



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen Azivo Zorgverzekeraar N.V. te 's-Gravenhage en Menzis N.V. te Wageningen  
Zaak : Geneeskundige zorg, GGZ, eigen risico  
Zaaknummer : 201500691  
Zittingsdatum : 4 november 2015

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. P.J.J. Vonk, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester, mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden zorgverzekering 2013, artt. 10, 11, 19 en 21 Zvw, 2.1, 2.4, 2.17 en 2.18 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2013)

---

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen


- 1) Azivo Zorgverzekeraar N.V. te 's-Gravenhage, en
- 2) Menzis N.V. te Wageningen,  
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 grond van de Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Deze verzekering is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De eveneens afgesloten aanvullende verzekering AV-TOP 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 bij brief van 17 augustus 2014 aan verzoekster medegedeeld dat van haar een bedrag van € 350,- ter zake van het verplicht eigen risico 2013 wordt gevorderd.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brieven van 10 september, 27 oktober en 27 november 2014, en 15 januari 2015 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 21 mei 2015 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar ten onrechte het bedrag van € 350,- van haar vordert (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 15 juli 2015 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 17 juli 2015 aan verzoekster gezonden.


 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 26 augustus 2015 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord.


 3.8. Verzoekster is op 4 november 2015 in persoon gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch aan de zitting deelgenomen.


 3.9. Aangezien de hoorzitting heeft plaatsgevonden ten overstaan van twee commissieleden, heeft de commissie de aantekeningen, die zijn gemaakt tijdens de hoorzitting, aan partijen gestuurd, waarbij deze in de gelegenheid zijn gesteld hierop binnen zeven dagen te reageren. Verzoekster heeft op 11 november 2015 gebruik gemaakt van de geboden mogelijkheid. Een afschrift hiervan is op 16 november 2015 ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.


 4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster


 4.1. Verzoekster heeft in 2013 een melding gedaan bij de GGD van haar woonplaats in verband met een burencollicie. Op 2 oktober 2013 heeft in dit kader een huisbezoek plaatsgevonden, en daarna nog een vervolgbesuch. De GGD heeft verzoekster hierna onrecht aangemeld bij GGZ-zorgaanbieder Parnassia. Verzoekster benadrukt dat zij geen psychische problemen heeft. Een medewerkster van de GGD had toegezegd, haar te zullen helpen met de problemen die zij met haar burencollicie had. Verzoekster vertrouwde de betreffende medewerkster. Zij heeft daarom haar handtekening gezet op formulieren waarvan haar was verteld dat deze moesten aantonen dat de huisbezoeken hadden plaatsgevonden. Verzoekster heeft deze formulieren niet doorgelezen. Haar is niet verteld dat het hierbij om een doorverwijzing ging.

 4.2. De medewerkster van Parnassia, met wie verzoekster het meeste contact heeft gehad, heeft haar uitgehoord, voorgelogen, en bedreigd. Verzoekster heeft regelmatig telefonisch contact gehad met deze medewerkster. Zij heeft verzoekster overgehaald een afspraak te maken met een psychiater van Parnassia. Op 30 april 2014 heeft verzoekster een gesprek gehad met voornoemde medewerkster en de psychiater, waarbij het uitgevoerde onderzoek werd besproken. Uit het onderzoek zou naar voren zijn gekomen dat verzoekster een storing in de hersenen heeft. Ook zou zij de situatie met de burencollicie verergeren. Verzoekster voelde zich tijdens dit gesprek aangevallen door zowel de medewerkster van Parnassia als de psychiater. Verzoekster heeft later het contact met Parnassia verbroken.

 4.3. Verzoekster benadrukt dat Parnassia aan haar geen zorg heeft aangeboden of verleend. Verzoekster heeft alleen maar een intakegesprek met de psychiater gehad, waarbij zij deze heeft verteld wat zij heeft te verduren met de levensgevaarlijke buurtbewoners die haar zonder reden terroriseren. De kosten zijn daarom ten onrechte bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd. Verzoekster is voorts van mening dat zij het bedrag van € 350,- ter zake van het verplicht eigen risico voor 2013 niet is verschuldigd.

 4.4. Verzoekster is vanaf 1 januari 2014 niet meer verzekerd bij de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar heeft haar in het bewijs van uitschrijving medegedeeld dat na 31 december 2013 geen zorgkosten meer zouden worden vergoed. Nu is dus gebleken dat ná 31 december 2013 (ten onrechte) toch kosten zijn vergoed aan Parnassia.

 4.5. Verzoekster begrijpt overigens niet hoe de zorgaanbieder de onderhavige kosten heeft kunnen declareren bij de ziektekostenverzekeraar. Zij heeft namelijk nooit haar verzekeringsgegevens aan de zorgaanbieder verstrekt, alleen haar paspoort.

 4.6. Ter zitting heeft verzoekster voornoemde argumenten herhaald. Zij heeft benadrukt dat er geen medische reden is geweest voor haar contacten met Parnassia. Parnassia heeft verzoekster ten onrechte geregistreerd als patiënt en heeft ten onrechte zorgkosten gedeclareerd. Parnassia zou haar alleen helpen bij een burencollicie, aangezien verzoekster zich bedreigt voelt door haar burencollicie.

4.7. Bij brief van 11 november 2015 heeft verzoekster haar verzoek uitgebreid. Zij vordert thans ook een schadevergoeding van € 10.000,- vanwege de beschadiging van haar naam door Parnassia. Daarnaast draagt zij de commissie op om contact op te nemen met de medewerkster van Parnassia met wie zij veel contact heeft gehad.

4.8. 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 begrijpt dat het voor verzoekster vervelend is dat zij een nota heeft ontvangen voor een behandeling waarover zij niet tevreden is. Echter, aangezien de zorg aan verzoekster is verleend, is het verplicht eigen risico voor 2013 terecht bij haar in rekening gebracht.

5.2. De zorgaanbieder heeft ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar een DBC gedeclareerd met de omschrijving: "*Geen verblijf met Schizofrenie en andere psychotische stoornissen - vanaf 1800 tot 3000 minuten*". Uit de specificatie van de behandeling blijken geen onregelmatigheden. Er hebben twee huisbezoeken plaatsgevonden, hetgeen verzoekster heeft bevestigd, en daarnaast heeft verzoekster de zorgaanbieder zelf bezocht. Hierdoor is er meer directe tijd besteed. De berekende indirecte tijd is niet buitensporig hoog. De DBC is op 4 december 2013 geopend en op 19 juni 2014 gesloten. Aangezien de DBC in 2013 is geopend, is verzoekster hierover het verplicht eigen risico voor 2013 verschuldigd.

5.3. Gezien de uitvoerige specificatie van de geleverde zorg ligt het op de weg van verzoekster te onderbouwen waarom voornoemde specificatie niet juist is. Voor zover zij stelt de zorg niet te hebben ontvangen, onderbouwt zij dit niet nader. Daarom dient te worden uitgegaan van de juistheid van de factuur ter zake van de onderhavige zorg. Voor zover verzoekster erkent dat zij zorg heeft ontvangen, maar dat zij deze tegen haar wil heeft verkregen, is dit een zaak tussen verzoekster en de zorgaanbieder. Dit doet niet af aan de verschuldigdheid van het eigen risico.

5.4. Aan de hand van de persoonsgegevens van verzoekster heeft de zorgaanbieder haar verzekeringsgegevens kunnen achterhalen. De ziektekostenverzekeraar heeft een overeenkomst gesloten met de zorgaanbieder. Daarom kan de zorgaanbieder de kosten van de behandeling rechtstreeks declareren bij de ziektekostenverzekeraar.

5.5. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat het hier eigenlijk gaat om een conflict tussen verzoekster en Parnassia. De ziektekostenverzekeraar is hierbij alleen betrokken vanwege het verschuldigde eigen risico. De ziektekostenverzekeraar is niet bereid de nota van het eigen risico in te trekken. Van Parnassia is een zeer uitgebreide specificatie ontvangen. De enkele ontkenning van verzoekster is te weinig om op te kunnen varen.

5.6. De ziektekostenverzekeraar 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 ziektekostenverzekeraar terecht het bedrag van € 350,- ter zake van het verplicht eigen risico voor 2013 van verzoekster vordert.

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 ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen B10 e.v. van de zorgverzekering.

8.3. Artikel B16 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op geestelijke gezondheidszorg (GGZ) bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

*“Geestelijke Gezondheidszorg is diagnostiek en behandeling van mensen met psychische stoornissen. Het doel is de geestelijke gezondheid te herstellen of te verbeteren en de kwaliteit van leven te verbeteren. De GGZ is onderverdeeld in (eerstelijns) psychologische zorg en (tweedelijns) specialistische GGZ. Specialistische GGZ is weer onderverdeeld in ambulante specialistische GGZ (zonder opname) en klinische specialistische GGZ (met opname). (...)”*

8.4. Artikel B8.1 van de zorgverzekering betreft het eigen risico, en luidt, voor zover hier van belang:

*“U heeft een verplicht eigen risico van € 350 per kalenderjaar als u 18 jaar of ouder bent. (...) Het (verplicht en vrijwillig) eigen risico geldt niet voor:*

- verloskundige zorg en kraamzorg (voor de kosten van laboratoriumonderzoek, geneesmiddelen en (ambulance)vervoer geldt het eigen risico wel),*
- hulpmiddelen die in bruikleen worden verstrekt (voor verbruiksartikelen van het hulpmiddel geldt het eigen risico wel),*
- huisartsenzorg met inbegrip van zorg die wordt bekostigd met toepassing van de op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde beleidsregel voor de prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen (ketenzorg). Door de huisarts aangevraagd laboratorium- en functieonderzoek valt wel onder het eigen risico, als dat onderzoek elders wordt uitgevoerd en apart in rekening wordt gebracht,*
- nacontroles van de donor bij transplantatie, nadat de periode genoemd in artikel B30, bij het 7e streepje onder ‘Welke zorg’, is verstreken.*

*(...)*

*Als Azivo rechtstreeks betaalt aan een zorgaanbieder, betaalt u of verzekeringnemer (ter keuze van Azivo) het eigen risico en de eventueel betaalde eigen bijdrage aan Azivo. U of verzekeringnemer ontvangt dan een nota van Azivo. Het eigen risico of een eigen bijdrage is ook van toepassing als u naar een gecontracteerde zorgaanbieder gaat.”*

8.5. De artikelen B8.1 en B16 van de zorgverzekering zijn volgens de artikelen B1 en B6 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.6. Artikel 11, lid 1, onderdeel a Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.

Geestelijke gezondheidszorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.

Het verplicht eigen risico is geregeld in de artikelen 19 en 21 Zvw en verder uitgewerkt in de artikelen 2.17 en 2.18 Bzv.

8.7. 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. Verzoekster heeft van de ziektekostenverzekeraar een nota ontvangen van € 350,- voor het verplicht eigen risico 2013. Verzoekster zou dit bedrag verschuldigd zijn vanwege de aan haar verleende specialistische geestelijke gezondheidszorg. Verzoekster bestrijdt dat door de GGZ-instelling zorg aan haar is verleend en stelt voorts dat de betreffende kosten door de zorgaanbieder zijn gedeclareerd nadat de zorgverzekering door haar werd beëindigd. Hiermee betwist zij het in rekening gebrachte eigen risicobedrag.


9.2. Uit het dossier blijkt dat de zorgaanbieder bij de ziektekostenverzekeraar een Diagnose Behandeling Combinatie (DBC), met openingsdatum 4 december 2013, heeft gedeclareerd voor aan verzoekster verleende zorg. Dit betreft DBC met de omschrijving: "*Geen verblijf met Schizofrenie en andere psychotische stoornissen - vanaf 1800 tot 3000 minuten*". De ziektekostenverzekeraar heeft de hieraan verbonden kosten vergoed aan de zorgaanbieder. Verzoekster stelt weliswaar dat zij geen zorg heeft ontvangen van de zorgaanbieder, en dat zij ook nooit de intentie heeft gehad om zorg van hem te ontvangen, maar uit haar brieven blijkt dat zij meerdere contacten heeft gehad met de zorgaanbieder, onder andere bestaande uit een huisbezoek, een psychiatrische onderzoek, de bespreking van de uitkomst van dit onderzoek, en meerdere telefonische contacten. Aldus is voldoende aannemelijk dat door de zorgaanbieder zorg is verleend aan verzoekster. Dat verzoekster niet tevreden is over de verleende zorg doet hieraan niet af. Hetzelfde geldt voor de stelling van verzoekster dat zij door een medewerkster van Parnassia is gemanipuleerd. Voor zover dit aan de orde zou zijn, kan zulks geen onderwerp zijn van de onderhavige procedure, aangezien de commissie niet bevoegd is ten aanzien van geschillen waarbij de andere partij een zorgaanbieder is.

9.3. Specialistische GGZ is, gelet op het bepaalde in artikel B.8.1 van de zorgverzekering, niet uitgesloten van het eigen risico, en gesteld noch gebleken is dat het verplicht eigen risico voor 2013 van verzoekster al was volgemaakt. Daarom is het bedrag van € 350,- terecht bij verzoekster in rekening gebracht.

9.4. Verzoekster heeft opgemerkt dat zij in 2014 niet meer verzekerd was bij de ziektekostenverzekeraar en dat deze de in 2014 gedeclareerde kosten daarom niet had mogen vergoeden aan de zorgaanbieder. Specialistische GGZ wordt, als gesteld, gedeclareerd met een DBC. Hierbij geldt één tarief voor het gehele behandeltraject waarbij de DBC een looptijd heeft van maximaal één jaar. Pas nadat de DBC is afgesloten, kunnen de kosten hiervan door de zorgaanbieder worden gedeclareerd. Het moment van aanvang van de DBC is bepalend voor het recht op vergoeding en het toepassen van het verplicht eigen risico. Op de betreffende datum, te weten 4 december 2013, was verzoekster verzekerd bij de ziektekostenverzekeraar. Dat verzoekster tussen het openen van de DBC en de facturering van de kosten hiervan haar verzekering bij de ziektekostenverzekeraar heeft beëindigd, is derhalve niet van belang. Voorts zijn de kosten van de DBC binnen een redelijke termijn bij de ziektekostenverzekeraar ter declaratie ingediend zodat deze geen reden had de nota te weigeren. Vervolgens heeft de ziektekostenverzekeraar het verschuldigde eigen risico binnen een redelijke termijn van verzoekster gevorderd. Er is derhalve geen sprake van verjaring van de vordering ter zake van het verplicht eigen risico voor 2013.




### Schadevergoeding

- 
- 9.5. Verzoekster heeft eerst bij brief van 11 november 2015 een schadevergoeding gevorderd van € 10.000,-- in verband met de 'beschadiging van haar naam' door Parnassia. Uit de betreffende brief wordt niet duidelijk of verzoekster dit bedrag vordert van Parnassia of de ziektekostenverzekeraar. Voor zover verzoekster voornoemd bedrag vordert van Parnassia merkt de commissie op dat zij niet bevoegd is hierover te oordelen. Voor zover het bedrag wordt gevorderd van de ziektekostenverzekeraar is de commissie van oordeel dat de vordering moet worden afgewezen. Nog daargelaten dat de gevorderde schadevergoeding niet is gespecificeerd, kan een zodanige vordering - met het oog op een goede procesorde - in dit stadium van de procedure niet meer worden ingesteld.




### Opdracht aan de commissie

- 
- 9.6. Verzoekster heeft bij brief van 11 november 2015 de commissie de opdracht gegeven om contact op te nemen met de medewerkster van Parnassia met wie verzoekster destijds veel heeft gesproken. De commissie merkt hierover op dat het niet aan één van de partijen is om haar iets op te dragen. Partijen kunnen desgewenst getuigen en/of deskundigen laten horen, maar het initiatief hiertoe ligt bij de partij die van deze mogelijkheid gebruik wenst te maken, en niet bij de commissie.





### Conclusie

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



10. Het bindend advies

- 
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.



Zeist, 2 december 2015,



P.J.J. Vonk