



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen IZA Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem
Zaak : Declaratie nota ziekenhuis
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2019
Zaaknummer : 201901923
Zittingsdatum : 15 april 2020

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. H.A.J. Kroon en mr. L. Ritzema)

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

IZA Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

2.1. Bij e-mailbericht van 24 november 2019 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen gevraagd een bindend advies uit te brengen.

2.2. De zorgverzekeraar heeft in de brief met dagtekening 28 oktober 2019 (ontvangen op 24 januari 2020) zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 28 januari 2020 aan verzoeker gezonden.

2.3. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 15 april 2020 gehoord.

3. Vaststaande feiten

3.1. Verzoeker was in 2019 bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering IZA Eigen Keuze (hierna: de zorgverzekering).

3.2. Verzoeker heeft een behandeling ondergaan in een ziekenhuis. Het ziekenhuis heeft een nota van € 616,07 aan verzoeker gestuurd. Verzoeker heeft dit bedrag bij de zorgverzekeraar gedeclareerd. De zorgverzekeraar heeft hiervan € 524,52 aan verzoeker vergoed.

3.3. Het ziekenhuis heeft verzoeker vervolgens gevraagd € 531,- aan hem te betalen. Dit betreft het bedrag dat contractueel met de ziektekostenverzekeraar is overeengekomen.

3.4. Verzoeker heeft de zorgverzekeraar gevraagd om een schriftelijke bevestiging dat het bedrag van € 524,52 via de incassogemachtigde van de zorgverzekeraar is betaald. De zorgverzekeraar heeft bij e-mailbericht van 3 september 2019 aan verzoeker meegedeeld dat het bedrag van € 524,52 niet aan de vordering bij de incassogemachtigde werd toegevoegd, en daarom ook niet via deze weg retour is ontvangen.

4. Geschil

4.1. Verzoeker heeft aan de commissie gevraagd te beslissen dat de zorgverzekeraar:

(i) hem de gemaakte kosten terugbetaalt. Het gaat om kosten van beslaglegging op zijn bankrekening ter grootte van € 100,- en een aflossing van driemaal € 25,- aan de incassogemachtigde van het ziekenhuis;

(ii) de zaak bij de deurwaarder intrekt;

(iii) de betaling verder afhandelt met het ziekenhuis.

4.2. De zorgverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

5. Bevoegdheid van de commissie

5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 10 van de zorgverzekering.

6. Beoordeling

6.1. De toepasselijke verzekeringsvoorwaarden zijn opgenomen in de bijlage bij dit bindend advies. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

6.2. Vast staat dat verzoeker vanaf 22 november 2016 een behandeling heeft ondergaan bij een ziekenhuis. Het ziekenhuis was in de veronderstelling dat verzoeker niet was verzekerd, en heeft hem daarom op 25 maart 2017 een nota van € 616,07 gestuurd. Verzoeker heeft deze nota bij de zorgverzekeraar ingediend, die op 24 april 2017 een bedrag van € 524,52 aan hem heeft uitgekeerd. De reden voor de lagere vergoeding is dat deze behandeling volgens de voorwaarden van de zorgverzekering wordt vergoed tot maximaal € 531,--. Er stond nog € 0,13 in verband met het verplicht eigen risico open. Ook is een post van € 6,35 aan apotheekkosten met dit bedrag verrekend. Verzoeker heeft op 28 april 2017 aan het ziekenhuis € 616,07 overgemaakt. Dit bedrag is op 17 mei 2017 door het ziekenhuis aan verzoeker gecrediteerd. De reden van de creditering was dat het ziekenhuis inmiddels had vernomen dat verzoeker vanaf 2 november 2016 bij de zorgverzekeraar was verzekerd. De - nieuwe - nota heeft het ziekenhuis vervolgens bij de zorgverzekeraar gedeclareerd. De zorgverzekeraar weigert echter vergoeding aan het ziekenhuis omdat al aan verzoeker is betaald. Het ziekenhuis vordert op dit moment van verzoeker het met de zorgverzekeraar overeengekomen bedrag van € 531,-- en heeft hiervoor een incassogemachtigde ingeschakeld. Verzoeker heeft met deze incassogemachtigde een betalingsregeling getroffen van € 25,-- per maand.

6.3. Verzoeker stelt dat hij het van de zorgverzekeraar ontvangen bedrag van € 524,52 via de lopende betalingsregeling bij de incassogemachtigde van de zorgverzekeraar heeft terugbetaald. Aan deze incassogemachtigde betaalt hij maandelijks € 100,--. Volgens de zorgverzekeraar is genoemd bedrag nooit toegevoegd aan de vordering. Hij heeft dit bedrag aanvankelijk ten onrechte verwerkt in zijn financieel overzicht als openstaande post. Naar de stand van 24 januari 2020 staan volgens de zorgverzekeraar geen posten meer open.

Verzoeker heeft niet aannemelijk gemaakt dat de vordering van € 524,52 werd toegevoegd aan de lopende betalingsregeling bij de incassogemachtigde van de zorgverzekeraar en dat dit bedrag door hem, door middel van de maandelijksse betalingen, werd voldaan. Ook heeft hij genoemd bedrag niet op een andere wijze aan de zorgverzekeraar betaald. Verzoeker heeft niet aannemelijk gemaakt dat hij meer heeft betaald dan de bedragen die zijn vermeld in het financieel overzicht van de zorgverzekeraar.

6.4. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 6 mei 2020,

H.A.J. Kroon

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

I. Algemeen gedeelte

Artikel 1. Verzekerde zorg

1.1. Inhoud en omvang van de verzekerde zorg

De IZA Eigen Keuze is een restitutieverzekering van de zorgverzekeraar, verder te noemen 'de zorgverzekering'. Op grond van deze zorgverzekering heeft u recht op vergoeding van de kosten van zorg zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden. Ook heeft u op verzoek recht op zorgadvies en zorgbemiddeling.

Zorgadvies en bemiddeling

Onze afdeling Zorgadvies en Bemiddeling adviseert u bij welke zorgaanbieder u voor uw zorgvraag terecht kunt. Ook als u te maken heeft met niet-aanvaardbare lange wachttijden voor bijvoorbeeld een bezoek aan de polikliniek of opname in een ziekenhuis kunt u contact opnemen met de afdeling Zorgadvies en Bemiddeling. Deze afdeling kunt u bereiken via onze website.

1.2. Medische noodzaak

U heeft recht op vergoeding van de kosten van zorg zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden als u op de zorgvorm naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen en als de zorgvorm doelmatig en doeltreffend is. De inhoud en omvang van de zorgvorm wordt mede bepaald door wat de betreffende zorgaanbieders aan zorg 'plegen te bieden'. Ook wordt de inhoud en omvang bepaald door de stand van de wetenschap en de praktijk. Deze wordt vastgesteld aan de hand van de Evidence Based Medicine (EBM)-methode. Als de stand van de wetenschap en praktijk ontbreekt, dan wordt de inhoud en vorm van de zorg bepaald door wat binnen het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg.

1.3. Wie mag de zorg verlenen

U heeft vrije keuze van zorgaanbieder, op voorwaarde dat aan de overige eisen in deze verzekeringsvoorwaarden is voldaan. Een van die eisen is dat uw zorgaanbieder moet voldoen aan bepaalde voorwaarden. In het betreffende zorgartikel vindt u welke zorgaanbieders de zorg mogen verlenen en aan welke aanvullende voorwaarden de zorgaanbieder moet voldoen. Als de zorgaanbieder niet voldoet aan de gestelde voorwaarden, dan heeft u geen recht op vergoeding.

1.4. Zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder

Als u voor zorg naar een gecontracteerde zorgaanbieder gaat, dan zijn met de betreffende zorgaanbieders tarieven afgesproken die in lijn zijn met de in Nederland geldende redelijke marktprijs. De zorgaanbieder ontvangt de vergoeding van de kosten van zorg rechtstreeks van ons.

Wij maken met zorgaanbieders afspraken over kwaliteit, prijs en service van de te leveren zorg. Uw belang staat daarbij voorop. En als u kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder scheelt dat u en ons in de kosten. Wilt u weten met welke zorgaanbieders wij een contract hebben gesloten voor welke zorg? U vindt deze informatie op onze website.

1.5. Zorgverlening door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten? Dan heeft u recht op vergoeding van de kosten van zorg tot maximaal de in Nederland geldende wettelijke Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven gelden, dan worden de kosten vergoed tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs.

1.6. Insturen van nota's

Als u een nota heeft ontvangen, dan kunt u een declaratieformulier invullen en samen met de originele nota naar ons opsturen. Stuur ons alstublieft geen kopie of aanmaning. Wij nemen alleen originele nota's in behandeling. U kunt nota's tot maximaal 3 jaar na het begin van de behandeling indienen.

Het is belangrijk dat op de nota de volgende informatie staat:

- Uw naam, adres en geboortedatum
- Soort behandeling, het bedrag per behandeling en de datum van de behandeling
- Naam en adres van de zorgaanbieder.

De nota's moeten op zodanige wijze zijn gespecificeerd, dat er direct en eenduidig uit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding wij verplicht zijn. Op de vergoeding brengen wij een eventueel eigen risico en wettelijke eigen

bijdrage in mindering. Voor de omrekening van buitenlandse nota's in euro's gebruiken wij de historical rates van www.XE.com. Hierbij gaan wij uit van de koers op de dag dat de behandeling heeft plaatsgevonden. Nota's moeten zijn geschreven in het Nederlands, Duits, Engels, Frans of Spaans. Als wij het noodzakelijk vinden, dan kunnen wij u vragen om een nota te laten vertalen door een beëdigd vertaler. De vertaalkosten vergoeden wij niet.

Online declareren

U declareert uw nota's gemakkelijk en snel online. Ga daarvoor naar de Mijn-omgeving. U moet de originele nota tot een jaar na het indienen van de declaratie bewaren. Wij kunnen de nota's opvragen in verband met controle. Als u de nota's niet kunt overleggen, dan kunnen wij de uitgekeerde bedragen bij u terugvorderen of verrekenen met aan u verschuldigde bedragen.

1.7. Rechtstreekse betaling

Wij hebben het recht om de kosten van zorg rechtstreeks te betalen aan de zorgaanbieder. Met deze betaling vervalt uw recht op vergoeding.

1.8. Verrekening van kosten

Als wij rechtstreeks aan de zorgaanbieder betalen en meer vergoeden dan waartoe wij gehouden zijn op grond van uw zorgverzekering of de kosten komen anderszins voor uw rekening, dan bent u als verzekeringnemer de kosten verschuldigd aan ons. Deze bedragen brengen wij later bij u in rekening. U bent verplicht deze bedragen te betalen. Wij kunnen deze bedragen verrekenen met aan u verschuldigde bedragen.

1.9. Verwijzing, voorschrift of toestemming

Voor sommige vormen van zorg heeft u een verwijzing, voorschrift en/of voorafgaande schriftelijke toestemming nodig, waaruit blijkt dat u bent aangewezen op de zorg. Dit geven wij aan in het betreffende zorgartikel. Een verwijzing, voorschrift en/of toestemming vooraf is niet nodig voor acute zorg, dat wil zeggen zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld.

Verwijzing of voorschrift

Staat in het zorgartikel dat u een verwijzing of voorschrift nodig heeft? Dan kunt u die vragen aan de zorgaanbieder die we in het artikel noemen. Vaak is dat de huisarts.

Toestemming

U heeft in een aantal gevallen onze toestemming nodig voordat de zorg wordt geleverd. Deze toestemming noemen we ook wel een machtiging. Als u vooraf geen toestemming heeft gekregen, dan heeft u geen recht op vergoeding van de kosten van de zorg.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg een overeenkomst hebben gesloten? Dan hoeft u niet zelf toestemming bij ons aan te vragen. Uw zorgaanbieder beoordeelt in dit geval of u voldoet aan de voorwaarden en/of vraagt voor u toestemming bij ons aan. Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website. U kunt uw aanvraag ook rechtstreeks bij ons indienen. Ons adres vindt u voor in de voorwaarden.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Dan moet u zelf bij ons toestemming aanvragen.

Als u toestemming heeft voor verzekerde zorg geldt deze ook als u overstapt naar een andere zorgverzekeraar of als u van uw vorige verzekeraar toestemming heeft ontvangen.

1.10. Wanneer heeft u recht op vergoeding van de kosten van verzekerde zorg?

U heeft recht op vergoeding van de kosten van zorg als de zorg is geleverd tijdens de looptijd van uw zorgverzekering. Als in deze verzekeringsvoorwaarden wordt gesproken over (kalender)jaar, dan is voor de beoordeling aan welk (kalender)jaar de gedeclareerde kosten moeten worden toegerekend de door de zorgaanbieder opgegeven datum waarop de zorg is geleverd bepalend. Als een behandeling in 2 kalenderjaren valt en de zorgaanbieder de kosten hiervan in één bedrag in rekening mag brengen (bijvoorbeeld een diagnose-behandelcombinatie), dan vergoeden wij de kosten als de behandeling is gestart binnen de looptijd van de zorgverzekering en worden de kosten toegerekend aan het kalenderjaar waarin de behandeling is gestart.