



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen C te D
Zaak : GGZ, hoogte nota, gedeclareerde minuten, (vrijwillig) eigen risico
Zaaknummer : 201402032
Zittingsdatum : 28 januari 2015

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden zorgverzekering 2013, artt. 19, 20 en 21 Zvw, en 2.17 en 2.18 Bzv)

1. Partijen

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

tegen

C te D, hierna te noemen: de zorgverzekeraar,

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering ZorgVerzorgd (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).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. De zorgverzekeraar heeft bij verzoeker een bedrag van € 835,20 in rekening gebracht in verband met het verplicht en vrijwillig eigen risico.

3.2. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 22 juli 2014 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de zorgverzekeraar.

3.4. Verzoeker heeft bij ongedateerde brief, ontvangen op 15 september 2014, de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar het bedrag van € 835,20 niet bij hem mag vorderen (hierna: het verzoek).

3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 37,-- voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

3.6. De zorgverzekeraar heeft de commissie bij e-mail van 1 december 2014 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 4 december 2014 aan verzoeker gezonden.

3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 5 december 2014 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord. De zorgverzekeraar heeft op 15 december 2014 schriftelijk medegedeeld eveneens niet te willen worden gehoord.

3.8. Bij brief van 4 december 2014 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 30 december 2014 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2014155736) de commissie medegedeeld geen adviesbevoegdheid te hebben. Gelet op artikel 114 lid 3 Zvw adviseert het Zorginstituut over geschillen die betrekking hebben op de te verzekeren prestaties zoals vermeld in artikel 11 Zvw. Onderhavig geschil heeft hierop geen betrekking, aangezien het ziet op het in rekening gebrachte verplicht en vrijwillig eigen risico. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 5 januari 2015 aan partijen gezonden. Zij zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren. Partijen hebben van de geboden gelegenheid geen gebruik gemaakt.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

4.1. Verzoeker is, in verband met een slaapprobleem, door zijn huisarts doorverwezen naar een GGZ-instelling. Aldaar heeft hij een consult gehad. Verzoeker stelt dat tijdens dit consult bleek dat de zorgverlener zijn 'slaapprobleem' niet mocht behandelen. De zorgverlener heeft daarom - onterecht - genoteerd dat verzoeker last heeft van een depressieve stoornis. De zorgverlener wilde met verzoeker een vervolgspraak maken. Verzoeker verklaart dat hij eerst heeft verzocht om informatie met betrekking tot de kosten hiervan. De GGZ-instelling heeft zijn verzoek om informatie echter genegeerd en hem geen antwoord gegeven.

4.2. Verzoeker stelt dat hij op 28 oktober 2013 een consult heeft gehad. Op 12 en 17 november 2013 heeft hij een gesprek gehad van vijftien minuten. Op 31 januari 2014 vond wederom een gesprek van vijftien minuten plaats, en op 21 maart 2014 volgde nogmaals een gesprek van vijftien minuten. De zorgverlener heeft echter bij de zorgverzekeraar totaal 655 minuten voor deze zorg gedeclareerd. Een deel van de hieruit voortvloeiende kosten, namelijk € 835,20, is ten laste van het eigen risico van verzoeker gebracht. Verzoeker is van mening dat de betreffende nota te hoog is en dat de zorgverlener deze moet aanpassen.

4.3. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

5.1. De zorgverlener bracht bij de zorgverzekeraar een DBC in rekening met een tijd van tussen de 250 en 799 minuten. Op 22 juli 2014 heeft de zorgverzekeraar telefonisch contact gehad met de zorgverlener. Navraag bij de zorgverlener leerde dat de DBC met een tarief van € 1.082,47 terecht in rekening is gebracht. Deze kosten zijn met het eigen risico van verzoeker verrekend, zodat hij gehouden is een bedrag van € 835,20 aan de zorgverzekeraar te betalen.

5.2. Verzoeker stelt dat de overzichten van de GGZ-instelling onjuist zijn, maar onderbouwt dit niet. Er is voor de ziektekostenverzekeraar dan ook geen reden om aan te nemen dat de factuur betreffende het eigen risico onjuist is.

5.3. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel A17 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 zorgverzekeraar het bedrag van € 835,20 ter zake van het verplicht en vrijwillig eigen risico bij verzoeker mag vorderen.

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 naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen B1 e.v. van de zorgverzekering.

8.3. Artikel B8 van de zorgverzekering regelt het verplicht en het vrijwillig eigen risico en luidt, voor zover hier van belang:

“Artikel B8.1 Eigen risico

*U heeft een verplicht eigen risico van € 350 per kalenderjaar als u 18 jaar of ouder bent. U kunt naast uw verplicht eigen risico kiezen voor een vrijwillig eigen risico van € 100, € 200, € 300, € 400 of € 500 per kalenderjaar.
(...)”*

8.4. Artikel B8 van de zorgverzekering is volgens de artikelen B1 en B6 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.5. Het verplicht en het vrijwillig eigen risico is geregeld in de artikelen 19, 20 en 21 Zvw en verder uitgewerkt in artikel 2.17 en 2.18 Bzv.

8.6. 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 zorgverzekeraar 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. Tussen partijen is niet in geschil dat verzoeker voor het kalenderjaar 2013 een verplicht eigen risico had van € 350,-- en een vrijwillig eigen risico van € 500,--, dat dit eigen risico van totaal € 850,-- slechts voor een deel met andere kosten was 'volgemaakt', en dat de kosten van GGZ niet zijn uitgesloten van het verplicht en vrijwillig eigen risico.

9.2. Gelet op het naturakarakter van de zorgverzekering, en het feit dat de betreffende zorgverlener door de zorgverzekeraar is gecontracteerd, is de zorgverzekeraar gehouden gedegen onderzoek te doen naar de hoogte van de bij hem ingediende nota. Hij heeft hieraan voldaan door de gedeclareerde DBC nader te bekijken en hierover contact op te nemen met de zorgverlener. De zorgverzekeraar is tot de conclusie gekomen dat de nota correct is. Verzoeker heeft weliswaar de juistheid van de nota betwist, doch hetgeen hij in dat verband heeft aangevoerd betreft enkel de direct bestede tijd. Binnen de DBC is ook rekening gehouden met indirecte tijd, voor bijvoorbeeld verslaglegging. De zorgverzekeraar heeft aannemelijk gemaakt dat er geen reden was om aan de bestede tijd - te weten 250 tot 799 minuten - en de hoogte van de nota van de zorgverlener te twijfelen, en heeft deze nota daarom ten laste van de zorgverzekering vergoed. Verzoeker is, gelet op hetgeen onder 9.1 is overwogen, gehouden het bedrag van € 835,20 ter zake van het verplicht en vrijwillig eigen risico aan de zorgverzekeraar te voldoen.



Conclusie

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



10. Het bindend advies



10.1. De commissie wijst het verzoek af.



Zeist, 28 januari 2015,



Voorzitter

