

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vertegenwoordigd door E tegen C te D
Zaak : No-claim, eigen risico
Zaaknummer : 2009.01818
Zittingsdatum : 7 april 2010

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door E

tegen

C te D hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen de beslissing van de zorgverzekeraar van 3 december 2008 dat door haar een bedrag van € 650,-- met betrekking tot verplicht en vrijwillig eigen risico 2008 dient te worden betaald, de beslissing van 16 februari 2009 dat zij een bedrag van € 255,-- aan teveel uitgekeerde no-claimteruggave dient terug te betalen, en de beslissing van 17 februari 2009 van haar een bedrag van € 500,-- met betrekking tot vrijwillig eigen risico 2007 te vorderen.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van het ontstaan van de onderhavige kwestie was verzoekster 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). Een zorgverzekering is een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw).
- 3.2. Bij brieven van 3 december 2008, 16 februari 2009 en 17 februari 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster de onder 2 omschreven beslissingen medegedeeld.
- 3.3. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 13 augustus 2009 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de zorgverzekeraar.
- 3.5. Bij brief van 7 december 2009 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar niet gerechtigd is zowel de no-claimteruggave en het vrijwillig eigen risico over 2007 als het verplicht en vrijwillig eigen risico over 2008 bij haar te vorderen (hierna: het verzoek).
- 3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 37,-- voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar 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.

- 3.7. De zorgverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief van 16 februari 2010 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 22 februari 2010 aan verzoekster gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster en de zorgverzekeraar hebben op 8 respectievelijk 15 maart 2010 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Verzoekster stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat eind december 2007 tijdens het landelijk bevolkingsonderzoek bij haar een afwijking is geconstateerd, die haar ertoe noodzaakte direct contact op te nemen met het RPZ-ziekenhuis. Daar werd de diagnose Ductaal Carcinoma in Situ (DCIS) gesteld. In eerste instantie werd een plaatselijke operatie uitgevoerd, waarbij het kwaadaardige weefsel werd verwijderd. Dit weefsel werd voor nader onderzoek naar het Erasmus MC gestuurd. Bij de eerste operatie bleek niet al het kwaadaardige weefsel te zijn verwijderd. Bovendien werd nieuw kwaadaardig weefsel aangetroffen. Er werd hierop een tweede operatie uitgevoerd. Daarna werd verzoekster doorgestuurd naar het Erasmus MC voor radiotherapie. Eind juni 2008 is de behandeling afgerond.
- 4.2. Volgens de richtlijn voor de behandeling van een mamma carcinoom is behandeling door een operatieve ingreep met aansluitende radiotherapie gebruikelijk. Het betrof derhalve één ingreep. Desalniettemin heeft de zorgverzekeraar aan de hand van twee DBC-codes – die kennelijk in twee verschillende jaren aanvingen – de no-claimteruggave 2007 gecorrigeerd en het verplicht (2008) en vrijwillig (2007 en 2008) eigen risico berekend. Verzoekster is het niet eens met deze gang van zaken. Zij is van mening dat één DBC dient te worden gedeclareerd voor de gehele behandeling, en dat deze dient te worden toegerekend aan hetzij 2007 dan wel 2008.
- 4.3. Verzoekster 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, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat hij aan de hand van de stukken tot de conclusie is gekomen dat verzoekster een zogenoemde “multidisciplinaire behandeling” heeft ondergaan. Zij meldde zich op 31 december 2007 in het RPZ met haar zorgvraag naar aanleiding van de uitkomst van het bevolkingsonderzoek naar borstkanker. De behandelend specialist heeft op de datum van het eerste consult een DBC geopend met de code 03.11.00.0318.0203. De kosten die onder deze DBC vallen zijn consulten en onderzoeken in verband met een kwaadaardig weefsel in de borst en een operatief klinische episode.
- 5.2. Nadat verzoekster tweemaal was geopereerd aan de borst oordeelde de specialist dat radiotherapie noodzakelijk was. Voor deze behandeling ging verzoekster naar het Erasmus MC. Daar werd door een radioloog op 3 maart 2008 een nieuwe DBC geopend om de kosten voor radiotherapie te declareren. Verzoekster heeft een “multidisciplinaire behandeling” ondergaan, hetgeen wil zeggen een behandeling door een ander specialisme die naast of na de conventionele behandeling van het hoofdspe-

cialisme kan plaatsvinden, maar waar in eerste instantie geen sprake van hoeft te zijn. De kosten van dit separate behandeltraject vallen daarom niet binnen de dekking van de DBC die aanvankelijk voor de zorgvraag is geopend.

- 5.3. Het eigen risico wordt toegerekend aan het jaar waarin de DBC is geopend. Bij verzoekerster zijn twee DBC's geopend in twee verschillende jaren, zodat zij tweemaal het eigen risico is verschuldigd, en zij de uitgekeerde no-claimteruggave over 2007 dient terug te betalen.
- 5.4. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat de no-claimteruggave terecht bij verzoekerster is teruggevorderd, en dat het eigen risico van zowel 2007 als 2008 terecht in rekening is gebracht.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. 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.

7. Het geschil

- 7.1. In geschil is of de zorgverzekeraar gerechtigd was de teveel uitgekeerde no-claimteruggave 2007, het vrijwillig eigen risico 2007, het verplicht eigen risico 2008 en het vrijwillig eigen risico 2008 bij verzoekerster te vorderen.

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 (2007) regelt de no-claimteruggave en luidt, voor zover hier van belang:

“7.1 Iedere verzekerde die premie verschuldigd is voor de Zorgverzekering, heeft recht op teruggave van het zogenoemde no-claimbedrag.

7.2 De hoogte van de no-claim bedraagt maximaal € 255,- per verzekerde per kalenderjaar.

7.3 Alle kosten die in de loop van het kalenderjaar vanuit de zorgverzekering gemaakt worden, worden van het maximale no-claimbedrag van € 255,- afgetrokken. (...)

7.5 Nota's die na 1 april volgend op het kalenderjaar waarop de no-claim van toepassing is door ons zijn ontvangen, maar die betrekking hebben op de gemaakte kosten in het voorgaande kalenderjaar, kunnen leiden tot een terugvordering van de uitbetaalde no-claim dan wel verrekend worden met de no-claim van het daaropvolgende kalenderjaar. (...)”

Artikel 8 van de zorgverzekering (2007) regelt het vrijwillig eigen risico. Het artikel luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

“8.1 Per kalenderjaar kan een verzekerde van 18 jaar en ouder al dan niet kiezen voor een eigen risico. De zorgverzekering kan worden afgesloten zonder eigen risico of voor verzekerden van 18 jaar en ouder met een eigen risico van € 100,-, € 200,-, € 300,-, € 400,- of € 500,- per kalenderjaar. Het per verzekerde gekozen eigen risico wordt in dat geval vermeld op het polisblad. Bij de keuze voor een eigen risico geldt een premiekorting. Het overzicht waarin deze premiekortingen staan vermeld maakt onderdeel uit van deze polis.

8.2 Het per verzekerde gekozen eigen risico wordt in mindering gebracht op de vergoeding waarop volgens de zorgverzekering aanspraak kan worden gemaakt.

(...)

8.7 Indien een behandeling in de vorm van een DBC-tarief wordt gedeclareerd, is het moment van aanvang van de behandeling bepalend voor het toepassen van een eigen risico.

(...)"

Artikel 7 van de zorgverzekering (2008) regelt het verplicht eigen risico en luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

"7.1 Voor iedere verzekerde die premie verschuldigd is voor de zorgverzekering, is het verplicht eigen risico van toepassing. De hoogte van het verplicht eigen risico bedraagt € 150,- per verzekerde per kalenderjaar.

7.2 Het verplicht eigen risico wordt in mindering gebracht op de vergoeding waarop volgens de zorgverzekering aanspraak kan worden gemaakt.

(...)

7.9 Wanneer een behandeling in de vorm van een DBC-tarief wordt gedeclareerd, is het moment van aanvang van de behandeling bepalend voor het toepassen van het verplicht eigen risico.

(...)"

In artikel 8 van de zorgverzekering (2008) is het vrijwillig eigen risico geregeld, welk artikel voor zover hier van belang, als volgt luidt:

"8.1 Per kalenderjaar kan een verzekerde van 18 jaar en ouder al dan niet kiezen voor een vrijwillig gekozen eigen risico. De zorgverzekering kan worden afgesloten zonder vrijwillig gekozen eigen risico of voor verzekerden van 18 jaar en ouder met een vrijwillig gekozen eigen risico van € 100,-, € 200,-, € 300,-, € 400,- of € 500,- per kalenderjaar.

Bij de keuze voor een vrijwillig gekozen eigen risico geldt een premiekorting. Het overzicht waarin deze premiekortingen staan vermeld maakt onderdeel uit van deze polis.

8.2 Het per verzekerde vrijwillig gekozen eigen risico wordt in mindering gebracht op de vergoeding waarop volgens de zorgverzekering aanspraak kan worden gemaakt.

(...)

8.7 Wanneer een behandeling in de vorm van een DBC-tarief wordt gedeclareerd, is het moment van aanvang van de behandeling bepalend voor het toepassen van een vrijwillig eigen risico.

(...)"

8.3. De artikelen 7 en 8 van de zorgverzekering (2007 en 2008) zijn volgens artikel 2 van de zorgverzekering (2007 en 2008) gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.4. De no-claimteruggave was naar aard en omvang geregeld in artikel 22 (oud) Zvw. Het wettelijk verplicht eigen risico was geregeld in artikel 18a (oud) Zvw en het vrijwillig eigen risico was geregeld in artikel 19 (oud) Zvw.

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

9.1. Gelet op de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving, overweegt de commissie ten aanzien van het in 7.1 omschreven geschil als volgt.

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.2. Vast staat dat door het RPZ-ziekenhuis en het Erasmus MC bij de zorgverzekeraar twee verschillende DBC-codes zijn gedeclareerd. De eerste code betrof de operatieve ingreep door de afdeling heelkunde van het RPZ-ziekenhuis, waarbij de betreffende zorgvraag aanving op 31 december 2007. De tweede code betrof bestraling door de afdeling radiotherapie van het Erasmus MC, welke is gestart op 3 maart 2008. Blijkens de polisvoorwaarden en de onderliggende regelgeving wordt een DBC toegerekend aan het jaar waarin deze is aangevangen. De eerste DBC moet daarom worden toegerekend aan het jaar 2007, en de tweede code aan het jaar 2008.
- 9.3. Verzoekster heeft gesteld dat slechts één DBC-code in rekening had mogen worden gebracht, aangezien het hier één zorgvraag betreft, te weten behandeling na de diagnose DCIS. De commissie oordeelt dienaangaande dat, blijkens de DBC-Onderhoudsinstructie, bij een behandeling door meerdere disciplines afzonderlijke DBC-codes in rekening mogen worden gebracht. Daarvan was bij verzoekster sprake. Dat het de behandeling van dezelfde aandoening betrof, is daarbij niet relevant. Een en ander heeft tot gevolg dat de zorgverzekeraar gerechtigd is zowel de no-claimteruggave en het vrijwillig eigen risico 2007 als het verplicht en vrijwillig eigen risico 2008 bij verzoekster te vorderen.
- 9.4. Ten overvloede merkt de commissie op dat verzoekster de keuze heeft gemaakt voor een vrijwillig eigen risico van € 500,-- per kalenderjaar in ruil voor een premiekorting. Zij heeft deze korting ook genoten in beide jaren, zodat ook in die zin geen aanleiding bestaat van de in de polis en de wet opgenomen regeling – zo daar al grond toe aanwezig zou zijn – af te wijken.

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, 7 april 2010,

Voorzitter