vermeld op het polisblad.

(...)

8.5. Berekening vrijwillig eigen risico

Als er sprake is van een vrijwillig eigen risico worden de kosten van zorg eerst in mindering gebracht op het verplicht eigen risico en daarna op het vrijwillig eigen risico. Voor de berekening van het te dragen vrijwillig eigen risicobedrag is dezelfde bepaling van toepassing als genoemd in artikel 7.5.”

- 8.6. De artikelen 7 en 8 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.7. De verschuldigdheid van het wettelijk verplicht eigen risico en de mogelijkheid tot het afsluiten van een vrijwillig eigen risico zijn geregeld in de artikelen 19 tot en met 22 Zvw en verder uitgewerkt in de artikelen 2.17 tot en met 2.19 Bzv.
- 8.8. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Tussen partijen is niet in geschil dat het hier een verzekerde prestatie onder de zorgverzekering betreft en dat kaakchirurgische behandelingen niet zijn uitgezonderd van de eigen risicoregeling. Verder staat vast dat verzoeker een wettelijk verplicht eigen risico heeft van € 150,-- voor 2009 en € 165,-- voor 2010, en een vrijwillig eigen risico van € 200,-- per jaar. Hetgeen partijen verdeeld houdt is het door de zorgverzekeraar in rekening brengen van het eigen risico 2009 en 2010 ter zake van de kosten van de kaakchirurgische behandelingen ter hoogte van € 454,40. Hiertoe overweegt de commissie als volgt.
- 9.2. Verzoeker heeft op 5 november 2009 een kaakchirurgische behandeling ondergaan. De kosten hiervan bedragen € 133,28. Voorts heeft verzoeker op 5 januari 2010 en 12 januari 2010 wederom kaakchirurgische behandelingen ondergaan. De kosten hiervan bedragen € 321,12.
- 9.3. Conform de artikelen 7 en 8 van de zorgverzekering (2009-2010) komen voornoemde kosten ten laste van het wettelijk verplicht en het vrijwillig eigen risico voor 2009 onderscheidenlijk 2010.
- 9.4. Verzoeker heeft aangevoerd dat de onderhavige kaakchirurgische behandelingen als één geheel dienen te worden beschouwd, en dat daarom de aanvangsdatum van de behandeling op 5 november 2009 dient te worden gesteld, zodat hij enkel het eigen risico voor 2009 is verschuldigd. Dit betoog kan hem echter niet baten. De kaakchirurgische behandelingen die door verzoeker zijn ondergaan in 2009 en 2010, zijn afzonderlijk gedeclareerd door de kaakchirurg, aangezien deze niet onder een en dezelfde DBC vallen. Alleen voor eenzelfde DBC geldt dat de openingsdatum bepalend is indien een behandeling in twee kalenderjaren valt. Gelet op het vorenoverwogene moet worden geoordeeld dat sprake is van afzonderlijke kaakchirurgische behandelingen en dientengevolge komen de kosten van ieder van die behandelingen ten laste van het wettelijk verplicht en vrijwillig eigen risico voor het betreffende jaar, te weten 2009 voor de behandeling van 5 november 2009 en 2010 voor de behandelingen op 5 en 12 januari 2010. De mededeling van de ziektekostenverzekeraar bij email van 29 oktober 2009, waar verzoeker aan refereert, was op zich correct. De zorgverzekeraar vordert dan ook terecht het bedrag ter hoogte van € 454,40 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, 14 september 2011,

Voorzitter