

RAAD VAN TOEZICHT VERZEKERINGEN

UITSpraak Nr. 2007/088 Med

in de klacht nr. 2007.1033 (029.07)

ingediend door:

hierna te noemen 'klaagster',

tegen:

hierna te noemen 'verzekeraar'.

De Raad van Toezicht Verzekeringen heeft kennis genomen van de schriftelijke klacht, alsmede van het daartegen door verzekeraar gevoerde schriftelijke verweer.

Uit de stukken is, voor zover voor de beoordeling van de klacht van belang, het navolgende gebleken.

Inleiding

Klaagster is bij verzekeraar verzekerd tegen ziektekosten. Bij brief van 8 augustus 2006 berichtte verzekeraar dat een declaratie niet volledig was uitbetaald. Uit de specificatie aan de achterzijde van de brief was niet op te maken waarop de nota betrekking had. Het betrof een nota van €523,65 waarvan verzekeraar €413,52 had vergoed en in mindering had gebracht op klaagsters eigen risico. De afzender van de declaratie was een ziekenhuis in Amsterdam.

Telefonisch liet verzekeraar desgevraagd weten dat het om een behandeling in januari 2005 ging. Het zou gaan om een telefonisch consult van de afdeling Longziekten. Het bedrag van de nota zou het bijbehorende DBC-bedrag, de diagnosebehandelingcombinatie, zijn. Klaagster liet weten dat dit niet kon kloppen, omdat ze in januari 2005 geen contact met het desbetreffende ziekenhuis had gehad. Verzekeraar zou het uitzoeken en klaagster kreeg daarop het bericht dat de nota inderdaad niet klopte en dat die was ingetrokken.

In maart 2006 ontving klaagster dezelfde nota rechtstreeks van het ziekenhuis. Klaagster nam telefonisch contact op met het ziekenhuis. Het ziekenhuis verschaftte opheldering: het ging om "korte kaart longziekten 27-4-04".

Klaagster had in 2004 een cursus stoppen met roken gevolgd, voorafgegaan door een intakegesprek met een longarts en psycholoog. Klaagster had de cursus zelf betaald. Tijdens het telefoongesprek bleek dat voor het intakegesprek afzonderlijk betaald had moeten worden. Klaagster heeft hierop het verschuldigde bedrag betaald.

Helaas, op 28 december 2006 ontving klaagster van verzekeraar een brief gelijkluidend aan die van 8 augustus 2006.

In reactie op de daarop volgende klachtbrief van klaagster liet verzekeraar onder meer weten de nota van het ziekenhuis coulancehalve te hebben vergoed, nadat die voor de tweede keer was aangeboden, "gezien het hele gedoe rond deze nota".

2007/088 Med

De klacht

1. Verzekeraar meent voor de vergoeding van nota's ten onrechte te kunnen volstaan met een standaardbrief. Ten onrechte, omdat uit deze brief absoluut niet op te maken is waarom het gaat.
2. Dat klemt te meer nu verzekeraar tevens ten onrechte verzuimt de nota waarom het gaat mee te sturen.
3. Dat klemt te meer nu verzekeraar tevens ten onrechte nalaat een behoorlijke specificatie van de nota te geven. In de specificatie (op de achterzijde van de brief) ontbreekt immers de datum van de nota en de datum van de verrichting waar het om gaat.
4. De verzekerde wordt dus ten onrechte gedwongen zelf op onderzoek uit te gaan en treft vervolgens medewerkers aan de telefoon die maar wat zeggen en daar ook nog met een zekere halsstarrigheid aan vasthouden: het ging om januari 2005, het ging om een telefonisch consult van Longziekten, het ging om het bijbehorende DBC-bedrag enz. Allemaal onjuist.
5. Verzekeraar betaalt ten onrechte declaraties zonder eerst bij de verzekerde te verifiëren of de gedeclareerde behandeling wel heeft plaatsgevonden. Dat klemt te meer, omdat de betaalde declaratie vervolgens zonder meer ten laste van het eigen risico van de verzekerde wordt gebracht.
6. Verzekeraar verzuimt ten onrechte de declarerende instelling kritisch aan te spreken op de foutieve declaratie. Sterker nog, verzekeraar blijkt deze foutieve declaratie inmiddels coulanchehalve te hebben betaald. Ten onrechte, omdat verzekerde de gerechtvaardigde kosten zelf al heeft voldaan en bovendien uitdrukkelijk te kennen heeft gegeven dat deze foutieve declaratie niet voldaan moet worden, ook niet coulanchehalve.
7. Verzekeraar laat tevens ten onrechte na zich adequaat in het gezeten probleem te verdiepen en doet het probleem vervolgens af met het predikaat 'Babylonische spraakverwarring'. (e-mail van 31 januari 2007).
8. Verzekeraar manoeuvreert de verzekerde aldus ten onrechte op een zijspoor en betaalt ten onrechte € 413,52 aan het ziekenhuis met als motivering: 'Na ampele overweging is besloten deze nota coulanchehalve te vergoeden gezien het hele gedoe rond deze nota'.

Verzekeraar heeft met deze handelwijze naar het oordeel van klaagster de goede naam c.q. het aanzien van en het vertrouwen in het verzekeringsbedrijf geschaad.

Het standpunt van verzekeraar

Bij brief van 25 april 2007 liet verzekeraar weten niet alle nota's van ziekenhuizen op voorhand te controleren op juistheid. Indien een vermoeden ontstaat van verkeerd declareren wordt daaraan echter terdege aandacht besteed, aldus verzekeraar.

De nota van het ziekenhuis betrof een intakegesprek op 27 april 2004 met de bedoeling een cursus te gaan volgen voor "stoppen met roken". Het ging om een zogenaamde "korte kaart" -behandeling. Voor de cursus heeft klaagster € 115,- betaald. Op de nota van het ziekenhuis staat ook een onderdeel honorarium met als bedrag € 115,-, maar dit is niet het cursusbedrag.

In haar brief van 28 december 2006 schrijft klaagster dat zij er niet van op de hoogte was dat ze apart moest betalen voor het intakegesprek. De totale nota

2007/088 Med

bedroeg €523,65. Deze nota kwam ten laste van het vrijwillig eigen risico van klaagster. Aangezien er toen al zoveel discussie was geweest over deze nota heeft verzekeraar besloten dit bedrag niet ten laste te laten komen van klaagsters vrijwillig eigen risico. Volgens verzekeraar is hiermee een ruimhartig gebaar gemaakt en zijn klaagsters belangen op generlei wijze geschaad.

Het commentaar van klaagster

Anders dan verzekeraar stelt betrof de nota niet een intakegesprek op 27 april 2004. Op die datum begon de cursus 'Stoppen met roken' waarvoor klaagster zelf €175,- (en niet €115,-) heeft betaald.

Klaagster heeft de bij het verweerschrift overgelegde nota niet eerder onder ogen gehad en wijst er op dat de datum handmatig is veranderd van '12-03-2004' in '7/7/2005'.

De oorspronkelijke datum van 12 maart 2004 klopt. Op die datum heeft klaagster een intakegesprek voor de cursus stoppen met roken gevoerd. Op de nota van het ziekenhuis wordt ten onrechte een Totaal DBC in rekening gebracht. Ten onrechte, omdat de DBC-systematiek pas in 2005 is ingevoerd.

Het oordeel van de Raad

De Raad acht het door verzekeraar uit kosten oogpunt gevoerde beleid om niet alle declaraties van ziekenhuizen te controleren alvorens tot uitbetaling over te gaan verdedigbaar. De beslissing om de onderhavige nota te voldoen, is naar het oordeel van Raad eveneens verdedigbaar, waarbij de Raad in aanmerking neemt dat het uitbetaalde bedrag niet ten laste van het eigen risico van klaagster is gebracht.

De wijze waarop verzekeraar zijn kennisgevingen aan verzekerden inricht kan de toets der kritiek doorstaan, met dien verstande dat verzekeraar er zorg voor dient te dragen dat op adequate wijze nadere informatie wordt verschaft indien daar door verzekerden om wordt verzocht. In dit geval heeft het daaraan ontbroken. De Raad onderkent dat dat voor klaagster ergerlijk moet zijn geweest, maar de Raad acht dat onvoldoende om de klacht gegrond te bevinden, nu de fout door verzekeraar bij brief van 16 mei 2007 aan klaagster is erkend en verzekeraar hiervoor zijn verontschuldiging heeft aangeboden. Uit het bovenoverwogene volgt dat de klacht niet gegrond is.

De beslissing

De Raad verklaart de klacht ongegrond.

Aldus is beslist op 12 november 2007 door mr. B. Sluijters, voorzitter, jhr. mr. J.L.R.A. Huydecoper, dr. D.F. Rijkels, arts, mr. R.J. Verschoof en dr. B.C. de Vries, arts, leden van de Raad, in tegenwoordigheid van mr. E.M. Snijders-Koster, secretaris.

De voorzitter:

(mr. B. Sluijters)

De secretaris:

(mr. E.M. Snijders-Koster)