

# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vertegenwoordigd door E te F tegen C te D  
Zaak : Geneeskundige zorg, bevalling en kraamzorg, eigen risico  
Zaaknummer : 2010.01551  
Zittingsdatum : 11 mei 2011

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. drs. P.J.J. Vonk, en mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden zorgverzekering 2010, artt. 19 e.v. Zvw, 2.17 en 2.18 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2010)

---

1. Partijen

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

tegen

C te D hierna 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] Zorgverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw) en een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). Verder waren ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen [naam ziektekostenverzekeraar] Extra en Tandengaaf 100% tot EUR 1000 afgesloten (hierna tezamen: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van € 76,45, welk bedrag door de ziektekostenverzekeraar aan de zorgaanbieder is betaald en daarna bij verzoekster in rekening is gebracht vanwege het eigen risico (hierna: de aanspraak). Bij brief van 5 mei 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat zij genoemd bedrag dient te voldoen en dat haar aanspraak is afgewezen.

3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 20 juli 2010 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 8 december 2010 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering (hierna: het verzoek).

3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 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 25 februari 2011 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 1 maart 2011 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 24 maart 2011 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 1 april 2011 schriftelijk medegedeeld evenmin te willen worden gehoord.

#### 4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Verzoekster stelt dat de kosten ter grootte van € 76,45 zien op een behandeling door een dermatoloog. Deze kosten mogen niet worden betrokken bij de bepaling van het eigen risico. Aldus is geregeld in artikel 2.17 van het Besluit zorgverzekering.
- 4.2. Verzoekster licht toe dat zij is bevallen door middel van een keizersnede. Hierbij wordt jodium gebruikt en dit heeft in haar geval geleid tot een allergische reactie. Volgens verzoekster zijn bij een bevalling meer specialisten betrokken. Het kan niet zo zijn dat bijvoorbeeld de kosten van de anesthesist door de ziektekostenverzekeraar apart worden beschouwd teneinde deze onder het eigen risico te brengen. Dit leidt tot willekeur. Overigens zijn de kosten van laboratoriumonderzoek weer wel buiten de berekening van het eigen risico gehouden.
- 4.3. Verzoekster tekent verder aan dat een gespecificeerde betaling van € 38,40 ten onrechte met bovengenoemde vordering is verrekend. Ook zijn door de ziektekostenverzekeraar, in afwijking van de gemaakte afspraak, incassomaatregelen getroffen.
- 4.4. 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, onder verwijzing naar de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden, dat het verplicht eigen risico € 165,- per jaar bedraagt, en dat daarnaast kan worden gekozen voor een vrijwillig eigen risico. Het verplicht eigen risico geldt ook voor kosten die weliswaar een relatie kunnen hebben met verloskundige zorg en kraamzorg, maar die apart in de polis zijn opgenomen. De regeling voor het verplicht eigen risico is eveneens van toepassing op het vrijwillig eigen risico. In dit geval is door navraag bij het ziekenhuis gebleken dat er complicaties waren en dat de zorg is verleend door een dermatoloog. Deze zorg was puur op verzoekster gericht.
- 5.2. Hoewel het instellen van de onderhavige procedure geen opschortende werking heeft, heeft de ziektekostenverzekeraar de invordering opnieuw aangehouden.
- 5.3. Het bedrag van € 38,40 heeft de ziektekostenverzekeraar op 21 juni 2010 ontvangen. op 19 juli 2010 is dit bedrag teruggestort op de rekening van verzoekster met de om-

schrijving “teruggestort op uw verzoek”. Dit bedrag is dus niet in mindering gebracht op de vordering van het eigen risico.

- 5.4. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

## 6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

## 7. Het geschil

- 7.1. In geschil is of de kosten van de behandeling door een dermatoloog al dan niet dienen te worden betrokken bij de berekening van het wettelijk verplicht eigen risico in het kader van de zorgverzekering.

## 8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

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

- 8.2. De zorgverzekering betreft een restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg.  
Artikel 9 van de zorgverzekering ziet op het verplicht eigen risico en luidt, voor zover hier van belang:

### **“9. Verplicht eigen risico**

#### **9.1. Verplicht eigen risico**

*Als u 18 jaar of ouder bent, hebt u voor de zorgverzekering een verplicht eigen risico van € 165,- per jaar. Dit betekent dat u de eerste € 165,- aan kosten die u als vergoeding van uw zorgverzekering zou hebben ontvangen zelf moet betalen. Pas als u dit hebt gedaan, krijgt u de overige kosten die onder de dekking van uw zorgverzekering vallen van ons vergoed. Het verplicht eigen risico staat op de polis.*

#### **9.2. Kosten die niet meetellen**

*Sommige kosten tellen niet mee voor het verplicht eigen risico. Die kosten krijgt u dus wel van ons vergoed, ook al hebt u uw verplicht eigen risico van € 165,- nog niet vol gemaakt. De volgende kosten tellen niet mee voor het verplicht eigen risico:*

*(...)*

- b. De kosten van verloskundige zorg en kraamzorg. Het verplicht eigen risico geldt weer wel voor kosten die hiermee te maken kunnen hebben, maar die apart in de polis zijn opgenomen. Dit gaat dan bijvoorbeeld om IVF, ambulancevervoer, geneesmiddelen, hulpmiddelen en (laboratoriumonderzoek die niet door de huisarts is gedaan en in rekening is gebracht.*

*(...)”*

- 8.3. Artikel 9 van de zorgverzekering is volgens artikel 2 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 € 165,- per kalenderjaar. In artikel 2.17 lid 1 Bzv is geregeld welke kosten van het gebruik van zorg en overige diensten buiten het verplicht eigen risico vallen. Onder a wordt genoemd: “verloskundige zorg en kraamzorg”.
- 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. Door verzoekster is betoogd dat de kosten van de behandeling door de dermatoloog buiten het verplicht eigen risico vallen aangezien het hier gaat om behandeling door een specialist in verband met zwangerschap, bevalling en kraambed.
- 9.2. Naar het oordeel van de commissie baseert verzoekster zich in dit verband op een verouderde tekst van het Bzv. Ten tijde van de behandeling sprak artikel 2.17 lid 1 onder a Bzv namelijk uitsluitend van “verloskundige zorg en kraamzorg”. Zoals hiervoor is opgemerkt, stemt artikel 9.2 van de zorgverzekering hiermee overeen. Dat de behandeling door de dermatoloog naar zijn aard niet is aan te merken als verloskundige zorg of kraamzorg, behoeft geen betoog.
- 9.3. Voor zover de stelling van verzoekster aldus moet worden opgevat dat de omstandigheid dat de allergische reactie zich niet zou hebben geopenbaard indien zij niet voor de bevalling was opgenomen in het ziekenhuis, geldt dat de aanleiding tot de opname niet maakt dat de aard van de verleende zorg (dermatologisch) daardoor een andere is geworden.
- 9.4. Ten aanzien van de betaling van € 38,40 is de commissie van oordeel dat door de ziektekostenverzekeraar voldoende is onderbouwd dat dit bedrag aan verzoekster is teruggestort, en dus niet in mindering is gebracht op de vordering van € 76,40.

### **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, 11 mei 2011,

Voorzitter