



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen OWM Centrale Zorgverzekeraars groep
Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg
Zaak : Geneeskundige zorg, GGZ, DBC-systematiek, eigen risico
Zaaknummer : 201701944
Zittingsdatum : 7 maart 2018

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2016, artt. 10, 11, 19, 20, en 21 Zvw, 2.1, 2.17 en 2.18 Bzv)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door C te D,

tegen

OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de CZ Zorgbewustpolis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. De zorgverzekeraar heeft bij declaratieoverzicht van 9 maart 2017 aan verzoekster medegedeeld dat van haar een bedrag van € 546,75 ter zake van het verplicht en vrijwillig eigen risico 2016 wordt gevorderd.

3.2. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Onder meer bij brief van 21 september 2017 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.3. Bij klachtenformulier van 29 oktober 2017 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat door de zorgverzekeraar ten onrechte een bedrag van € 531,71 ter zake van het verplicht en vrijwillig eigen risico 2016 bij haar wordt gevorderd (hierna: het verzoek).

3.4. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 37,- voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar 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.

3.5. De zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 7 februari 2018 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 8 februari 2018 aan verzoekster gezonden.

3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 9 februari 2018 telefonisch medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De zorgverzekeraar heeft op 22 februari 2018 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.

3.7. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10, negende lid, van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat de onderhavige zaak enkelvoudig wordt afgedaan.

3.8. Op grond van artikel 114, derde lid, Zvw dient de commissie verplicht advies te vragen aan het Zorginstituut Nederland (hierna: Zorginstituut) indien het geschil betrekking heeft op de zorg of de overige diensten, bedoeld in artikel 11, dan wel de vergoeding van die zorg of diensten. Blijkens de Memorie van toelichting blijft deze verplichting beperkt tot de vraag of de vorm van zorg of andere dienst waar de verzekerde behoefte aan heeft tot het verzekerde pakket behoort. Aangezien die vraag in het onderhavige geval geen beantwoording behoeft, is het Zorginstituut niet verzocht te adviseren.

3.9. Verzoekster is op 7 maart 2018 in persoon gehoord. De zorgverzekeraar heeft telefonisch aan de hoorzitting deelgenomen.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

4.1. Op 9 maart 2017 heeft verzoekster een brief van de zorgverzekeraar ontvangen waarin haar werd verzocht een bedrag van € 546,75 ter zake van het verplicht en vrijwillig eigen risico 2016 te voldoen. Het is verzoekster gebleken dat een groot deel van dit bedrag (€ 531,71) betrekking heeft op kosten die door een GGZ-instelling in rekening zijn gebracht. Verzoekster heeft naar haar idee echter nooit een behandeling bij deze instelling gehad of zelfs maar een intakegesprek dat heeft geleid tot een behandeling. Het enige dat verzoekster zich kan herinneren, was dat zij een zeer kort informatief gesprek heeft gehad met een medewerkster van de betreffende GGZ-instelling. Verzoekster is van mening dat een zodanig gesprek niet kan leiden tot dit factuurbedrag. Daar komt bij dat verzoekster het erg slordig vindt dat zij niet is geweest op het eigen risico.

4.2. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat zij bij een GGZ-instelling een gesprek heeft gehad. Deze instelling merkt dit gesprek ten onrechte aan als een behandeling. Indien een behandeling had plaatsgevonden had zij zich kunnen verenigen met de ingediende factuur, maar nu heeft er helemaal geen behandeling plaatsgevonden. In de onderhavige procedure zijn geen documenten overgelegd waaruit blijkt dat de GGZ-instelling enige inspanning heeft geleverd. Verder irriteert het verzoekster dat door de zorgverzekeraar een incassobureau is ingeschakeld nog voordat de commissie een uitspraak heeft gedaan.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

5.1. De zorgaanbieder heeft ten behoeve van verzoekster een DOT-zorgproductcode gedeclareerd bij de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar heeft de kosten hiervan vergoed aan de zorgaanbieder. Aangezien ten tijde van de vergoeding het verplicht en vrijwillig eigen risico nog niet was 'volgemaakt', heeft de zorgverzekeraar het bedrag van € 531,71 ten laste van het openstaande eigen risico gebracht.

5.2. Naar aanleiding van de klacht van verzoekster heeft de zorgverzekeraar contact opgenomen met de zorgaanbieder teneinde meer duidelijkheid te verkrijgen over de nota. Het betreft een DOT met als prestatiecode 101 000 000009. De bijbehorende declaratiecode is 25B008. De gedeclareerde prestatiecode verwijst naar 'Diagnostiek, vanaf 200 tot en met 399 minuten' voor de periode van 1 april 2016 tot en met 1 november 2016. De openingsdatum van de DOT is niet altijd de datum waarop daadwerkelijk contact is geweest. Het is de begindatum van de dossiervorming, waardoor een verschil kan bestaan tussen de datum van het eerste contact en de begindatum van de DOT. Daarnaast heeft de betreffende zorgaanbieder verklaard dat hij twee uur directe tijd heeft gedeclareerd. Dit is de tijd gedurende welke verzoekster met een medewerker van de zorgaanbieder

contact heeft gehad. Voor de tijd die is besteed aan het dossier zijn honderd minuten indirecte tijd gedeclareerd. Op basis van deze informatie concludeert de zorgverzekeraar dat het bedrag en de tijd die zijn gedeclareerd niet ongebruikelijk zijn.

5.3. Verzoekster stelt dat zij niet is geweest op het eigen risico. In dit kader wijst de zorgverzekeraar op artikel 4, tweede lid, van beleidsregel TH/BR-012 'Transparantie zorgaanbieders' van de NZa. In deze beleidsregel komt naar voren dat een zorgaanbieder zijn patiënt niet expliciet hoeft te wijzen op het eigen risico. Een zorgaanbieder is dit alleen verplicht als het gaat om tarieven die rechtstreeks met de consument worden verrekend en/of wanneer de consument daar om vraagt. Het eigen risico wordt bovendien verondersteld algemeen bekend te zijn.

5.4. Ter zitting is door de zorgverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat hij niet de beschikking heeft over het medisch dossier van verzoekster. Op grond van de geldende privacyregels is dit ook niet toegestaan. Verder geldt dat de betalingsverplichting ten aanzien van het gevorderde eigen risico niet wordt opgeschort door de onderhavige procedure.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel A.22 van de zorgverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

7.1. In geschil is of de zorgverzekeraar terecht een bedrag van € 531,71 voor GGZ zorg ten laste van het op dat moment nog openstaande verplicht en vrijwillig eigen risico 2016 van verzoekster 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 zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen B1 e.v. van de zorgverzekering. Artikel B.19 van de zorgverzekering en het reglement GGZ 2016 van de zorgverzekeraar bepalen wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op GGZ zorg bestaat.

8.3. Artikel A.12. van de zorgverzekering regelt het verplicht eigen risico. Deze bepaling luidt, voor zover hier van belang:

"A.12.1. Hoogte eigen risico

Als u 18 jaar of ouder bent, hebt u voor de zorgverzekering een verplicht eigen risico van € 385- voor een heel jaar. Als de verzekering ingaat of eindigt na 1 januari of u na 1 januari 18 jaar wordt, is het verplicht eigen risico van dat jaar lager. Zie daarvoor ook artikelen A.12.6. en A.12.7.

Verplicht eigen risico betekent dat u de eerste € 385,- aan kosten die u als vergoeding uit uw zorgverzekering zou hebben ontvangen, zelf moet betalen. Pas als u dit hebt gedaan, krijgt u de overige kosten die onder de dekking van uw zorgverzekering vallen van ons vergoed.

(...)

A.12.2. Verrekening eigen risico

De kosten van zorg worden verrekend met het verplicht eigen risico van het jaar waarin de zorg is genoten.

Wordt zorg in 2 achtereenvolgende jaren genoten en op één rekening in één bedrag in rekening gebracht dan worden de kosten van deze zorg verrekend met het verplicht eigen risico van het eerste jaar.

Echter de kosten van een DBC-zorgproductcode – behalve de eerstelijns DBC-zorgproductcodes - tellen alleen mee voor het verplicht eigen risico van het jaar waarin een DBC-zorgproductcode is begonnen (opening van de DBC-zorgproductcode). Dit geldt niet voor OZP's (Overige Zorg Producten) voor medisch specialistische of specialistische psychiatrische zorg."

- 8.4. Artikel A.13. van de zorgverzekering regelt het vrijwillig eigen risico. Deze bepaling luidt, voor zover hier van belang:

"A.13.2. Lagere premie

Naast het verplichte eigen risico, kunt u als u 18 jaar of ouder bent bij uw zorgverzekering kiezen voor een vrijwillig eigen risico. Hoe hoger dit vrijwillig eigen risico, hoe lager de premie die u (verzekeringnemer) voor uw zorgverzekering betaalt. U kunt kiezen voor een vrijwillig eigen risico van € 100,-, € 200,-, € 300,-, € 400,-, of € 500,- per jaar. (...)"

- 8.5. De artikelen A.12. en B.19. van de zorgverzekering en het Reglement GGZ 2016 zijn volgens artikel A.2. van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.6. Artikel 11, eerste lid, Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft. Degene die is verzekerd op basis van een zuivere restitutiepolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten. Degene die is verzekerd op grond van een naturapolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties , bestaande uit de zorg of overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Naast zuivere restitutiepolissen en naturapolissen bestaan er combinatiepolissen, waarbij de invulling van de zorgplicht per dekkingsrubriek verschilt. Verzekerden op basis van een zuivere restitutiepolis hebben, op grond van artikel 2.2, tweede lid, onder b, Bzv aanspraak op vergoeding van de betreffende kosten, tenzij deze hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden passend is te achten. Voor de naturapolissen en combinatiepolissen stelt de zorgverzekeraar, overeenkomstig artikel 13, eerste en tweede lid, Zvw, de vergoeding vast in het geval de verzekerde gebruik maakt van een niet door de zorgverzekeraar voor die zorg of dienst gecontracteerde aanbieder, en deze neemt hij op in zijn verzekeringsvoorwaarden. Hierbij houdt de zorgverzekeraar rekening met eventueel van toepassing zijnde eigen bijdragen.

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 tot en met 23 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 zorgverzekeraar niet vrij een dekking te bieden die hetzij ruimer dan wel beperkter is dan op grond van het bij of krachtens de Zvw bepaalde is voorgeschreven. De hiervoor beschreven regeling, zoals opgenomen in de zorgverzekering, strookt met de toepasselijke regelgeving.

9. Beoordeling van het geschil


- 9.1. De commissie stelt allereerst vast dat verzoekster voor het jaar 2016 een verplicht eigen risico had van € 385,- en een vrijwillig eigen risico van € 500,-, dat dit eigen risico van totaal € 885,- ten tijde

van de start van het contact met de betreffende zorgaanbieder nog niet geheel was 'volgemaakt', en dat de kosten van GGZ niet zijn uitgesloten van het verplicht en vrijwillig eigen risico.


- 9.2. Verzoekster heeft van de zorgverzekeraar een nota ontvangen van € 531,71 ter zake van het verplicht en vrijwillig eigen risico 2016. Dit bedrag zou verschuldigd zijn vanwege de aan verzoekster verleende specialistische, geestelijke gezondheidszorg. Verzoekster bestrijdt de toepasselijke DBC wat betreft de door de zorgaanbieder in rekening gebrachte tijd. Zij heeft slechts één kort informatief gesprek gehad en nadien geen zorg meer genoten. Desondanks heeft de zorgaanbieder een aantal uren gedeclareerd. Met het voorgaande betwist verzoekster het bij haar in rekening gebrachte eigen risicobedrag.
- 9.3. De commissie stelt voorop dat zij niet bevoegd is te oordelen over de juistheid van de door de zorgaanbieder ingediende declaratie. Aangezien de zorgaanbieder rechtstreeks bij de zorgverzekeraar heeft gedeclareerd, heeft verzoekster niet vooraf inzage gehad in de nota en heeft zij niet de mogelijkheid gehad betaling te weigeren. De financiële consequenties komen - in de vorm van het eigen risico - echter wel voor haar rekening. De vraag die ter beantwoording voorligt, is derhalve of de zorgverzekeraar betaling van de nota had moeten weigeren dan wel bij de zorgaanbieder had moeten aandringen op correctie. De commissie overweegt als volgt.
- 9.4. Uit het dossier blijkt dat de zorgaanbieder bij de zorgverzekeraar een DBC met openingsdatum 1 april 2016 heeft gedeclareerd voor aan verzoekster verleende zorg. Dit betreft DBC 101000000009 met de omschrijving "*Diagnostiek - vanaf 200 tot en met 399 minuten*". Binnen deze DBC dient 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. De zorgverzekeraar 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 zorgverzekeraar is gecontracteerd, is de zorgverzekeraar gehouden gedegen onderzoek te doen naar de hoogte van de bij hem ingediende nota. Hij heeft hieraan voldaan door de gedeclareerde DBC naar aanleiding van de klacht van verzoekster nader te bekijken en hierover contact op te nemen met de zorgaanbieder. Dit heeft ertoe geleid dat de zorgaanbieder heeft verklaard dat het gesprek dat met verzoekster is gevoerd twee uur heeft geduurd. Daarnaast heeft de zorgaanbieder nog 100 minuten indirecte tijd aan het dossier besteed. De zorgverzekeraar concludeert dat de gedeclareerde tijd niet ongebruikelijk is, hetgeen de commissie - mede bij gebrek aan een gemotiveerde betwisting door verzoekster - onderschrijft.
- 9.5. Ingevolge de voorwaarden 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 1 april 2016. De zorgverzekeraar heeft het gedeclareerde bedrag daarom terecht verrekend met het nog openstaande verplicht en vrijwillig eigen risico 2016. Verzoekster is derhalve gehouden het bedrag van € 531,71 aan de zorgverzekeraar te voldoen.
- 9.6. Door verzoekster is nog aangevoerd dat zij niet is geweest op het eigen risico. Voor zover verzoekster met deze stelling doelt op het verschuldigd zijn van het eigen risico geldt dat deze stelling verzoekster niet kan baten, aangezien de verschuldigdheid van het (verplicht) eigen risico een feit van algemene bekendheid is. Daarbij heeft verzoekster gekozen voor een vrijwillig eigen risico. Naar moet worden aangenomen betreft het hierbij een weloverwogen keuze zodat de verwijzing naar hetzij de zorgaanbieder hetzij de zorgverzekeraar ook om die reden geen doel treft. Voor zover verzoekster stelt dat de zorgverzekeraar haar over het eigen risico in deze specifieke situatie onvoldoende heeft geïnformeerd, geldt dat het in de eerste plaats aan de verzekerde is kennis te nemen van de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden. Daarnaast dient de zorgaanbieder zijn patiënten - desgevraagd - in te lichten over de verwachten kosten. De zorgverzekeraar heeft hier echter ook een verantwoordelijkheid. Hij moet zijn verzekerde op grond van de 'Regeling informatieverstrekking ziekenverzekeraars aan consumenten' (TH/NR-007) van de Nederlandse Zorgautoriteit informeren over de financiële gevolgen van een (toekomstige) behandeling indien de verzekerde daarom vraagt. Aangezien gesteld noch gebleken is dat verzoekster voorafgaand aan de

 behandeling met de zorgverzekeraar contact heeft gehad, kan laatstgenoemde ten aanzien van de informatievoorziening geen verwijt worden gemaakt.






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, 21 maart 2018,





 P.J.J. Vonk