



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen C en D, beide te E  
Zaak : Geneeskundige zorg, GGZ, eigen bijdrage, verplicht en vrijwillig eigen risico  
Zaaknummer : 201401652  
Zittingsdatum : 14 januari 2015

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2012 en 2013, artt. 10, 11 en 19 tot en met 23 Zvw, 2.1, 2.4 en 2.17 tot en met 2.19 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2012 en 2013)

---

1. Partijen

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

tegen

1) C te E, en

2) D te E,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering ZorgVerzorgd (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen ExtraVerzorgd 1 en TandVerzorgd 1 afgesloten (hierna gezamenlijk: 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. Bij uitkeringsspecificaties van 11 oktober en 19 december 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar bij verzoeker bedragen van € 672,81 en € 831,18 in rekening gebracht in verband met de eigen bijdrage GGZ, alsmede het verplicht en het vrijwillig eigen risico voor de jaren 2012 en 2013.


3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 15 januari 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar 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 ziektekostenverzekeraar.


3.4. Bij brief van 24 augustus 2014 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de 20 behandelingen GGZ binnen 365 dagen hadden kunnen worden afgerond, zodat aan verzoeker voor slechts één kalenderjaar de eigen bijdrage en het verplicht en vrijwillig eigen risico in rekening mogen worden gebracht (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 ziektekostenverzekeraar 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 ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 30 oktober 2014 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 6 november 2014 aan verzoeker gezonden.


 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 16 november 2014 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 20 november 2014 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord.


 4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

 4.1. Verzoeker heeft zich in verband met psychische klachten gewend tot een psycholoog in de eerste lijn. Deze deelde hem mede dat complexere psychologische ondersteuning noodzakelijk was. De huisarts heeft verzoeker daarop verwezen naar de tweedelijns GGZ. Omdat hiervoor wachtlijsten bestaan, heeft verzoeker bij de behandelend psycholoog geïnformeerd tot welke instelling hij zich het beste kon wenden. Deze deelde verzoeker mede dat hij bij Lentis de kans had het snelst te worden geholpen.

 4.2. Op 27 juli 2012 heeft verzoeker zich aangemeld bij Lentis. Op 1 augustus 2012 nam een medewerker van deze instelling telefonisch contact op met verzoeker teneinde na te gaan of hij hier aan het goede adres was. Dit bleek zo te zijn. De eerste intake vond plaats op 12 september 2012. Op 17 oktober 2012 vond de tweede intake plaats. Eerst op 31 oktober 2012 ging de daadwerkelijke behandeling van start.


 4.3. De zorgverlener heeft bij de ziektekostenverzekeraar twee DBC-codes gedeclareerd, waarbij de eerste is gestart op 27 juli 2012. Verzoeker vindt dit niet terecht, omdat hij zodoende wordt benadeeld door de wachtlijsten die bij de zorgverlener bestaan. Bovendien is de eerste DBC veel te vroeg geopend. Het openen van de DBC had op zijn vroegst op 12 september 2012 kunnen gebeuren, maar eigenlijk pas op 31 oktober 2012, toen de behandeling daadwerkelijk aanving.

 4.4. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker geen termijnnota's gestuurd, maar heeft de kosten pas eind 2013 bij hem in rekening gebracht. Zowel de zorgverlener als de ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker niet tijdig geïnformeerd over de financiële consequenties van de behandeling. Verzoeker kan de hoge bedragen, die automatisch door de ziektekostenverzekeraar zijn geïncasseerd, niet zo snel betalen. Daarom heeft hij de betalingen gestorneerd en met de ziektekostenverzekeraar een betalingsregeling getroffen. Anders dan de ziektekostenverzekeraar stelt, heeft verzoeker de betalingsregeling niet vroegtijdig beëindigd. Hij heeft slechts één termijn gestorneerd, omdat deze ten onrechte was afgeschreven. De schuld was namelijk op dat moment al volledig afbetaald.

 4.5. Verzoeker merkt verder op dat de premie voor de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering voor zijn hele gezin wordt betaald van één modaal inkomen. Het gekozen hoge vrijwillige eigen risico is noodzakelijk om de lasten laag te houden.

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

 5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

 5.1. Met Lentis zijn door de ziektekostenverzekeraar geen specifieke afspraken gemaakt over het informeren van patiënten met betrekking tot het verplicht en vrijwillig eigen risico. Het is wenselijk dat zorgaanbieders hun patiënten hiervan op de hoogte brengen, maar dit is niet wettelijk verplicht. Dit is anders voor de eigen bijdrage.

De ziektekostenverzekeraar heeft alle verzekerden geïnformeerd over het verplicht en vrijwillig eigen risico in de serviceboekjes die zowel in 2011 als in 2012 zijn verzonden. Het vrijwillig eigen risico vormt een eigen keuze van de verzekerde. Indien verzoeker hierover meer informatie had gewenst, had hij contact kunnen opnemen met de Klantenservice van de ziektekostenverzekeraar.

5.2. Op grond van artikel 35 Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) en de daarop gebaseerde regelgeving van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) wordt specialistische GGZ gefactureerd met behulp van DBC-codes. Op grond van artikel 6.1 van de Declaratiebepalingen DBC GGZ (NR/CU-520) wordt een DBC geopend bij het eerste contact met de patiënt. Dit was in de onderhavige situatie op 27 juli 2012, bij de aanmelding bij Lentis. Op grond van artikel 2.4 van de Declaratiebepalingen DBC GGZ duurt een DBC maximaal 365 dagen. Daarna wordt de DBC gesloten, en wordt een vervolg-DBC geopend. Daarom is de eerste DBC op 26 juli 2013 gesloten en is de daaropvolgende dag een vervolg-DBC geopend. Deze werd gesloten op 26 november 2013 bij het einde van de behandeling. Een DBC wordt pas gedeclareerd nadat deze wordt gesloten. Daarom was de ziektekostenverzekeraar niet eerder op de hoogte van de behandeling van verzoeker.

De eigen bijdrage die in 2012 was verschuldigd en het nog openstaande verplicht en vrijwillig eigen risico voor de jaren 2012 en 2013 zijn bij brieven van 11 oktober en 19 december 2013 bij verzoeker in rekening gebracht. Dit is ruim binnen de wettelijke termijn van drie jaar. Eerst drie maanden na verzending van het eerste declaratieoverzicht, namelijk op 2 januari 2014, heeft verzoeker met de ziektekostenverzekeraar contact opgenomen over deze nota's.

5.3. De ziektekostenverzekeraar heeft geen bemoeienis met de zorgaanbieder over de termijn waarbinnen hij moet behandelen. Indien verzoeker een probleem had met een lange wachttijd, had hij met de ziektekostenverzekeraar contact kunnen opnemen voor wachtlijstbemiddeling. Dit heeft hij echter nagelaten, waardoor het voor de ziektekostenverzekeraar niet mogelijk was verzoeker te begeleiden naar een zorgaanbieder waar hij snel terecht kon.

5.4. 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 (2012 en 2013) van de zorgverzekering en 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.

6.2. De commissie is niet bevoegd te oordelen over een handelen of nalaten van een zorgaanbieder.

## 7. Het geschil

7.1. In geschil is of door de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker voor slechts één kalenderjaar de eigen bijdrage en het verplicht en vrijwillig eigen risico in rekening mogen worden gebracht.

## 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 zorgverleners. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen B10 tot en met B36 (2012 en 2013) van de zorgverzekering.

- 8.3. Artikel B16.2 (2012) van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op specialistische GGZ zonder opname bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

*"Welke zorg*

*U heeft recht op vergoeding van kosten van diagnostiek en behandeling van complexe aandoeningen. De omvang van de zorg is begrensd door wat psychiaters/zenuwartsen en klinisch-psychologen plegen te bieden.*

*Let op*

*U heeft geen recht op vergoeding van kosten van behandeling van aanpassingsstoornissen.*

*Eigen bijdrage*

*Voor specialistische Geestelijke Gezondheidszorg betaalt u een eigen bijdrage van € 100 voor een DBC tot 100 minuten en een eigen bijdrage van € 200 voor een DBC vanaf 100 minuten. De eigen bijdrage is beperkt tot € 200 per kalenderjaar. Als de DBC wordt geopend voordat u 18 jaar bent, is geen eigen bijdrage verschuldigd. Voor de DBC's 'indirecte tijd' en 'crisis' geldt geen eigen bijdrage. Indien 'bemoeizorg' de aanleiding is voor het starten van een DBC geldt geen eigen bijdrage. Bij onvrijwillige opname op basis van de wet BOPZ geldt geen eigen bijdrage.*

*Welke zorgaanbieder*

*Voor specialistische GGZ zonder opname kunt u naar een zelfstandig gevestigde psychiater, psychotherapeut of klinisch psycholoog of naar een GGZ-instelling. Ook kunt u naar de polikliniek van een psychiatrische afdeling van een ziekenhuis. [Naam ziektekostenverzekeraar] heeft zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt uit deze zorgaanbieders kiezen. Op onze website [naam website]/zorgvinder vindt u onder het thema 'Zorgadvies' een overzicht van zorgaanbieders die met [naam ziektekostenverzekeraar] een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook bellen met onze Klantenservice op [telefoonnummer]. Als u kiest voor een zorgaanbieder die geen overeenkomst met [naam ziektekostenverzekeraar] heeft gesloten, krijgt u een gedeelte van de kosten vergoed. Als er een Nederlands wettelijk tarief geldt, krijgt u 60% van dat tarief vergoed. Als er geen Nederlands wettelijk tarief geldt, krijgt u 60% van het bedrag dat in Nederland marktconform is.*

*Verwijzing*

*U heeft alleen recht op vergoeding van kosten van specialistische GGZ zonder opname als u een schriftelijke verwijzing heeft van de huisarts. Als er sprake is van spoedeisende zorg dan heeft u geen schriftelijke verwijzing nodig. Jeugdigen als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg hebben alleen recht op vergoeding van kosten van specialistische GGZ zonder opname als zij een indicatiebesluit hebben van een Bureau Jeugdzorg dan wel een verwijzing van een arts of andere behandelaar genoemd in artikel 10 van het uitvoeringsbesluit Wet op de jeugdzorg indien het zorg betreft als omschreven in artikel 9b vijfde lid van de AWBZ. (...)"*

- 8.4. Artikel B16.2 (2013) van de zorgverzekering luidt, voor zover hier van belang:

*"Welke zorg*

*U heeft recht op diagnostiek en behandeling van complexe problematiek. De omvang van de zorg is begrensd door wat klinisch psychologen en psychiaters plegen te bieden.*

*Let op*

*U heeft geen recht op behandeling van aanpassingsstoornissen en op hulp bij werk- en relatieproblemen.*

*Welke zorgaanbieder*

*Voor specialistische GGZ zonder opname kunt u naar een zelfstandig gevestigde psychiater, psychotherapeut of klinisch psycholoog of naar een GGZ-instelling, waar een psychiater of klinisch psycholoog als hoofdbehandelaar fungeert en andere betrokken behandelaren in die instelling*

formeel onder de verantwoordelijkheid en supervisie van die hoofdbehandelaar functioneren. Ook kunt u naar de polikliniek van een psychiatrische afdeling van een ziekenhuis. [Naam ziektekostenverzekeraar] heeft zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt uit deze zorgaanbieders kiezen. Op [naam website]/zorgvinder vindt u een overzicht van zorgaanbieders die met [naam ziektekostenverzekeraar] een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook bellen met onze Klantenservice op [telefoonnummer]. Als u kiest voor een zorgaanbieder die geen overeenkomst met [naam ziektekostenverzekeraar] heeft gesloten, krijgt u de kosten vergoed tot een maximumbedrag per behandeling. Als er een Nederlands wettelijk tarief geldt, krijgt u 60% van dat tarief vergoed. Als er geen Nederlands wettelijk tarief geldt, dan krijgt u een vergoeding van 60% van het tarief dat [naam ziektekostenverzekeraar] gemiddeld voor die behandeling heeft gecontracteerd.

#### Verwijzing

U heeft alleen recht op specialistische GGZ zonder opname als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van de huisarts. Als er sprake is van spoedeisende zorg dan heeft u geen schriftelijke verwijzing nodig. Jeugdigen als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg hebben alleen recht op specialistische GGZ zonder opname als zij een indicatiebesluit hebben van een Bureau Jeugdzorg dan wel vooraf een verwijzing van een arts of andere behandelaar genoemd in artikel 10 van het uitvoeringsbesluit Wet op de jeugdzorg indien het zorg betreft als omschreven in artikel 9b, 5e lid van de AWBZ. (...)"

- 8.5. Artikel B8 (2012) van de zorgverzekering regelt het verplicht en vrijwillig eigen risico en luidt, voor zover hier van belang:

"U heeft een verplicht eigen risico van € 220 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. In dat geval krijgt u een korting op de premiegrondslag. Deze korting bedraagt per maand bij een eigen risico van € 100 een bedrag van € 3, bij een eigen risico van € 200 een bedrag van € 6, bij een eigen risico van € 300 een bedrag van € 9, bij een eigen risico van € 400 een bedrag van € 12, bij een eigen risico van € 500 een bedrag van € 15.

#### Let op

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 de kosten van onderhoud en gebruik 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 zevende streepje onder 'Welke zorg', is verstreken.

Als u een eigen bijdrage heeft of een eigen betaling doet, telt dat niet mee voor het eigen risico.

Als de verzekering niet op 1 januari begint of eindigt, wordt het eigen risico naar evenredigheid toegepast. Eerst wordt het verplicht eigen risico toegepast, daarna het vrijwillig eigen risico.

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

- 8.6. Artikel B8.1 (2013) van de zorgverzekering luidt, voor zover hier van belang:

"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. In dat geval krijgt u een korting op de premiegrondslag. Deze korting

bedraagt per maand bij een eigen risico van € 100 een bedrag van € 3, bij een eigen risicovan € 200 een bedrag van € 6, bij een eigen risico van € 300 een bedrag van € 9, bij een eigen risico van € 400 een bedrag van € 12, bij een eigen risico van € 500 een bedrag van € 15.

Let op

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 u een eigen bijdrage heeft of een eigen betaling doet, telt dat niet mee voor het eigen risico.

Als de verzekering niet op 1 januari begint of eindigt, wordt het eigen risico naar evenredigheid toegepast.

Eerst wordt het verplicht eigen risico toegepast, daarna het vrijwillig eigen risico.

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

- 8.7. De artikelen B16.2 (2012 en 2013), B8 (2012) en B8.1 (2013) van de zorgverzekering zijn volgens de artikelen B1 en B6 (2012 en 2013) van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.8. 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 2.19 Bzv. Het vrijwillig eigen risico is geregeld in de artikelen 20 en 22 Zvw en verder uitgewerkt in artikel 2.18 Bzv.

Artikel 23 Zvw luidt, voor zover hier van belang:

*"Kosten van zorg of een andere dienst worden toegerekend aan het kalenderjaar waarin de zorg of dienst is genoten, met dien verstande dat de kosten van zorg of een andere dienst die in twee achtereenvolgende kalenderjaren is genoten en door de zorgaanbieder of andere dienstverlener in één bedrag in rekening zijn gebracht, worden toegerekend aan het kalenderjaar waarin de zorg of dienst is aangevangen. (...)"*

- 8.9. 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 gereuleerde 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

**Ten aanzien van de zorgverzekering**


- 9.1. Niet in geschil is dat verzoeker zorg heeft genoten bij een GGZ-instelling. Gelet op artikel B16.2 (2012 en 2013) was hiervoor in het jaar 2012 een eigen bijdrage verschuldigd van € 200,--. In het jaar 2013 was deze eigen bijdrage niet verschuldigd. Verzoeker had in het jaar 2012 een verplicht eigen risico van € 220,-- en een vrijwillig eigen risico van € 500,--. Voor het jaar 2013 waren deze bedragen € 350,-- respectievelijk € 500,--. De kosten van geestelijke gezondheidszorg zijn niet uitgesloten van het verplicht en vrijwillig eigen risico, zo volgt uit artikel B8 (2012) respectievelijk B8.1 (2013) van de zorgverzekering.
- 9.2. Omdat de commissie niet bevoegd is te oordelen over een handelen of nalaten van een zorgaanbieder, kan niet worden beoordeeld of Lentis de behandeling had kunnen verlenen binnen 365 dagen, zodat één DBC in rekening had mogen worden gebracht bij de ziektekostenverzekeraar. Gelet op het naturakarakter van de zorgverzekering heeft de ziektekostenverzekeraar wel een zorgplicht, die onder andere hier uit bestaat dat - desgevraagd - ervoor moet worden zorggedragen dat de verzekerde de voor hem noodzakelijke zorg of dienst kan verkrijgen bij een gecontracteerde zorgaanbieder. Niet gebleken is dat verzoeker hierop een beroep heeft gedaan. De ziektekostenverzekeraar heeft daarom niet de gelegenheid gekregen verzoeker te begeleiden naar een gecontracteerde zorgaanbieder dan wel anderszins voor hem een regeling te treffen, mocht het gecontracteerde zorgaanbod niet toereikend zijn. Het bestaan van de wachtlijst en de declaratie van twee DBC-codes, waarbij de tweede een vervolg-DBC betreft, kan de ziektekostenverzekeraar dan ook niet worden tegengeworpen. Ook de startdata van beide DBC's vormen voor de commissie een gegeven.
- 9.3. Uit artikel 23 Zvw volgt dat zorg die in twee achtereenvolgende jaren heeft plaatsgevonden en die in één bedrag door de zorgaanbieder wordt gedeclareerd, wordt toegerekend aan het jaar waarin de zorg is aangevangen. Vast staat dat de eerste DBC is geopend in 2012, en de vervolg-DBC in 2013. Dientengevolge is verzoeker gehouden zowel de eigen bijdrage voor het jaar 2012, als het verplicht en vrijwillig eigen risico voor de jaren 2012 en 2013 - voor zover ten tijde van het in rekening brengen nog niet gebruikt voor andere zorgkosten - aan de ziektekostenverzekeraar te voldoen.
- 9.4. Met betrekking tot de stelling van verzoeker dat de ziektekostenverzekeraar hem eerder had moeten informeren over de hoge kosten die voor zijn rekening bleven, merkt de commissie het volgende op. De zorgaanbieder heeft beide DBC's bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd in september 2013. Dit is conform de wettelijke systematiek. Tot het moment van de ontvangst van de nota's was de ziektekostenverzekeraar niet bekend met de kosten, zodat het feitelijk onmogelijk was verzoeker hierover te informeren. Daarentegen wist verzoeker dat hij een behandeling onderging en had hij aan de hand van de verzekeringsvoorwaarden kunnen bepalen dat in 2012 voor de onderhavige zorg een eigen bijdrage gold en dat in beide jaren de zorg meetelde in het kader van het eigen risico. Ook de hoogte van het eigen risico was bij verzoeker bekend. Naast het verplicht eigen risico heeft hij immers - zoals hij heeft verklaard bewust - gekozen voor een vrijwillig eigen risico.
- 9.5. Voor zover de stelling van verzoeker betreffende het moment van doorbelasting van de eigen bijdrage en het eigen risico als achtergrond heeft de mogelijke verjaring van de vordering, geldt het volgende. De ziektekostenverzekeraar heeft de kosten die betrekking hadden op het jaar 2012 in oktober 2013 bij verzoeker in rekening gebracht, en de kosten die betrekking hadden op het jaar 2013 in december 2013. Dit is ruim binnen de wettelijke verjaringstermijn van drie jaren.




 **Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering**

- 9.6. De aanvullende ziektekostenverzekering kent geen dekking voor de eigen bijdrage dan wel het eigen risico dat ten laste van de zorgverzekering is verschuldigd, zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden toegewezen.

**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, 14 januari 2015,

 Voorzitter