

# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, vertegenwoordigd door de heer C te B, tegen D te E, vertegenwoordigd door F te G  
Zaak : Geneeskundige zorg, GGZ, DBC, hoogte gedeclareerd tarief, wettelijk verplicht eigen risico, vrijwillig eigen risico  
Zaaknummer : 2012.02948  
Zittingsdatum : 28 augustus 2013

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2010, artt. 10, 11, 19 en 20 Zvw, 2.1, 2.4 en 2.17 Bzv, 2.3 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2010)

---

## 1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door de heer C te B,  
tegen

D te E, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar, vertegenwoordigd door F te G

## 2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] Zorgverzekering (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).

Verder waren ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Basis en Luxe Tand afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom in het vervolg onbesproken.

## 3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 9 september 2010 een bedrag van € 665,- bij verzoeker in rekening gebracht voor het door hem verschuldigde verplichte en vrijwillige eigen risico in verband met door GGZ-instelling Parnassia verleende zorg.

3.2. Bij brieven van 23 maart, 21 juni en 10 juli 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker betalingsherinneringen gezonden voor voornoemd bedrag.

3.3. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij e-mailberichten van 6 en 19 november 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

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

3.5. Bij brief van 10 maart 2013 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar ten onrechte een bedrag van € 665,- ten laste van het eigen risico 2010 heeft gebracht (hierna: het verzoek).

- 3.6. 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.
- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 24 april 2013 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 26 april 2013 aan verzoeker gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 8 mei 2013 per e-mail medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 13 augustus 2013 per e-mail medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.9. Bij brief van 26 april 2013 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 28 mei 2013 (zaaknummer 2013057075) heeft het CVZ bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat niet is te beoordelen of de betreffende DBC passend is en dus ook niet is te beoordelen of verzoeker aanspraak heeft op een hogere vergoeding. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoeker heeft op 8 augustus 2013 per e-mail gereageerd op voornoemd CVZ-advies. Een afschrift hiervan is op 12 augustus 2013 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 3.11. Verzoeker is op 28 augustus 2013 in persoon gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch aan de zitting deelgenomen. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.12. Verzoeker heeft tijdens de zitting een pleitnota overgelegd, die hij niet volledig heeft voorgedragen. Daarom heeft de commissie de ziektekostenverzekeraar een afschrift van de pleitnota gezonden en gelegenheid geboden binnen zeven dagen te reageren waar het betreft het niet voorgedragen stuk. De commissie heeft de gevraagde reactie ontvangen bij brief van 6 september 2013. Een afschrift van deze brief is op 16 september 2013 ter kennisname aan verzoeker gezonden.
- 3.13. Verzoeker heeft hierop bij brief van 17 september 2013 gereageerd. De commissie heeft verzoeker bij brief van 20 september 2013 medegedeeld dat, aangezien voornoemde brief van de ziektekostenverzekeraar hem uitsluitend ter kennisname was gezonden, de reactie hierop wat betreft de inhoud buiten beschouwing zou worden gelaten.
- 3.14. Bij brief van 16 september 2013 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of het verslag aanleiding geeft tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 19 september 2013 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopig advies als

definitief kan worden beschouwd.

#### 4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Op 9 september 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar bij verzoeker een bedrag van € 665,-- in rekening gebracht voor het door hem verschuldigde eigen risico 2010. Dit bedrag zou hij verschuldigd zijn omdat het verplichte eigen risico van € 165,-- en het vrijwillige eigen risico van € 500,-- nog niet waren volgemaakt en door de ziektekostenverzekeraar ten behoeve van verzoeker een bedrag van € 821,-- werd vergoed aan GGZ-instelling Parnassia. Verzoeker heeft echter nooit zorg ontvangen van deze zorgaanbieder. Wel is er begin 2010 een afspraak gemaakt voor een intakegesprek, maar deze afspraak is door Parnassia afgezegd. Mogelijk heeft hierna nog éénmaal een telefoongesprek plaatsgevonden tussen Parnassia en de moeder van verzoeker om contact met verzoeker te krijgen, maar de moeder van verzoeker kan zich dit niet herinneren.
- 4.2. Uit de informatie van Brijder (onderdeel van Parnassia) van 14 augustus 2012 blijkt ook dat er geen contact is geweest met verzoeker. Hierin wordt namelijk vermeld: "...behandelplan is nog niet gemaakt omdat contact met de cliënt nog niet tot stand is gekomen."
- 4.3. Volgens verzoeker heeft Parnassia ten onrechte kosten gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar, hetgeen is aan te merken als frauduleus handelen. De ziektekostenverzekeraar heeft deze kosten ten onrechte aan Parnassia vergoed en vervolgens - eveneens ten onrechte - een bedrag van € 665,-- bij verzoeker in rekening gebracht voor het verschuldigde eigen risico 2010. De ziektekostenverzekeraar heeft hierbij nagelaten de nota op juistheid te controleren.
- 4.4. Na het verzoek van de commissie om het intakeverslag op te vragen bij Parnassia, heeft verzoeker bij e-mailbericht van 4 april 2013 de gevraagde informatie in de procedure gebracht. Verzoeker concludeert op basis van deze informatie dat mogelijk toch een intakegesprek heeft plaatsgevonden. Hij sluit echter niet uit dat de in het intakeverslag vermelde informatie is verstrekt tijdens een telefonische intake. Verzoeker wil daarom wel ervan uitgaan dat een (al dan niet telefonische) intake heeft plaatsgevonden en dat op grond daarvan werkzaamheden zijn verricht door Parnassia, die een declaratie kunnen rechtvaardigen. Maar ook dan blijft de vraag of het door Parnassia gedeclareerde bedrag van € 821,-- juist is. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar heeft immers zelf gesteld dat het een "soort ongeschreven regel" is dat zorginstellingen in situaties als die van verzoeker vaak minder of geen kosten declareren en het handelen als "klantonvriendelijk" betiteld. Daarnaast vraagt verzoeker zich af waarom deze informatie nu wel verstrekt kan worden. Als het niet aanwezig zijn van een toestemmingsformulier hiervoor een belemmering vormde, had men hem hierom kunnen verzoeken.
- 4.5. Naar aanleiding van het voorlopige CVZ-advies heeft verzoeker op 8 augustus 2013 aan de commissie medegedeeld dat de behandelcode 000 waarschijnlijk is gebruikt, omdat geen behandeling heeft plaatsgevonden. Het advies van het CVZ is niet concludent, aangezien niet beoordeeld kan worden of de gebruikte DBC correct is en toch wordt geadviseerd het verzoek af te wijzen.

- 4.6. Ter zitting is door verzoeker aandacht gevraagd voor het feit dat de ziektekostenverzekeraar de incasso van de onderhavige kosten niet heeft opgeschort en verzoeker betalingsherinneringen heeft gezonden, ondanks dat was toegezegd de incasso lopende de procedure op te schorten. Verzoeker is van mening dat reeds om die reden het betaalde entreegeld moet worden gerestitueerd. De gemachtigde van verzoeker was 'flabbergasted' toen hij het verslag van de intake ontving van Brijder. Hij vond dit allemaal erg zuur en frustrerend en acht dit verwijtbaar aan zowel Brijder als de ziektekostenverzekeraar. Hij heeft een en ander nagevraagd bij verzoeker, maar deze zegt zich niet te herinneren dat een intakegesprek heeft plaatsgevonden en wil er verder niet over praten. De gemachtigde van verzoeker heeft grote twijfels over de juistheid van het 'nieuwe' verslag van Brijder en vraagt zich af of dit niet "*pour besoin de la cause*" is opgesteld. Zelfs als op 15 februari 2010 een intakegesprek heeft plaatsgevonden, is het in rekening brengen van kosten daarvoor volslagen onterecht. Er heeft namelijk geen behandeling plaatsgevonden. Op de website van Parnassia staat bovendien dat het eerste gesprek gratis is, en dat als de patiënt nog twijfelt over de behandeling en uiteindelijk besluit hiervan af te zien, hij geen factuur ontvangt. Er is nooit aan verzoeker medegedeeld dat kosten in rekening zouden worden gebracht of dat verzoeker eventueel een eigen risico zou moeten betalen.
- 4.7. Verzoeker is van mening dat de ziektekostenverzekeraar niet heeft gehandeld als een goed ziektekostenverzekeraar, omdat deze slechts een formele toets heeft uitgevoerd en niet heeft getracht Parnassia te bewegen zijn factuur in te trekken. De ziektekostenverzekeraar is daarom verplicht de schade die verzoeker hierdoor lijdt te vergoeden. Deze schade kan gesteld worden op het bedrag van het eigen risico, te weten € 665,--. Immers, indien de ziektekostenverzekeraar zorgvuldig zou hebben gehandeld, zou de declaratie van Parnassia in redelijkheid op nihil zijn gesteld.
- 4.8. Verzoeker heeft eerder voorgesteld € 200,-- te betalen en het hiermee verder af te doen. Dit aanbod is echter door de ziektekostenverzekeraar afgewezen.
- 4.9. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. Begin 2010 heeft verzoeker zich gewend tot Parnassia. Op 15 januari 2010 heeft telefonisch contact plaatsgevonden, waarbij een afspraak is gemaakt voor het intakegesprek. De geplande intake werd door Parnassia afgezegd, waarbij een nieuwe afspraak werd gemaakt voor 15 februari 2010. Volgens verzoeker heeft geen intakegesprek plaatsgevonden, terwijl Parnassia stelt dat dit wel is gevoerd. Gezien de privacyregelgeving kan de ziektekostenverzekeraar het verslag van het intakegesprek niet opvragen bij de zorgverlener. Uiteraard kan verzoeker dat wel doen.
- 5.2. Een GGZ-instelling mag een DBC in rekening brengen als er een contact heeft plaatsgevonden, waarbij de benodigde zorg is geïnventariseerd. Ook indien de verzekerde zich vervolgens aan verdere behandeling onttrekt, worden door de instelling op basis van de intake diverse werkzaamheden in gang gezet die buiten de verzekerde om gaan, en waar hij dus geen weet van heeft. Deze hebben onder andere betrekking op het samenstellen van een voorstel voor het behandelplan en het inplanen en aanwijzen van een zorgverlener.

- 5.3. In de opgave van de zorginstelling van 22 april 2010 lijkt deze zich tegen te spreken door te stellen dat geen behandelplan is gemaakt omdat geen contact met verzoeker heeft plaatsgevonden. Daarom heeft de ziektekostenverzekeraar op 5 februari 2013 telefonisch contact opgenomen met Parnassia. De zorginstelling heeft bij die gelegenheid verklaard dat in de onderhavige kwestie een behandelvoorstel is gemaakt. Er wordt alleen een behandelvoorstel gemaakt als het intakegesprek heeft plaatsgevonden, aangezien anders de voor het behandelvoorstel benodigde gegevens ontbreken. Normaal gesproken wordt het behandelvoorstel besproken met de cliënt, waarna een definitief behandelplan wordt opgesteld. Uit het memo van Brijder (onderdeel van Parnassia) van 14 augustus 2012 blijkt dat de zorgvraag van verzoeker op 11 maart 2010 is besproken in de indicatiecommissie en dat een behandelaar is toegewezen. Vervolgens is meerdere keren geprobeerd in contact te komen met verzoeker, hetgeen niet is gelukt. De zorginstelling heeft verzoeker daarom uiteindelijk op 27 mei 2010 uitgeschreven.
- 5.4. Volgens verzoeker heeft de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar verklaard dat het een "soort ongeschreven regel" is dat zorginstellingen in situaties als die van verzoeker vaak minder of geen kosten declareren. Deze interpretatie van verzoeker is echter niet juist. In de alinea waarnaar verzoeker verwijst, heeft de medisch adviseur verklaard dat de betreffende nota overeenkomstig de aangeleverde gegevens juist is. De medisch adviseur heeft alleen medegedeeld dat sommige instellingen – indien de zorg niet volledig wordt afgenomen – bereid zijn de hoogte van de nota te matigen. Dit laatste is echter geen verplichting en zeker geen ongeschreven regel. Bij aanvang van een zorgcontact wordt voor het daarbij behorende zorgtraject een DBC geopend. Het betreft hier een vast tarief dat de zorgverlener daarvoor in rekening brengt. Slechts op basis van de eenzijdige mededelingen van verzoeker, dat er geen contacten zijn geweest dan wel geen verdere zorg is afgenomen, heeft de medisch adviseur een algemene uitspraak gedaan over het feit dat sommige instellingen hun declaratie matigen, doch dat daarvoor geen enkele verplichting aanwezig is. Inmiddels blijkt uit het overgelegde verslag van de zorgverlener dat er een zorgtraject voor verzoeker is ingezet.
- 5.5. Ten aanzien van de stelling van verzoeker dat de ziektekostenverzekeraar mogelijk verwijtbaar heeft gehandeld door de onderhavige nota rechtstreeks te vergoeden aan de zorgverlener, merkt de ziektekostenverzekeraar op dat ingediende nota's formeel gecontroleerd worden. Dit betekent dat onder meer wordt beoordeeld of sprake is van verzekerde zorg, of de opgegeven patiëntgegevens overeenkomen met de gegevens van de verzekerde en of het gedeclareerd tarief correct is. Daarnaast wordt op basis van een steekproef de materiële controle uitgevoerd, waarbij uiteraard de privacy van de verzekerde dient te worden gerespecteerd. De ziektekostenverzekeraar merkt hierbij op dat hij naar aanleiding van de opmerkingen van verzoeker uitvoerig navraag heeft gedaan bij de zorgverlener. Er is derhalve geen sprake van verwijtbaarheid van de ziektekostenverzekeraar.
- 5.6. Met zijn e-mailbericht van 4 april 2013 heeft verzoeker het intakeverslag aan de commissie gezonden. Ondanks dit uitvoerige verslag betwist verzoeker de hoogte van de nota van € 821,--. Daarnaast wordt een verwijt neergelegd dat de betreffende informatie niet eerder boven tafel is gekomen, omdat verzoeker nooit om toestemming hiervoor is gevraagd. Verzoeker was de betrokken cliënt en heeft vanuit de privacywetgeving als enige betrokkene recht op inzage van zijn dossier. Van de gemachtigde van verzoeker mag worden verondersteld dat hij als rechtskundige bekend

is met deze wetgeving. Hij had zich dan ook in een eerder stadium kunnen laten machtigen door verzoeker om zodoende inzage te krijgen in het dossier van de zorgverlener.

- 5.7. Voor zorgverzekerden vanaf 18 jaar is een wettelijk verplicht eigen risico van toepassing. Dit betekent dat van alle declaraties die in 2010 ten laste van de zorgverzekering zijn vergoed de eerste € 165,-- in rekening wordt gebracht bij de verzekerde dan wel de verzekeringnemer. Daarnaast heeft verzoeker in 2010 gekozen voor een vrijwillig eigen risico van € 500,-- per kalenderjaar. Ten behoeve van verzoeker is een bedrag van € 821,-- vergoed aan Parnassia voor zorg die in 2010 heeft plaatsgevonden. Daarom is terecht een bedrag van € 665,-- (€ 165,-- + € 500,--) ten laste van zijn eigen risico voor dit jaar gebracht.
- 5.8. De onderhavige kosten zijn op elektronische wijze gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar. Hierdoor is geen papieren nota aanwezig. De ziektekostenverzekeraar heeft wel een uitdraai van de digitale nota overgelegd.
- 5.9. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat er contact is geweest met Parnassia. Gezegd is dat met verzoeker contactmomenten zijn geweest, maar in verband met de privacy kon men niet op de inhoud hiervan ingaan. Alleen verzoeker zelf kan deze informatie opvragen. In het verslag van Parnassia staan een stuk of negen afspraken. Vaststaat dat een afspraak is gemaakt en dat met verzoeker een intakegesprek is gevoerd. De zorgaanbieder bepaalt hoeveel minuten gedeclareerd worden. Deze heeft de bezoekdagen bekeken en aan de hand hiervan de DBC vastgesteld.
- 5.10. Ten aanzien van het aanbod van verzoeker de zaak af te doen met betaling van een bedrag van € 200,-- merkt de ziektekostenverzekeraar op dat het niet zijn gewoonte is te onderhandelen over het eigen risico.
- 5.11. Met betrekking tot de aanmaning die verzoeker heeft ontvangen, merkt de ziektekostenverzekeraar op dat dit niet is zoals het hoort. De betreffende afdeling is hierop reeds aangesproken.
- 5.12. 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 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 ten behoeve van verzoeker een bedrag van € 821,-- ten laste van de zorgverzekering heeft vergoed aan Parnassia. Voorts is in geschil of de ziektekostenverzekeraar terecht een bedrag van € 665,-- ten laste van het verplichte en vrijwillige eigen risico 2010 van verzoeker heeft 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 11 e.v. van de zorgverzekering.  
Artikel 22 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/zenuwartsen 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.  
Door:  
psychiater/zenuwarts, klinisch psycholoog, psychotherapeut en GGZ-instelling.  
(...)”*
- 8.3. In artikel 7 van de zorgverzekering is bepaald dat verzekerden van 18 jaar en ouder een verplicht eigen risico van € 165,-- per kalenderjaar hebben. De kosten van zorg blijven tot dit bedrag voor rekening van de verzekerde.
- 8.4. Artikel 8 van de zorgverzekering bepaalt dat verzekerden kunnen kiezen voor een vrijwillig eigen risico (naast het verplichte eigen risico). De kosten van zorg blijven tot het gekozen bedrag voor rekening van de verzekerde. Afhankelijk van de hoogte van het gekozen vrijwillig eigen risico ontvangt de verzekerde een korting op de grondslag van de premie. Het gekozen vrijwillig eigen risico en de eventuele korting worden vermeld op het polisblad.
- 8.5. Artikel 1.8 van de zorgverzekering bepaalt dat als de ziektekostenverzekeraar rechtstreeks aan de zorgaanbieder betaalt, er geen rekening wordt gehouden met een eigen risico. Dit bedrag wordt later bij de verzekeringnemer in rekening gebracht. Deze is verplicht dit bedrag te betalen.
- 8.6. De artikelen 1.8, 7, 8 en 22 van de zorgverzekering zijn volgens de artikelen 2.3, 2.9 en 2.10 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. Geneeskundige zorg, waaronder specialistische GGZ, is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.3 Rzv.  
Het verplicht en vrijwillig eigen risico zijn terug te vinden in de artikelen 19 en 20 Zvw.
- 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 dek-



king 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. Op grond van artikel 22 van de zorgverzekering bestaat aanspraak op specialistische GGZ. Dit betreft geneeskundige zorg zoals een psychiater, klinisch psycholoog, psychotherapeut en/of GGZ-instelling deze pleegt te bieden, met inbegrip van de daarmee gepaard gaande geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.
- 9.2. Uit de in het dossier aanwezige stukken blijkt dat een intakegesprek is gevoerd op 15 februari 2010. Dat verzoeker zich aanvankelijk op het standpunt heeft gesteld dat dit niet heeft plaatsgevonden, en dat hij na overlegging van het intakeverslag nog suggereert dat ruimte bestaat voor twijfel, overtuigt niet.
- 9.3. Verzoeker stelt verder dat hij in verwarring is gebracht door de verklaring van Brijder (onderdeel van Parnassia) van 14 augustus 2012, waarin wordt gesteld: "... behandelplan is nog niet gemaakt omdat contact met de cliënt nog niet tot stand is gekomen." Naar aanleiding van deze onduidelijkheid heeft de ziektekostenverzekeraar op 5 februari 2013 telefonisch contact opgenomen met Parnassia, uit welk contact kan worden afgeleid dat de zinsnede aldus dient te worden opgevat dat het behandelplan was opgesteld, maar niet *definitief* kon worden gemaakt wegens het uitblijven van contact met cliënt.
- 9.4. Naast directe tijd - dat is de tijd die de zorginstelling besteedt aan direct contact met de cliënt - registreert de zorginstelling ook indirecte tijd. Indirecte tijd is de tijd die de zorginstelling besteedt aan bijvoorbeeld de voorbereiding van een gesprek met de cliënt, of het bespreken van de kwestie in de indicatiecommissie, of voor het proberen in contact te komen met de cliënt. Deze indirecte tijd is opgenomen in het tarief van de behandeling.
- 9.5. Door de zorginstelling – en daarmee door de ziektekostenverzekeraar – is voldoende aannemelijk gemaakt dat naar aanleiding van de zorgvraag van verzoeker indirecte tijd is besteed aan het bespreken van een behandeling en het proberen in contact te komen met verzoeker om hiermee te kunnen starten. Daarom is terecht ook indirecte tijd gedeclareerd en vervolgens door de ziektekostenverzekeraar ten laste van de zorgverzekering vergoed. Voor de vraag of de zorginstelling onder de gegeven omstandigheden terecht een bedrag van € 821,- in rekening heeft gebracht, geldt het volgende.
- 9.6. Door de zorginstelling is een behandeling van 400 tot en met 799 minuten gedeclareerd. Alles overwegende is de commissie van oordeel dat door de zorginstelling onvoldoende is onderbouwd dat in ieder geval het minimum aantal van 400 minuten directe dan wel indirecte zorg is verleend. Op de website van de zorgaanbieder staat vermeld dat een intakegesprek ongeveer anderhalf uur duurt. Uit de stukken blijkt dat daarna het dossier is besproken en dat vervolgens diverse pogingen zijn gedaan om in contact te komen met verzoeker. De commissie acht daarom een behandeltime van

200 tot en met 399 minuten meer voor de hand liggen. Bij deze categorie (product-groep 22) hoort een tarief van € 484,--.

- 9.7. Verzoeker beroept zich in dit verband nog op de uitspraak van de ziektekostenverzekeraar, dat in gevallen als het onderhavige soms een lager tarief wordt berekend. De ziektekostenverzekeraar heeft deze uitspraak gedaan in een fase van de procedure waarin door verzoeker nog werd bestreden dat een intakegesprek had plaatsgevonden. Deze uitspraak heeft dus betrekking op die specifieke situatie en niet op de situatie dat het intakegesprek heeft plaatsgevonden en de verzekerde zich vervolgens aan de zorg onttrekt, zoals bij verzoeker het geval is.

### **Ten aanzien van het eigen risico**

- 9.8. Tussen partijen is niet in geschil dat verzoeker in 2010 een wettelijk verplicht eigen risico had van € 165,-- en een vrijwillig eigen risico van € 500,--. Evenmin is in geschil dat het eigen risico van € 665,-- nog niet was verbruikt op het moment dat de kosten van de GGZ-zorg door de ziektekostenverzekeraar ten behoeve van verzoeker werden vergoed ten laste van de zorgverzekering. Gezien hetgeen onder 9.6 is overwogen, heeft de ziektekostenverzekeraar ten onrechte het bedrag van € 665,-- ten laste van het nog openstaande eigen risico 2010 van verzoeker gebracht. Verzoeker is – althans voor zover het de onderhavige zorg betreft – over 2010 een eigen risico van € 484,-- verschuldigd.

### **Conclusie**

- 9.9. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek gedeeltelijk dient te worden toegewezen, in die zin dat verzoeker over 2010 voor de onderhavige zorg een bedrag van € 484,-- aan eigen risico is verschuldigd.
- 9.10. Aangezien het verzoek deels wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld aan verzoeker te vergoeden.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek toe, zoals bepaald in 9.9.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden het entreegeld van € 37,--.

Zeist, 6 november 2013,

Voorzitter