



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, vertegenwoordigd door de heer C te B, tegen Menzis Zorgverzekeraar N.V.
en Menzis N.V. beide te Wageningen
Zaak : Geneeskundige zorg, eigen risico, verloskundige zorg en kraamzorg
Zaaknummer : 201402529
Zittingsdatum : 3 juni 2015

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo)

(Voorwaarden zorgverzekering 2014, art 19, 20, 21 en 22 Zvw, 2.17, 2.18 en 2.19 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2014)

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door de heer C te B,
tegen

- 1) Menzis Zorgverzekeraar N.V. te Wageningen, en
- 2) Menzis N.V. te Wageningen,
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 ZorgVerzorgd (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering ExtraVerzorgd 1 afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De eveneens afgesloten aanvullende verzekering TandVerzorgd 1 is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Bij specificatie van 5 juli 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar bij verzoekster een bedrag van € 638,47 in rekening gebracht met betrekking tot het verplicht en vrijwillig eigen risico voor het jaar 2014.
- 3.2. Verzoekster is het niet eens met de vordering en heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brieven van 8 augustus 2014 en 11 september 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.4. Bij brief van 21 november 2014 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar het bedrag van € 638,47 ten onrechte van haar vordert (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 3 maart 2015 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 6 maart 2015 aan verzoekster gezonden.

 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10, lid 9 van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten, gebruik makend van de haar op grond van artikel 22 van dit reglement toekomende bevoegdheid, dat de onderhavige zaak in afwijking van het bepaalde in artikel 13, lid 5 onder a van bedoeld reglement enkelvoudig wordt afgedaan. Verzoekster heeft op 5 april 2015 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 18 mei 2015 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.

 3.8. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 3 juni 2015 telefonisch gehoord.

 4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

 4.1. Verzoekster stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat zij zich met haar echtgenoot op 5 februari 2014 heeft gewend tot de spoedeisende hulp van het ziekenhuis. Dit in verband met zwangerschapsgerelateerde klachten. Ter plaatse heeft zij derhalve een - eveneens zwangerschapsgerelateerd - onderzoek ondergaan. Van de ziektekostenverzekeraar ontving zij een nota voor het eigen risico ten bedrage van € 638,47. Verzoekster beschouwt deze nota als onterecht. Zij stelt in dat verband enerzijds dat zij een zwangerschapsgerelateerd onderzoek heeft ondergaan, dus dat de kosten niet ten laste van haar (verplicht en vrijwillig) eigen risico mogen worden gebracht, en anderzijds dat, indien het onderzoek onverhoopt niet zwangerschapsgerelateerd zou zijn geweest, zij géén toestemming heeft gegeven aan de betreffende arts om over te gaan tot het uitvoeren van dit onderzoek. Volgens verzoekster is het verder de vraag óf het onderzoek wel is uitgevoerd. Zo ja, dan was dit volgens haar overbodig. Verzoekster concludeert dat de onderhavige kosten niet ten laste van haar (verplicht en vrijwillig) eigen risico dienen te komen.

 4.2. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat zij het onbegrijpelijk acht dat de ziektekostenverzekeraar het opneemt voor het ziekenhuis en niet voor haar. De huisarts heeft verzoekster doorgestuurd naar het ziekenhuis. Aangezien de klachten zwangerschapsgerelateerd waren, vallen de kosten voortvloeiend hieruit buiten het eigen risico.

 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 ziektekostenverzekeraar stelt dat een deel van de kosten van het bezoek van verzoekster aan de spoedeisende hulp terecht ten laste van haar verplicht eigen risico voor 2014 is gebracht. Aangezien verzoekster heeft gekozen voor een vrijwillig eigen risico van € 500,- per kalenderjaar is een ander deel van de kosten van het bezoek aan de spoedeisende hulp met haar verplicht eigen risico voor 2014 verrekend.

 5.2. Naar aanleiding van het standpunt van verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar contact opgenomen met het betreffende ziekenhuis. Gebleken is dat op 5 februari 2014 verschillende onderzoeken hebben plaatsgevonden (uitgevoerd door een maag-darm-leverarts) waaronder een laboratoriumonderzoek en een echo. Uit deze onderzoeken is gebleken dat de klachten van verzoekster geen gynaecologische oorzaak hadden en geen enkel verband hielden met de zwangerschap. De nota is om die reden terecht ten laste van het (verplicht en vrijwillig) eigen risico van verzoekster gebracht.

 5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt herhaald.

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 en van de aanvullende ziektekostenverzekering 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 of verzoekster is gehouden ter zake van het bezoek aan de spoedeisende hulp het verplicht en vrijwillig eigen risico voor het jaar 2014 ten bedrage van € 638,47 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. Bladzijde 8 van de verzekeringsvoorwaarden ziet op het verplicht en vrijwillig eigen risico en luidt, voor zover hier van belang:

"Eigen risico

U heeft een verplicht eigen risico van € 360,- 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 (...).

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), (...)"

8.3. Bladzijde 8 van de zorgverzekering is volgens artikel A1 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.4. Artikel 19, lid 1 Zvw bepaalt dat iedere verzekerde van achttien jaar of ouder een verplicht eigen risico heeft van € 360,- per kalenderjaar. Op grond van artikel 20 lid 2 Zvw bestaat de mogelijkheid daarnaast een vrijwillig eigen risico te kiezen van € 100,-, € 200,-, € 300,-, € 400,- of € 500,- per kalenderjaar. In artikel 2.17, lid 1 Bzv is geregeld welke kosten van het gebruik van zorg en overige diensten buiten het verplicht en vrijwillig eigen risico vallen. Onder a wordt genoemd: "verloskundige zorg en kraamzorg".

8.5. 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

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Tussen partijen is niet in geschil dat verzoekster voor het kalenderjaar 2014 een verplicht eigen risico had van € 360 ,-- en een vrijwillig eigen risico van € 500,-- . Tevens is niet in geschil dat, ten tijde van de zorgverlening, het totale eigen risicobedrag nog niet was "volgemaakt". Dat het onderzoek heeft plaatsgevonden staat naar het oordeel van de commissie voldoende vast. Hetgeen partijen verdeeld houdt, is enerzijds de aard van het onderzoek en anderzijds de verschuldigdheid van het gedeclareerde bedrag nu niet aan verzoekster is meegedeeld dat het onderzoek geen betrekking had op de zwangerschap.
- 9.2. Wat betreft de aard van het onderzoek geldt dat de ziektekostenverzekeraar contact heeft opgenomen met het ziekenhuis en dat hieruit is gebleken dat geen sprake is van enige relatie van het onderzoek met de zwangerschap van verzoekster. Verzoekster heeft dit niet, ook niet ter zitting, gemotiveerd weersproken. De uitsluiting voor het eigen risico, zoals opgenomen op bladzijde 8 van de zorgverzekering, is daarom in dit geval niet aan de orde. De stelling van verzoekster dat zij geen toestemming heeft gegeven voor onderzoek, anders dan onderzoek naar zwangerschapsgerelateerde klachten, kan niet aan de ziektekostenverzekeraar worden tegengeworpen. Dit betreft de rechtsverhouding tussen verzoekster en de zorgaanbieder. Kennelijk waren de klachten voor verzoekster van dien aard dat zij het noodzakelijk achtte zich, na tussenkomst van de huisarts, te melden bij de spoedeisende hulp. Aldaar zijn de noodzakelijke acties, te weten een maag-darm-leveronderzoek ondernomen. Dat hierbij is gebleken dat de aard van de klachten niet gynaecologisch was, maakt niet dat thans kan worden gesteld dat het onderzoek niet had mogen plaatsvinden of dat dit overbodig is geweest. Van enig voorbehoud van de zijde van verzoekster op dit punt is in de procedure niet gebleken.
- 9.3. De commissie komt tot de conclusie dat de ziektekostenverzekeraar de gedeclareerde nota terecht heeft verrekend met het (verplicht en vrijwillig) eigen risico voor 2014. Verzoekster is derhalve gehouden een bedrag van € 638,47 aan de zorgverzekeraar te voldoen.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.4. De aanvullende ziektekostenverzekering kent geen dekking voor het eigen risico dat ten laste van de zorgverzekering is verschuldigd, zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden toegewezen.

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 juli 2015,

A.I.M. van Mierlo