



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, tegen Agis Zorgverzekeringen N.V. en Agis Ziektekostenverzekeringen N.V., beide te Amersfoort
Zaak : Eigen risico
Zaaknummer : 201401526
Zittingsdatum : 29 april 2015

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. P.J.J. Vonk)

(Voorwaarden zorgverzekering 2013, artt. 19-22 Zvw, 2.17-2.19 Bzv)

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen


- 1) Agis Zorgverzekeringen N.V. te Amersfoort, en
- 2) Agis Ziektekostenverzekeringen N.V. te Amersfoort, 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 [naam ziektekostenverzekeraar] Basispolis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). Verder waren ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Compactpolis, Tand 50 en Zorg & Wel afgesloten (hierna tezamen: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding


- 3.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster een nota gezonden voor een bedrag van € 71,14 ter zake van het verplicht eigen risico 2013.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar verzocht om correctie van de onder 3.1 bedoelde nota, in die zin dat het bedrag van € 71,14 ten laste van de "no-claim" voor 2014 moet worden gebracht (hierna: de aanspraak). Bij brieven van 15 mei en 15 augustus 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoekster medegedeeld hiertoe niet over te gaan, waarbij hij heeft toegelicht dat genoemd bedrag terecht onder het verplicht eigen risico 2013 is gebracht.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.4. Bij brief van 19 oktober 2014 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog te honoreren (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 16 januari 2015 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 22 januari 2015 aan verzoekster gezonden.


 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 26 januari 2015 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 15 april 2015 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord.


 3.8. 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 dat, gebruik makend van de haar op grond van artikel 22 van dit reglement toekomstige bevoegdheid, de onderhavige zaak in afwijking van het bepaalde in artikel 13, lid 5 onder a van bedoeld reglement enkelvoudig wordt afgedaan.


 3.9. Verzoekster is op 29 april 2015 telefonisch gehoord.


 4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster


 4.1. Verzoekster heeft in 2014 een rekening ontvangen ter zake van een consult bij de oogarts. Zij meent dat de betreffende kosten ten laste van de "no-claim" voor 2014 moeten worden gebracht en stelt in dat verband dat de ziektekostenverzekeraar voor haar in 2013 geen kosten heeft gemaakt. Bedoelde rekening is ten onrechte niet ten laste van de "no-claim" voor 2014 gebracht, waardoor een saldo van € 142,88 negatief is ontstaan.


 4.2. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat het niet juist is dat zorgkosten die in een bepaald jaar worden gemaakt, worden toegerekend aan het jaar daarvoor. Hierdoor is het niet meer inzichtelijk. Volgens de ziektekostenverzekeraar zijn hierover afspraken gemaakt met de ziekenhuizen. Verzoekster heeft moeite met dit alles.

 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. Verzoekster zit in een controletraject. Op 20 december 2013 is zij bij de oogarts op consult geweest. Naar aanleiding hiervan is op 18 maart 2013 een vervolg-DBC (Diagnose Behandeling Combinatie) geopend, die op 17 maart 2014 gesloten is. De kosten van de betreffende DBC zijn in 2014 door het ziekenhuis bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd.


 5.2. Een DBC is een code waarmee alle zorgactiviteiten voor een bepaalde zorgvraag in rekening worden gebracht. Een vervolg-DBC wordt toegepast als een patiënt in een controletraject zit. Een vervolg-DBC geldt gedurende maximaal 365 dagen. De vorige DBC is op 17 maart 2013 gesloten. Binnen 365 dagen heeft een consult plaatsgevonden. De startdatum van de vervolg-DBC moet aansluiten op de vorige DBC. De startdatum van de vervolg-DBC is daarom op 18 maart 2013 gesteld. De startdatum van de vervolg-DBC ligt in 2013 en om die reden zijn de kosten ten laste van het eigen risico 2013 gebracht.

 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 18 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 of de ziektekostenverzekeraar terecht € 71,14 ten laste van het verplicht eigen risico 2013 van verzoekster heeft gebracht.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

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

8.2. Artikel 12 van de zorgverzekering regelt het verplicht eigen risico, en luidt, voor zover hier van belang:

“12 Verplicht eigen risico

1 Voor deze polis geldt overeenkomstig artikel 19 van de Zorgverzekeringswet een eigen risico van € 350,- per kalenderjaar voor de verzekerde van 18 jaar en ouder.

(...)

4 Voor de vaststelling van het verplicht eigen risico wordt het dbc-zorgproduct toegerekend aan het jaar waarin het betreffende zorgtraject is gestart.

(...)

8 De zorgverzekeraar brengt kosten van zorg of overige diensten die zowel ten laste van het verplicht als het vrijwillig eigen risico kunnen komen, eerst ten laste van het verplicht eigen risico.”

8.3. Artikel 12 van de zorgverzekering is volgens artikel 4 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).


8.4. Het verplicht en vrijwillig eigen risico is geregeld in de artikelen 19 tot en met 22 Zvw, en verder uitgewerkt in de artikelen 2.17 tot en met 2.19 Bzv.


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

9.1. De commissie merkt in de eerste plaats op dat verzoekster de term "no-claim" gebruikt in plaats van "eigen risico". De no-claim regeling was in 2006 en 2007 van toepassing. Deze regeling hield in dat de ziektekostenverzekeraar maximaal € 255,- aan een verzekerde van 18 jaar of ouder uitkeerde wanneer de verzekerde in dat kalenderjaar geen zorgkosten of minder dan € 255,- aan zorgkosten bij de ziektekostenverzekeraar had geclaimd. De no-claim regeling is met ingang van 1 januari 2008 afgeschaft en vervangen door het eigen risico. Voor het jaar 2013 is het verplicht eigen risico vastgesteld op € 350,-. Dit betekent dat een verzekerde de eerste € 350,- zelf betaalt voor zorg die wordt vergoed vanuit de zorgverzekering.


9.2. Verzoekster heeft eerder een staaroperatie ondergaan. In verband hiermee dient zij geregeld op controle te komen bij de oogarts, zo ook op 20 december 2013. Het ziekenhuis heeft daarom op 18 maart 2013, aansluitend op de vorige DBC, een vervolg-DBC geopend. Een vervolg-DBC staat maximaal 365 dagen open. Binnen deze periode heeft het eerder genoemde consult plaatsgevonden. Op de 365^{ste} dag, dat wil zeggen op 17 maart 2014, heeft het ziekenhuis de DBC gesloten en de hiermee gemoeide kosten rechtstreeks gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar. Omdat de rekening in 2014 door verzoekster is ontvangen, is


 verzoekster van mening dat bedoelde kosten ten laste van het eigen risico 2014 moeten worden gebracht.

 9.3. Artikel 12 van de zorgverzekering bepaalt dat voor de vaststelling van het verplicht eigen risico het DBC-zorgproduct wordt toegerekend aan het jaar waarin het betreffende zorgtraject is gestart. In de situatie van verzoekster is in het jaar 2013, naar aanleiding van het consult bij de oogarts op 20 december 2013, een (nieuw) zorgtraject gestart, met ingang van 18 maart 2013, aansluitend op het vorige zorgtraject. De commissie concludeert daarom dat de ziektekostenverzekeraar de nota van € 71,14 terecht ten laste van het eigen risico 2013 heeft gebracht.

 9.4. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

 10. Het bindend advies

 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

 Zeist, 20 mei 2015,










mr. drs. P.J.J. Vonk