

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen E en F, beide te G
Zaak : Eigen risico, specificatie nota's
Zaaknummer : 2012.00143
Zittingsdatum : 16 mei 2012

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2010, artt. 19 en 20 Zvw, 2.17, 2.18 en 2.19 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2010)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door C te D,
tegen

- 1) E te G, en
 - 2) F te G,
- hierna gezamenlijk 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 verzekering Basis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Extra en Tand afgesloten (hierna gezamenlijk: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Bij uitkeringsspecificatie van 1 augustus 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar een bedrag van € 420,76 bij verzoekster in rekening gebracht in verband met het verplicht en vrijwillig eigen risico.
- 3.2. Verzoekster is van mening dat de uitkeringsspecificatie en de bijgevoegde acceptgiro niet voldoende gespecificeerd zijn, en heeft aan de ziektekostenverzekeraar gevraagd een nieuwe nota te sturen. Bij brief van 19 september 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de uitkeringsspecificatie en de acceptgiro voldoende zijn gespecificeerd, en dat verzoekster het bedrag van € 420,76 verschuldigd 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 1 maart 2012 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de nota met betrekking tot het verplicht en vrijwillig eigen risico nader te specificeren (hierna: het verzoek).
- 3.5. 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.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 12 april 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 16 april 2012 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 19 april 2012 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.8. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 16 mei 2012 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Verzoekster voert aan dat de uitkeringsspecificatie en de acceptgiro niet uniek zijn, dat hierop geen nummer of prestatieomschrijving is vermeld en dat een verwijzing naar een eventueel bij deze nota behorende specificatie ontbreekt. De opmaakdatum is gelet op de ontvangstdatum en het tijdstip zeer opmerkelijk. De nota is niet transparant en controleerbaar. Omdat de factuur de wettelijk vereiste informatie ontbeert, is verzoekster niet gehouden deze aan de ziektekostenverzekeraar te voldoen.
- 4.2. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat de Nza met betrekking tot het eigen risico heeft bepaald dat het overzicht duidelijk moet worden gespecificeerd. De aanduiding 'ziekenhuis' is niet voldoende. Aangegeven moet worden welke zorg heeft plaatsgevonden, onder vermelding van een DBC-code met lekenomschrijving. Tegen de opmerking van de ziektekostenverzekeraar dat de specificatie via de website is in te zien, brengt verzoekster in dat deze website vaak niet volledig is, en soms in het geheel niet toegankelijk. Bovendien kan informatie op een website steeds worden aangepast.
- 4.3. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De Zvw stelt geen eisen ten aanzien van de inhoud en specificatie van nota's door een zorgverzekeraar. De Nza controleert de zorgverzekeraars op bepaalde toetspunten. In deze toetspunten is niets vermeld over acceptgiro's. Op de uitkeringsspecificatie wordt verwezen naar de later te ontvangen acceptgiro. Verder vermeldt de uitkeringsspecificatie de naam van de persoon die het betreft, de geboortedatum, het declaratienummer van de ziektekostenverzekeraar, het notanummer van de zorgverlener, de declaratiecategorie, het bedrag van de declaratie, het bedrag voor het eigen risico en het gebruikte en resterende bedrag voor het eigen risico. Indien verzoekster meer informatie wenst over de uitkeringsspecificatie, kan zij hierover telefonisch of per e-mail contact opnemen met de ziektekostenverzekeraar.
- 5.2. De vordering van € 420,76 is overgedragen aan de deurwaarder, nadat in totaal viermaal een acceptgiro is gestuurd aan verzoekster. De vordering is inmiddels vermeerderd met een bedrag van € 75,-- respectievelijk € 27,62, zodat de totale vorde-

ring € 523,38 bedraagt.

5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat conform de richtlijnen wordt gehandeld. De DBC-code hoeft niet op de specificatie te worden vermeld. Een specificatie kan ook worden ingezien via de website van de ziektekostenverzekeraar. Het bedrag op de specificatie en de acceptgiro komen overeen. In het huidige systeem worden deze samen verzonden.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel A17 van de zorgverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

7.1. In geschil is enerzijds of de ziektekostenverzekeraar gehouden is verzoekster een meer gespecificeerde nota te sturen, en anderzijds of verzoekster gehouden is het bedrag van € 523,38 aan de ziektekostenverzekeraar te voldoen.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

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

8.2. Artikel B8 van de zorgverzekering regelt het verplicht en vrijwillig eigen risico en luidt, voor zover hier van belang:

“U heeft een verplicht eigen risico van € 165 per kalenderjaar als u 18 jaar of ouder bent. U kunt naast uw verplicht eigen risico kiezen voor een vrijwillig eigen risico van € 100, € 200, € 300, € 400 of € 500 per kalenderjaar. In dat geval krijgt u een korting op de premiegrondslag. Deze korting bedraagt per maand bij een eigen risico van € 100 een bedrag van € 4, bij een eigen risico van € 200 een bedrag van € 7, bij een eigen risico van € 300 een bedrag van € 11, bij een eigen risico van € 400 een bedrag van € 14, bij een eigen risico van € 500 een bedrag van € 25.

Let op

Het (verplicht en vrijwillig) eigen risico geldt niet voor:

- verloskundige zorg en kraamzorg (voor de kosten van laboratoriumonderzoek, geneesmiddelen en (ambulance)vervoer geldt het eigen risico wel),*
- hulpmiddelen die in bruikleen worden verstrekt (voor de kosten van onderhoud en gebruik van het hulpmiddel geldt het eigen risico wel),*
- huisartsenzorg met inbegrip van ketenzorg voor diabetes. Door de huisarts aangevraagd laboratorium- en functieonderzoek valt wel onder het eigen risico, als dat onderzoek elders wordt uitgevoerd en apart in rekening wordt gebracht,*
- mondzorg voor verzekerden jonger dan 22 jaar, zoals vermeld onder artikel B29.2. Voor de kosten van de chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard, het daarbij behorend röntgenonderzoek en de uitneembare volledige prothese geldt het eigen risico wel.*

Als u een eigen bijdrage heeft of een eigen betaling doet, telt dat niet mee voor het eigen risico. Als de verzekering niet op 1 januari begint of eindigt, wordt het eigen risico naar evenredigheid toegepast.

Let op

Als [de ziektekostenverzekeraar] rechtstreeks betaalt aan een zorgaanbieder, betaalt u het eigen risico aan [de ziektekostenverzekeraar]. U ontvangt dan een nota van [de ziektekostenverzekeraar]. Het eigen risico is ook van toepassing als u naar een gecontracteerde zorgaanbieder gaat."

- 8.3. Artikel B8 van de zorgverzekering is volgens de artikelen B1 en B6 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.4. Het verplicht eigen risico is geregeld in artikel 19 Zvw en nader uitgewerkt in artikel 2.17 Bzv. Het vrijwillig eigen risico is geregeld in artikel 20 Zvw en nader uitgewerkt in artikel 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

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Vast staat dat verzoekster in het jaar 2010 een verplicht eigen risico had van € 165,-- en een vrijwillig eigen risico van € 500,--. Niet in geschil is dat verzoekster in 2010 het ziekenhuis heeft bezocht, en dat een bedrag van € 591,78 bij de ziektekostenverzekeraar is gedeclareerd. Gelet op artikel B8 van de zorgverzekering zijn deze kosten niet uitgesloten van het verplicht en vrijwillig eigen risico, zodat deze terecht bij verzoekster in rekening zijn gebracht. Omdat reeds een deel van het eigen risico was gebruikt, is het verschuldigde bedrag in eerste instantie teruggebracht tot € 420,76.
- 9.2. Verzoekster heeft aangevoerd dat de uitkeringsspecificatie en de acceptgiro niet voldoende gespecificeerd zijn, en dat zij het bedrag van € 420,76 om die reden niet verschuldigd is. De commissie deelt deze mening niet. De uitkeringsspecificatie vermeldt dat de kosten zijn gedeclareerd door het ziekenhuis, op welke datum de behandeling heeft plaatsgevonden en met welk notanummer het ziekenhuis heeft gedeclareerd. Binnen de kaders, gesteld door de Wet bescherming persoonsgegevens, is hiermee het gevorderde bedrag voldoende bepaald.
Verder is vermeld dat een acceptgiro volgt. Dat op de acceptgiro niet (nogmaals) is vermeld waarop de vordering betrekking heeft, doet hieraan niet af, aangezien het bedrag gelijk is aan dat van de uitkeringsspecificatie. Bovendien is bij de acceptgiro vermeld dat het gaat om het eigen risico over de periode van 6 september 2010 tot en met 31 december 2010. Verzoekster had hieruit kunnen en moeten begrijpen waarop het bedrag betrekking heeft.
Een en ander klemmt temeer nu verzoekster op de hoogte is van de zorg die haar is verleend, zodat zij vanaf het moment dat zij deze zorg inroept en hiervoor geen rechtstreekse nota van de zorgaanbieder volgt, al erop bedacht moet zijn dat een bedrag aan eigen risico in rekening kan worden gebracht.

- 9.3. Gebleken is dat de ziektekostenverzekeraar verzoekster diverse malen heeft aange-
maand alvorens de vordering over te dragen aan een deurwaarder. Gelet op het
voorgaande is de vordering van de ziektekostenverzekeraar terecht, zodat verzoek-
ster gehouden is – naast het verschuldigde bedrag aan eigen risico van € 420,62 –
de incassokosten van € 75,-- en de deurwaarderskosten van € 27,62 te voldoen.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.4. De aanvullende ziektekostenverzekering kent geen vergoeding voor het eigen risico
onder de zorgverzekering, en kan daarom verder onbesproken blijven.

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, 30 mei 2012,

Voorzitter