



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen IZZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem
Zaak : Geneeskundige zorg, GGZ, eigen risico
Zaaknummer : 201501326
Zittingsdatum : 15 juni 2016

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2013, artt. 10 en 11, 19-22 Zvw, 2.1, 2.4, 2.17-2.19 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2013)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

IZZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, 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 grond van de IZZ Basisverzekering, variant Natura (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1 onderdeel d Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen IZZ Zorg voor de Zorg en IZZ Zorg voor de Zorg Extra 1 afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten 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 ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 13 januari 2015 een bedrag gevorderd van € 576,05 ter zake van het verplicht en vrijwillig eigen risico 2013 van verzoekster.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij e-mailbericht van 14 april 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. Verzoekster heeft zich bij klachtenformulier van 5 mei 2015 tot de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen gewend. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft verzoekster bij brief van 23 september 2015 medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling.
- 3.4. Bij e-mailbericht van 3 december 2015 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar ten onrechte het bedrag van € 576,05 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 5 februari 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 12 februari 2016 aan verzoekster gezonden.

- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 9 maart 2016 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 8 juni 2016 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch 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 de onderhavige zaak enkelvoudig wordt afgedaan.
- 3.9. Bij brief van 12 februari 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 8 maart 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016020116) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd de ziektekostenverzekeraar nader onderzoek te laten verrichten, omdat niet zonder meer vaststaat dat de juiste DBC is gedeclareerd. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 14 maart 2016 aan partijen gezonden, waarbij de ziektekostenverzekeraar is opgedragen het nader onderzoek uit te voeren, en de commissie binnen vier weken te informeren over de uitkomst hiervan.
- 3.10. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie verzocht om verlenging van de in 3.9 genoemde termijn. De commissie heeft dit verzoek gehonoreerd. Bij brief van 27 mei 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar de commissie geïnformeerd over de uitkomst van het door hem verrichte nader onderzoek. Een afschrift hiervan is op 30 mei 2016 aan verzoekster gestuurd.
- 3.11. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 15 juni 2016 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.12. Bij brief van 15 juni 2016 heeft de commissie het Zorginstituut afschriften van de aantekeningen van de hoorzitting en de uitkomst van het nader onderzoek gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen en de uitkomst van het nader onderzoek aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 20 juni 2016 aan de commissie het definitief advies uitgebracht. Het Zorginstituut heeft op basis van de aantekeningen en de uitkomst van het nader onderzoek vastgesteld dat de door de ziektekostenverzekeraar *"gekozen DBC de juiste DBC is voor de ondergane behandeling."* Een afschrift van dit advies is op 21 juni 2016 aan partijen gezonden. Zij zijn hierbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op het definitief advies te reageren. Partijen hebben geen gebruik gemaakt van de geboden mogelijkheid.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
- 4.1. De huisarts heeft op 20 november 2013 aan verzoekster een verwijzing afgegeven voor het specialisme tweedelijnspsychologie.
- 4.2. Verzoekster heeft een behandeling bij een psycholoog gehad. Er werd echter niet verder gekomen dan het bespreken van het behandelplan; de daadwerkelijke behandeling is nooit in gang gezet. Daarnaast heeft de psycholoog verzoekster een aantal keren per e-mail en telefoon benaderd, terwijl zij hierom niet had gevraagd. Verzoekster heeft haar ontevredenheid geuit jegens de psycholoog. De zorgverlener heeft alle tijd in rekening gebracht en verzoekster kan zich hierin niet vinden. Het geeft een vervelend gevoel dat zij ongevraagd kan worden benaderd door een zorgverlener en dat daaraan dan behandelkosten zijn verbonden. De kwestie is voorgelegd aan Mentaal Beter en de ziektekostenverzekeraar. Volgens de ziektekostenverzekeraar heeft de zorgverlener juist gehandeld omdat de Diagnose Behandeling Combinatie (DBC) door een psychiater is vastgesteld. Verzoekster is echter nooit bij een psychiater geweest. Zij heeft enkel testen bij een psycholoog moeten maken, op basis waarvan niet tot een diagnose kon worden gekomen. Het is dan ook onmogelijk dat de door de ziektekostenverzekeraar genoemde DBC terecht in rekening is gebracht. Voorts heeft verzoekster geen urenspecificatie

toegezonden gekregen van Mentaal Beter. Mondeling is haar wel iets medegedeeld over het geschatte aantal uren voor de behandeling, maar dit is nooit op papier gezet. Gelet op het voorgaande, is de beslissing van de ziektekostenverzekeraar erg makkelijk en niet terecht. Het in rekening gebrachte bedrag is gebaseerd op een onjuiste DBC. Verzoekster stelt dat in haar geval een andere DBC - waaraan lagere kosten zijn verbonden - van toepassing is. Overigens is het vreemd dat Mentaal Beter de declaratie in november 2014 naar de ziektekostenverzekeraar heeft gestuurd, en de betreffende nota pas in januari 2015 werd ontvangen. Dit was namelijk precies op het moment dat het eigen risico weer volledig open stond.

4.3. Inmiddels heeft verzoekster diverse betalingsherinneringen van de ziektekostenverzekeraar ontvangen, waarbij incassokosten in rekening worden gebracht. Ook dreigt de ziektekostenverzekeraar met het overgedragen van de vordering aan een incassogemachtigde.

4.4. Ter zitting is door verzoekster bevestigd dat er vijf sessies hebben plaatsgevonden. Zij is echter niet echt behandeld, er is alleen een behandelplan besproken. Om het telefonisch contact en het contact per e-mail heeft zij evenwel niet gevraagd. Zij vindt het raar dat wordt gesteld dat zij geen bezwaar had tegen het telefonische contact; als de telefoon gaat, neemt zij gewoon op. De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat de DBC is geopend door een psychiater. Dit is echter niet correct, er was sprake van een GZ-psycholoog.

4.5. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Voor het declareren van zorgkosten werken ziekenhuizen en GGZ-instellingen met DBC's. Een DBC is het totale traject vanaf de diagnose tot en met de behandeling die daaruit volgt. Aan elke DBC zijn een prijs en behandelperiode gekoppeld. De behandelperiode bedraagt maximaal één jaar en start op de dag van het eerste consult. Voor DBC's binnen de specialistische GGZ geldt dat ook het aantal minuten dat een behandelaar besteedt aan een behandeling, is gekoppeld aan de DBC.

5.2. GGZ-instelling Mentaal Beter heeft voor de behandeling van verzoekster een bedrag van € 1.070,26 bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd. Dit betreft een DBC met prestatiecode 101013000237 en de omschrijving "Angst - vanaf 250 tot 799 minuten". De kosten zijn rechtstreeks en digitaal gedeclareerd. De ziektekostenverzekeraar heeft de kosten van de behandeling verrekend met het resterende verplicht eigen risico (€ 76,05) en het openstaande vrijwillig eigen risico (€ 500,--).

Naar aanleiding van de klacht van verzoekster is telefonisch contact opgenomen met Mentaal Beter. Deze instelling heeft toegelicht dat verzoekster is geïnformeerd over de kosten, en dat aan haar een urenspecificatie van de behandeling is gestuurd. Verzoekster heeft aan Mentaal Beter medegedeeld dat zij het niet eens was met de gedeclareerde tijd voor het plegen van telefoontjes en het versturen van e-mailberichten, omdat zij hierom niet had gevraagd. Dit laatste neemt echter niet weg dat Mentaal Beter deze tijd mag declareren. De in rekening gebrachte kosten zijn volgens Mentaal Beter dan ook terecht. De ziektekostenverzekeraar heeft op basis hiervan geconcludeerd dat hij verder niets meer kan betekenen voor verzoekster.

De ziektekostenverzekeraar is van mening dat Mentaal Beter de behandeling van verzoekster op de juiste wijze heeft gedeclareerd. Het eigen risico ten bedrage van € 576,05 is dan ook terecht in rekening gebracht.

5.3. Omdat de ingangsdatum van de behandeling in 2013 ligt, is de vergoeding van de kosten verrekend met het eigen risico van 2013. De aanname van verzoekster, dat de vergoeding is verrekend met het eigen risico van 2015, is derhalve onjuist. Ter onderbouwing hiervan heeft de ziektekostenverzekeraar een afschrift overgelegd van het vergoedingenoverzicht 2015 1, waaruit het voorgaande is af te leiden.

5.4. Het gevorderde bedrag van € 576,05 is inmiddels voldaan.

5.5. Bij brief van 27 mei 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar de commissie medegedeeld dat hij in het kader van het nader onderzoek opnieuw informatie heeft opgevraagd bij Mentaal Beter. Op basis van de door de zorgaanbieder geleverde informatie - die is overgelegd - heeft de ziektekostenverzekeraar geconstateerd dat sprake was van een verwijzing en dat verzoekster vijf keer bij de zorgaanbieder is geweest voor behandelcontact. Verzoekster heeft ook vijf gesprekken gehad die vooral in het teken stonden van diagnostiek en het opstellen van een behandelplan. De gedeclareerde tijd lijkt passend bij de geleverde zorg en ook de verhouding directe/indirecte tijd is passend. Daarnaast is er inzet van indirecte tijd geweest. De geleverde indirecte tijd lijkt te zijn ingezet ten behoeve van de behandeling waardoor de nota naar het oordeel van de ziektekostenverzekeraar terecht is gedeclareerd. Gezien het voorgaande is de ziektekostenverzekeraar van mening dat hij gehouden was de gedeclareerde kosten van € 1.070,26 aan Mentaal Beter te vergoeden. Op basis hiervan is terecht een bedrag van € 576,05 aan eigen risico in rekening gebracht.

5.6. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat naar aanleiding van het voorlopig advies van het Zorginstituut nadere informatie is opgevraagd bij de zorgaanbieder. Uit deze informatie blijkt dat ten minste gedurende 250 minuten contact is geweest met verzoekster. Het klopt dat aanvankelijk is uitgegaan van behandeling onder verantwoordelijkheid van een psychiater, maar dit is gecorrigeerd. De nota van de zorgaanbieder is correct.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 10 van de zorgverzekering en artikel 7 van de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar terecht het bedrag van € 576,05 ter zake van het verplicht en vrijwillig eigen risico 2013 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 11 tot en met 36 van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 24 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op specialistische GGZ bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“Omschrijving

U hebt recht op geneeskundige zorg zoals psychiaters en klinisch psychologen deze plegen te bieden, met inbegrip van de daarmee gepaard gaande geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen. Onder deze zorg wordt verstaan diagnostiek en specialistische behandeling van complexe psychische aandoeningen/stoornissen.

Begeleidingsactiviteiten kunnen onderdeel zijn van de geneeskundige zorg als deze onlosmakelijk onderdeel zijn van uw behandeling. De activiteiten moeten dan voortvloeien uit het behandelplan

en noodzakelijk zijn om het behandeldoel te bereiken. Ook moeten de activiteiten gebeuren onder aansturing van uw behandelaar. Uw behandelaar krijgt terugkoppeling over deze activiteiten. Voor de activiteiten is deskundigheid op het niveau van de behandelaar noodzakelijk. U kunt hierbij denken aan (para)medische of gedragswetenschappelijke deskundigheid.

(...)

Wie mag de zorg verlenen

Psychiater, klinisch psycholoog, psychotherapeut en GGZ-instelling. De zorg in de GGZ-instelling wordt verleend door een multidisciplinair team van deskundigen. De eindverantwoordelijkheid van deze zorg is in handen van de psychiater, klinisch psycholoog of psychotherapeut. De eindverantwoordelijkheid van psychogeriatrische zorg mag ook in handen zijn van de klinisch geriater.

(...)

Verwijsbrief

Huisarts, bedrijfsarts, jeugdarts/arts in de Jeugdgezondheidszorg of medisch specialist. (...)"

- 8.4. Artikel 7 van de zorgverzekering betreft het verplicht eigen risico, en luidt, voor zover hier van belang:

"7.1. Hoogte verplicht eigen risico

Als u 18 jaar of ouder bent, hebt u een verplicht eigen risico van € 350 per kalenderjaar. De kosten van zorg blijven tot dit bedrag voor uw rekening. (...)

7.2. Voor welke zorgvormen geldt het verplicht eigen risico

Het verplicht eigen risico geldt voor alle zorgvormen zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden, behalve voor:

- huisartsenzorg.

(...)

- zorg die wordt bekostigd met toepassing van de op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde beleidsregel voor de prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen (zogenaamde zorgprogramma's). (...)

- verloskundige zorg en kraamzorg.

(...)

- de door ons aangewezen preferente geneesmiddelen zoals genoemd in het Reglement farmaceutische zorg IZZ;

- hulpmiddelen in bruikleen. (...)

- nacontroles van een nier- of leverdonor, nadat de periode zoals genoemd in artikel 20, Transplantaties van weefsels en organen onder omschrijving, punt d is verstreken;

- eventuele eigen bijdragen en/of eigen betalingen.

(...)

7.5. Berekening verplicht eigen risico

Voor de berekening van het te dragen eigen risicobedrag worden de kosten van zorg of een andere dienst toegerekend aan het kalenderjaar waarin de zorg is genoten. Als een behandeling in 2 kalenderjaren valt en de zorgaanbieder de kosten hiervan in 1 bedrag in rekening mag brengen (Diagnose Behandeling Combinatie), dan worden deze kosten in mindering gebracht op het eigen risico van het kalenderjaar waarin de behandeling is gestart."

- 8.5. Artikel 8 van de zorgverzekering betreft het vrijwillig eigen risico en luidt, voor zover hier van belang:

"8.1. Varianten vrijwillig eigen risico

Als u 18 jaar of ouder bent, kunt u kiezen uit een IZZ Basisverzekering met een vrijwillig eigen risico van: € 0, € 100, € 200, € 300, € 400 of € 500 per kalenderjaar. De kosten van zorg blijven tot dit bedrag voor uw rekening. Afhankelijk van de hoogte van het gekozen vrijwillig eigen risico ontvangt u een korting op de grondslag van de premie. Het gekozen vrijwillig eigen risico en de eventuele korting zijn vermeld op het polisblad.

8.2. Voor welke zorgvormen geldt het vrijwillig eigen risico

Het vrijwillig eigen risico is van toepassing op dezelfde zorgvormen als vermeld in artikel 7.2. (...)

8.5. Berekening vrijwillig eigen risico

Als er sprake is van een vrijwillig eigen risico worden de kosten van zorg eerst in mindering gebracht op het verplicht eigen risico en daarna op het vrijwillig eigen risico. Voor de berekening van het te dragen vrijwillig eigen risicobedrag is dezelfde bepaling van toepassing als genoemd in artikel 7.5."

- 8.6. De artikelen 7, 8 en 24 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.7. 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 en vrijwillig eigen risico is geregeld in de artikelen 19-22 Zvw en verder uitgewerkt in de artikelen 2.17-2.19 Bzv.
- 8.8. 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 stelt allereerst vast dat verzoekster voor het jaar 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. Verzoekster - althans degene die voor haar als verzekeringnemer optreedt - heeft van de ziektekostenverzekeraar een nota ontvangen van € 576,05 ter zake van het verplicht en vrijwillig eigen risico 2013. Dit bedrag zou verschuldigd zijn vanwege de aan verzoekster verleende specialistische geestelijke gezondheidszorg. Verzoekster bestrijdt de toepasselijke DBC wat betreft de in rekening gebrachte tijd. Volgens haar zijn ook ongevraagde contactmomenten meegerekend. Voorts stelt verzoekster dat de DBC niet door een psychiater kan zijn vastgesteld, aangezien zij voor het bespreken van het behandelplan bij een psycholoog is geweest. Met het voorgaande betwist verzoekster het in rekening gebrachte eigen risicobedrag.
- 9.3. Uit het dossier blijkt dat de zorgaanbieder bij de ziektekostenverzekeraar een DBC met openingsdatum 22 november 2013 heeft gedeclareerd voor aan verzoekster verleende zorg. Dit betreft DBC 101013000237 met de omschrijving "Angst - vanaf 250 tot en met 799 minuten". De ziektekostenverzekeraar heeft de hieraan verbonden kosten vergoed aan de zorgaanbieder. Gelet op het naturakarakter van de zorgverzekering, en het feit dat de betreffende zorgaanbieder door de ziektekostenverzekeraar is gecontracteerd, is de ziektekostenverzekeraar 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 zorgaanbieder. De ziektekostenverzekeraar is tot de conclusie gekomen dat de nota correct is.

De ziektekostenverzekeraar heeft in dit verband een brief van Mentaal Beter van 12 mei 2016 in het geding gebracht. Hieruit blijkt dat met verzoekster een vijftal sessies hebben plaatsgevonden, van ieder 50 minuten, door een drietal met name genoemde behandelaars. Tevens is met verzoekster telefonisch en e-mailcontact geweest. Verzoekster heeft zulks niet weersproken. Derhalve bestaat geen reden te twifelen aan de door de zorgaanbieder aan verzoekster bestede directe tijd, te weten tussen de 250 en 799 minuten.

Bovendien dient binnen een DBC rekening te worden gehouden met zowel de directe als de indirecte tijd. Laatstgenoemde tijd betreft bijvoorbeeld verslaglegging. Dat gevraagd of ongevraagd tijd wordt besteed aan een patiënt, maakt het in rekening brengen van deze tijd niet anders.

Voorts heeft verzoekster gesteld dat zij niet door een psychiater is gezien. Naar de commissie begrijpt, doelt zij daarbij op de voorwaarde uit artikel 24 van de zorgverzekering dat de eindverantwoordelijkheid van de zorg bij een psychiater, klinisch psycholoog of psychotherapeut dient te liggen. Dienaangaande zij opgemerkt dat Mentaal Beter een GGZ-instelling is waar zorg wordt verleend door een multidisciplinair team van deskundigen. Uit de brief van 12 mei 2016 blijkt dat verzoekster onder meer is gezien door een klinisch psycholoog zodat aan voornoemde voorwaarde is voldaan.

Daarom is de onderhavige DBC terecht door de zorgaanbieder bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd, en heeft laatstgenoemde de hiermee gemoeide kosten terecht vergoed ten laste van de zorgverzekering.

- 9.4. Ingevolge de artikelen 7 en 8 van de zorgverzekering wordt zorg die wordt gedeclareerd door middel van een DBC toegerekend aan het jaar waarin de behandeling is gestart. De openingsdatum van de onderhavige DBC is 22 november 2013. De ziektekostenverzekeraar heeft het gedeclareerde bedrag verrekend met het verplicht en vrijwillig eigen risico 2013. Verzoekster is gehouden het bedrag van € 576,05 aan de ziektekostenverzekeraar te voldoen.

Overigens heeft verzoekster nog aangevoerd dat zij de onderhavige nota ontving in januari 2015, het moment waarop het eigen risico (weer) volledig openstond. Deze stelling treft geen doel, aangezien niet de notadatum maar de ingangsdatum van de DBC leidend is. Deze ligt in 2013. Het eigen risico 2015 is in dit geval dus niet aan de orde.

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, 6 juli 2016,

P.J.J. Vonk