



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen C te D en E te F
Zaak : Eigen risico, verplicht en vrijwillig eigen risico, DBC zorgproduct
Zaaknummer : 201303326
Zittingsdatum : 17 september 2014

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2012, artt. 19, 20, 21 en 23 Zvw, 2.1, 2.17 en 2.18 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2012)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

1) C te D, en

2) E te F,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Buitenland afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De verzekering Buitenland is niet in geschil en blijft in het vervolg buiten beschouwing.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. De ziektekostenverzekeraar heeft bij e-mailbericht van 16 februari 2013 een bedrag van € 720,-- bij verzoeker in rekening gebracht in verband met het verplicht en vrijwillig eigen risico.

3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 28 oktober 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft bij brief van 12 februari 2014 aan verzoeker medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling.

3.4. Bij brief van 5 april 2014 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) primair verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar het bedrag van € 720,-- niet bij hem in rekening mag brengen en subsidiair dat de ziektekostenverzekeraar akkoord moet gaan met betaling van de helft van dit bedrag, oftewel € 360,-- (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 ziektekostenverzekeraar 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 ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 28 mei 2014 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 6 juni 2014 aan verzoeker gezonden.

 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 18 juni 2014 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 1 september 2014 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord.

 3.8. Verzoeker is op 17 september 2014 in persoon gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

 4.1. Op 26 september 2012 heeft verzoeker bij de eerste hulp van een ziekenhuis een kleine hechting aan zijn kin laten uitvoeren. Daarvoor is maanden later door het ziekenhuis een nota aan de ziektekostenverzekeraar gezonden, ter hoogte van € 873,97. Hiervan komt een bedrag van € 720,-- ten laste van het verplicht en vrijwillig eigen risico van verzoeker. Verzoeker is van mening dat het gedeclareerde bedrag veel te hoog is, omdat het ging om een behandeling van ongeveer twintig minuten. Uit navraag bij het ziekenhuis bleek dat het zelfde bedrag in rekening zou zijn gebracht indien de behandeling een uur had geduurd. Dit heeft te maken met afspraken die tussen de ziektekostenverzekeraar en het ziekenhuis zijn gemaakt.

 4.2. De ziektekostenverzekeraar dient zijn verzekerden erop te wijzen dat een kleine ingreep dusdanig veel kost. Ook dient hij het ziekenhuis te verplichten dit aan patiënten mede te delen. Verzoeker was niet op de kosten voorbereid, en ziet zich nu geconfronteerd met deze hoge rekening. Aangezien hij een student is, kan hij deze kosten niet dragen.

 4.3. Ter zitting is door verzoeker aangevoerd dat in de brief van de ziektekostenverzekeraar van 5 april 2014 een aantal vragen onbeantwoord is gebleven. Zo is niet ingegaan op het aspect van de triage. Deze is niet goed uitgevoerd. Het ging maar om twee hechtingen en de kwestie was niet urgent. Wellicht had een verwijzing naar de huisartsenpost moeten plaatsvinden. Voorts zijn de feiten niet goed verwoord. De ziektekostenverzekeraar had met het ziekenhuis goede afspraken moeten maken. Verzoeker was niet in gelegenheid met het ziekenhuis te onderhandelen. Een volgend punt betreft de stelling van de Ombudsman dat een behandelovereenkomst bestaat. Voor de totstandkoming van een overeenkomst is wilsovereenstemming noodzakelijk. Als verzoeker bekend was geweest met de kosten, had er geen wilsovereenstemming bestaan. De werkelijke behandelkosten zijn maar € 80,--. De rest van de nota is dus niet redelijk.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

 5.1. Voor iedere verzekerde die premie is verschuldigd voor de zorgverzekering, geldt een verplicht eigen risico. In 2012 bedroeg dit € 220,--. Men kan dit verplicht eigen risico verhogen met een vrijwillig eigen risico tot € 500,--. Verzoeker heeft in 2012 gekozen voor het maximale vrijwillige eigen risico, zodat zijn totale eigen risico € 720,-- is. Hiervoor heeft hij een korting gekregen op de te betalen premie. In de voorwaarden van de zorgverzekering kon verzoeker lezen welke kosten zijn uitgesloten van het eigen risico. Voor de onderhavige zorg geldt geen uitsluiting.

 5.2. De ziektekostenverzekeraar is van mening dat hij met het verstrekken van de polisvoorwaarden verzoeker voldoende heeft geïnformeerd over de kosten die voor zijn rekening blijven. Het ziekenhuis heeft de kosten gedeclareerd door middel van een DBC zorgproduct. Dit is een vorm van declareren die door de overheid is voorgeschreven. De DBC wordt pas aan het eind van de behandeling gesloten en gedeclareerd, dan wel binnen 365 dagen. Het gekozen zorgproduct is juist, gelet op de bij verzoeker uitgevoerde ingreep. De ziektekostenverzekeraar kan het tarief

hiervan niet eenzijdig wijzigen, en kan ook niet slechts de helft van het eigen risico in rekening brengen. Hij zal hiertoe dan ook niet overgaan.

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 17 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 primair of de ziektekostenverzekeraar het door hem gevorderde bedrag van € 720,-- aan verzoeker dient kwijt te schelden en subsidair of hij hiervan slechts de helft, namelijk € 360,-- bij verzoeker mag vorderen.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

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

8.2. Artikel 9 van de zorgverzekering regelt het verplicht eigen risico en luidt, voor zover hier van belang:

“lid 1 Voor verzekerden van achttien jaar of ouder geldt een verplicht eigen risico van € 220,- per kalenderjaar. Dit verplicht eigen risico gaat in vanaf de eerste dag van de kalendermaand volgend op de maand waarin de verzekerde de leeftijd van achttien jaar heeft bereikt. Het verplicht eigen risico wordt in mindering gebracht op de aanspraak op zorg en/of vergoeding van de kosten van zorg vanuit de basisverzekering.

Op het verplicht eigen risico zijn niet van toepassing:

- De kosten van zorg of overige diensten die betrekking hebben op het lopende kalenderjaar en waarvan de nota's na 31 december 2013 door ons zijn ontvangen;

- De kosten van het gebruik van zorg zoals huisartsen die plegen te bieden, met uitzondering van de kosten van met deze zorg samenhangend onderzoek dat elders wordt verricht en apart in rekening wordt gebracht, op voorwaarde dat de betreffende persoon of instelling gerechtigd is het daartoe door de NZa vastgestelde tarief in rekening te brengen.

- De kosten van inschrijving bij een huisarts of bij een instelling die huisartsenzorg verleent. Onder kosten van inschrijving wordt verstaan:

a. Een bedrag ter zake van de inschrijving als patiënt, tot ten hoogste het tarief dat op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg als beschikbaarheidstarief is vastgesteld.

b. Vergoedingen die samenhangen met de wijze waarop de geneeskundige zorg in de praktijk van de huisarts of in de instelling wordt verleend, met de kenmerken van het patiëntenbestand of met de locatie van de praktijk of instelling, voor zover deze vergoedingen tussen de zorgverzekeraar van de verzekerde en zijn huisarts of instelling zijn overeengekomen en de huisarts of instelling deze vergoedingen krachtens eerder bedoelde overeenkomst bij de inschrijving van een verzekerde in rekening mag brengen.

- De directe kosten voor verloskundige zorg en kraamzorg.

- De kosten voor bruikleen van hulpmiddelen.

- De nacontroles van de donor nadat de periode van zorg aan de donor tot ten hoogste dertien weken, dan wel een half jaar in geval van een levertransplantatie, is verstreken.

- De kosten van ketenzorg. Dit is zorg die wordt bekostigd met toepassing van de op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde beleidsregel voor de prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen.

Eigen betalingen die voor rekening van de verzekerde blijven, tellen niet mee voor het volmaken van het verplicht dan wel het vrijwillig eigen risico. (...)

lid 3 Voor de vaststelling van het verplicht eigen risico wordt de DBC toegerekend aan het jaar waarin deze wordt geopend. (...)"

- 8.3. Artikel 10 van de zorgverzekering regelt het vrijwillig eigen risico en luidt, voor zover hier van belang:

"lid 1 Het vrijwillig gekozen eigen risico is € 0,- tenzij een hoger eigen risico is overeengekomen.

lid 2 Een verzekerde van achttien jaar of ouder kan voor de verzekering een vrijwillig gekozen eigen risico van € 100,-, € 200,-, € 300,-, € 400,- of € 500,- per kalenderjaar overeenkomen. 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.

lid 3 Indien een vrijwillig gekozen eigen risico wordt overeengekomen, geldt de korting op de premiegrondslag zoals vermeld op de premiebijlage.

lid 4 Op het vrijwillig gekozen eigen risico zijn niet van toepassing:

- De kosten van het gebruik van zorg zoals huisartsen die plegen te bieden, met uitzondering van de kosten van met deze zorg samenhangend onderzoek dat elders wordt verricht en apart in rekening wordt gebracht, op voorwaarde dat de betreffende persoon of instelling gerechtigd is het daartoe door de NZa vastgestelde tarief in rekening te brengen.

- De kosten van inschrijving bij een huisarts of bij een instelling die huisartsenzorg verleent.

- Onder kosten van inschrijving wordt verstaan:

a. een bedrag ter zake van de inschrijving als patiënt, tot ten hoogste het tarief dat op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg als beschikbaarheidstarief is vastgesteld.

b. vergoedingen die samenhangen met de wijze waarop de geneeskundige zorg in de praktijk van de huisarts of in de instelling wordt verleend, met de kenmerken van het patiëntenbestand of met de locatie van de praktijk of instelling, voor zover deze vergoedingen tussen de zorgverzekeraar van de verzekerde en zijn huisarts of instelling zijn overeengekomen en de huisarts of instelling deze vergoedingen krachtens eerder bedoelde overeenkomst bij de inschrijving van een verzekerde in rekening mag brengen.

- De directe kosten voor verloskundige zorg en kraamzorg.- De kosten voor bruikleen van hulpmiddelen.

- De nacontroles van de donor nadat de periode van zorg aan de donor tot ten hoogste dertien weken, dan wel een half jaar in geval van een levertransplantatie, is verstreken.

- De kosten van ketenzorg. Is zorg die wordt bekostigd met toepassing van de op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde beleidsregel voor de prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen.

Eigen betalingen die voor rekening van de verzekerde blijven tellen niet mee voor het volmaken van het verplicht dan wel het vrijwillig eigen risico.

lid 5 Kosten van zorg die ten laste van de zorgpolis worden vergoed, komen eerst in mindering op het verplicht eigen risico, bedoeld in artikel 9, en worden daarna in de eventuele berekening van het vrijwillig gekozen eigen risico betrokken. (...)"

lid 8 Voor de vaststelling van het vrijwillig gekozen eigen risico wordt de DBC toegerekend aan het jaar waarin deze wordt geopend. (...)"

- 8.4. De artikelen 9 en 10 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.5. Het verplicht eigen risico is geregeld in artikel 19 Zvw en verder uitgewerkt in artikel 2.17 Bzv. Het vrijwillig eigen risico is geregeld in artikel 20 Zvw en verder uitgewerkt in artikel 2.18 Bzv. Artikel 23 Zvw bepaalt dat kosten van zorg of een andere dienst worden toegerekend aan het kalenderjaar waarin de zorg of dienst is genoten, met dien verstande dat de kosten van zorg of een andere dienst die in twee achtereenvolgende 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.

- 8.6. 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. Vast staat dat de zorg die verzoeker heeft genoten niet is uitgesloten van zowel het verplicht als het vrijwillig eigen risico, zoals verwoord in de artikelen 9 respectievelijk 10 van de zorgverzekering. Voorts staat tussen partijen niet ter discussie dat het eigen risico ten tijde van de behandeling nog niet was vol gemaakt. Hetgeen partijen verdeeld houdt, is enerzijds de verschuldigdheid en anderzijds de hoogte van het gedeclareerde bedrag. Wat betreft de verschuldigdheid kan in de eerste plaats worden opgemerkt dat door het ziekenhuis tijdig is gedeclareerd zodat de ziektekostenverzekeraar terecht tot vergoeding is overgegaan.
- 9.2. Voorts is in de voorwaarden van de zorgverzekering uiteengezet welke kosten niet ten laste van het verplicht en vrijwillig eigen risico komen. Verzoeker kon daarom erop bedacht zijn dat de zorg die hij in het ziekenhuis heeft ondergaan, ten laste zou komen van dit eigen risico. Het ziekenhuis heeft verzoeker niet geïnformeerd over de hoogte van de voor rekening van verzoeker blijvende kosten. Nog daargelaten of het op de weg van het ziekenhuis had gelegen hem hierover te informeren - bij het ziekenhuis is immers niet bekend of sprake is van een vrijwillig eigen risico, wat de hoogte daarvan is en of het verplicht en vrijwillig eigen risico al geheel of ten dele zijn vol gemaakt - geldt dat het verwijt dat verzoeker de instelling maakt niet ertoe kan leiden dat het in rekening gebrachte eigen risico geheel of gedeeltelijk door de ziektekostenverzekeraar zou moeten worden kwijtgescholden. Laatstgenoemde is namelijk geen partij bij de behandelovereenkomst. Evenzo is het ziekenhuis geen partij bij de verzekeringsovereenkomst.
- 9.3. Het gestelde ten aanzien van de triage kan de ziekteverzekeraar niet worden tegengeworpen. Veeleer is het zo dat van een verzekerde in de door verzoeker gestelde omstandigheden (slechts twee hechtingen, niet urgent) mag worden verwacht dat hij zich in eerste instantie tot de huisarts of huisartsenpost wendt, en niet direct tot de SEH van een ziekenhuis. Dit geldt te meer indien rekening wordt gehouden met de financiële consequenties in de vorm van het eigen risico. Bij verzoeker mag bekend worden verondersteld dat huisartsenzorg niet in de berekening van het eigen risico wordt betrokken en medisch specialistische zorg wel. Van de zorgaanbieder kan niet worden verwacht dat hij verzoeker behoedt voor de financiële gevolgen van de door hem gemaakte keuze. De commissie is overigens niet bevoegd te oordelen over een handelen of nalaten van het ziekenhuis.
- 9.4. Met betrekking tot de hoogte van het gedeclareerde bedrag geldt dat door het ziekenhuis het DBC zorgproduct 199299012 is gedeclareerd met als omschrijving: "*Letsel (excl heupfractuur)/Diagnostisch (zwaar)/Therapeutisch licht/Letsel overig*". Het betreft een code uit het zogenoemde B-segment, waarbij de tarieven tot stand komen door afspraken tussen de ziektekostenverzekeraar en de door hem gecontracteerde zorgaanbieders. Het tarief dat de ziektekostenverzekeraar voor het betreffende DBC zorgproduct heeft afgesproken, bedraagt volgens opgave van de ziektekostenverzekeraar € 873,97. Het gedeclareerde DBC zorgproduct komt de commissie, gelet op de bij verzoeker uitgevoerde ingreep, juist voor. De ziektekostenverzekeraar mocht de kosten hiervan dan ook ten laste van het verplicht en vrijwillig eigen risico brengen. Verzoekers financiële positie of (in het onderhavige geval) de duur van de behandeling maakt dit niet anders.



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, 1 oktober 2014,



Voorzitter

