



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen Menzis Zorgverzekeraar N.V. te Wageningen en Menzis N.V. te Wageningen
Zaak : Geestelijke gezondheidszorg (GGZ), verplicht en vrijwillig eigen risico, toezegging zorgverlener
Zaaknummer : 201800659
Zittingsdatum : 6 maart 2019

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden zorgverzekering 2017, artt. , 11, 19, 20 en 21 Zvw, 2.1, 2.4, 2.17 en 2.18 Bzv)

1. Partijen

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

tegen

- 1) Menzis Zorgverzekeraar N.V. te Wageningen, en
- 2) Menzis N.V. te Wageningen,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Menzis Basis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Genoemde verzekering is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De eveneens door verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar afgesloten aanvullende verzekeringen ExtraVerzorgd 1 en TandVerzorgd 250 zijn niet in geschil en blijven om die reden verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar verzocht de bij hem in rekening gebrachte kosten voor het verplicht en vrijwillig eigen risico 2017 en voor gebruik van een acceptgiro van totaal € 852,68 (€ 851,18 + €1,50) te corrigeren. Bij brief van 29 september 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld hiertoe niet over te gaan.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 23 oktober 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. Bij brief van 12 juni 2018 heeft de Ombudsman Zorgverzekeringen verzoeker medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling.
- 3.4. Bij e-mailbericht van 12 september 2018 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar de bij hem in rekening gebrachte kosten voor het verplicht en vrijwillig eigen risico 2017 en voor gebruik van een acceptgiro dient te corrigeren (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 4 januari 2019 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 8 januari 2019 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 24 januari 2019 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 4 februari 2019 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 8 januari 2019 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 19 februari 2019 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2019000937) bij wege van voorlopig advies de commissie medegedeeld geen advies te kunnen uitbrengen over de vraag of de onderhavige zorg voor vergoeding in aanmerking komt, ten laste van de zorgverzekering. Het Zorginstituut heeft hierbij toegelicht dat zijn adviestaak is beperkt tot de vraag of aanspraak bestaat op een verstrekking of vergoeding op grond van de zorgverzekering. Het advies van het Zorginstituut kan geen betrekking hebben op de berekening van het verplicht en/of vrijwillig eigen risico. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 21 februari 2019 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 6 maart 2019 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.10. Ter zitting heeft de commissie met partijen afgesproken dat de ziektekostenverzekeraar het medisch dossier bij de geconsulteerde psycholoog zou opvragen en dat hij rechtstreeks contact met hem zou opnemen. Verzoeker zou de ziektekostenverzekeraar de hiervoor benodigde toestemmingsverklaring verstrekken. Op basis van het medisch dossier en het rechtstreekse contact zou de ziektekostenverzekeraar beoordelen of de politie de crisisdienst op 13 juli 2017 heeft ingeschakeld vanwege een acute zorgvraag bij verzoeker. Verzoeker heeft op 8 maart 2019 een toestemmingsverklaring overgelegd. De commissie heeft de ziektekostenverzekeraar bij brief van 8 maart 2019 een afschrift van de toestemmingsverklaring gestuurd en verzocht haar binnen vier weken te informeren over de uitkomst van voornoemde beoordeling. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie op 17 april 2019 een verklaring van de psycholoog gezonden. Een afschrift hiervan is op 24 april 2019 aan verzoeker gestuurd, waarbij hem de mogelijkheid is geboden binnen tien dagen te reageren. Verzoeker heeft van deze geboden mogelijkheid op 3 mei 2019 gebruikgemaakt. Een afschrift van deze reactie is op 8 mei 2019 ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 3.11. Bij brief van 8 mei 2019 heeft de commissie het Zorginstituut een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting en de nagekomen stukken gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen en nagekomen stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 16 mei 2019 de commissie meegedeeld dat de aantekeningen en de nagekomen stukken geen aanleiding vormen tot aanpassing van het advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker heeft op 13 juli 2017 een gesprek gevoerd met een psycholoog van zorgaanbieder Dimence op het politiebureau. Zowel voorafgaand aan dit gesprek als in vervolg hierop tijdens een telefonisch onderhoud op 13 september 2018 heeft deze psycholoog verklaard dat het gesprek verzoeker geen geld zou kosten. Deze toezegging blijkt inmiddels niet juist, aangezien het verplicht en vrijwillig eigen risico bij verzoeker in rekening is gebracht. Hij had de psycholoog niet te woord gestaan als hij dit voorafgaand aan het gesprek had geweten. De ziektekostenverzekeraar heeft over de toezegging geen contact gehad met de psycholoog. Vanwege zijn laconieke houding in de onderhavige ernstige kwestie is de ziektekostenverzekeraar gehouden het in rekening gebrachte verplicht en vrijwillig risico 2017 en de kosten voor gebruik van een acceptgiro terug te betalen aan verzoeker. Dit geldt te meer, omdat laatstgenoemde niet zelf om het gesprek met

de betreffende psycholoog heeft verzocht. Waarschijnlijk heeft de politie dit - op verzoek van de buurvrouw van verzoeker - gedaan.

4.2. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat de zorgaanbieder heeft verklaard geen inzicht te hebben in zijn nog openstaande eigen risico. De psycholoog had om deze reden niet de toezegging moeten doen dat het consult verzoeker geen geld zou kosten. Verzoeker begrijpt niet waarom deze toezegging toch is gedaan. Hij heeft voorts toegelicht dat hij op 13 juli 2017 is opgepakt door de politie. Verzoeker is op het politiebureau in contact gebracht met de psycholoog. Het gesprek heeft een kwartier geduurd en bij deze gelegenheid zijn enkele algemene vragen gesteld. Dit gesprek heeft zorginhoudelijk geen vervolg gekregen. Verzoeker heeft verder gesteld dat hij de zorgaanbieder drie brieven heeft gestuurd en dat hij hierop tot nu toe geen reactie heeft ontvangen.

4.3. In reactie op de door de ziektekostenverzekeraar overgelegde verklaring van de geconsulteerde psycholoog, heeft verzoeker verklaard dat het niet juist is dat hij op 13 juli 2017 een verwarde indruk maakte en niet tot rust te manen was. De geconsulteerde psycholoog heeft dit overigens niet zelf waargenomen, maar vernomen van de politie. De politie is in dezen niet betrouwbaar.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Verzoeker heeft een consult gehad bij een psycholoog van de betrokken zorgaanbieder. Deze zorgaanbieder heeft de kosten van het consult bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd. Laatstgenoemde heeft de declaratie vergoed en verrekend met het verplicht en vrijwillig eigen risico 2017 van verzoeker. Naar aanleiding van de klacht van verzoeker hierover, heeft de ziektekostenverzekeraar telefonisch contact gezocht met de psycholoog. Uit dit gesprek is naar voren gekomen dat het consult heeft plaatsgevonden in het kader van 'crisiszorg', zodat de zorgaanbieder de kosten hiervan - ongeacht of verzoeker hiertoe zelf opdracht heeft gegeven - bij de ziektekostenverzekeraar in rekening mocht brengen. Daarbij is niet gebleken dat de psycholoog verzoeker de toezegging heeft gedaan de kosten van dit consult niet te declareren. De ziektekostenverzekeraar heeft nadien nogmaals telefonisch contact gehad over de onderhavige situatie, ditmaal met de door de teamleider van de psycholoog aangewezen contactpersoon. Deze heeft, in antwoord op de vraag of de psycholoog aan verzoeker heeft medegedeeld dat het consult hem geen geld zou kosten, verklaard dat geen zicht bestaat op de hoogte van het verplicht en vrijwillig eigen risico 2017 van verzoeker en het verbruik daarvan. De zorgaanbieder heeft, gelet op het voorgaande, terecht de kosten van het consult bij de ziektekostenverzekeraar in rekening gebracht en deze zijn terecht verrekend met het verplicht en vrijwillig eigen risico 2017.

5.2. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat verzoeker een klacht heeft tegen de zorgaanbieder. Hij adviseert hem daarom aldaar een klacht in te dienen. Alleen als de zorgaanbieder de ingediende nota voor het consult van 13 juli 2017 intrekt, zal de ziektekostenverzekeraar het bij verzoeker in rekening gebrachte vrijwillig en verplicht eigen risico 2017 terugbetalen. De ziektekostenverzekeraar heeft verder aangevoerd dat hij niet kan beoordelen of sprake was van een acute zorgvraag, omdat hij niet beschikt over het door de politie opgestelde proces-verbaal. Deze beoordeling ligt bovendien primair bij de betreffende zorgverlener. De ziektekostenverzekeraar volgt diens oordeel. Uit de telefoongesprekken die hij met de zorgaanbieder heeft gevoerd, komt naar voren dat volgens de psycholoog bij verzoeker sprake was van een acute zorgvraag.

5.3. In vervolg op de hoorzitting, heeft de ziektekostenverzekeraar vragen gesteld aan de geconsulteerde psycholoog. De reactie hierop luidt, voor zover hier van belang:

"(...) zend ik u onderstaand (...) de antwoorden op de vragen welke aan [naam geconsulteerde psycholoog] (Dimence) zijn gesteld. (Onderstaande tekst is gekopieerd en geplakt.)

1 Op wiens verzoek is de crisisdienst ingeschakeld[?]

Door de politie. De politie heeft Dhr meegenomen naar het bureau naar aanleiding van een conflict met de bureu. Dhr maakte een verwarde indruk en was in de thuissituatie niet tot rust te manen.

2 Welke zorg is verleend[?]

Ik heb Dhr individueel gesproken op het politiebureau. Daarnaast heb ik in het bijzijn van Dhr telefonisch met zijn vader gesproken. Gezien het toestandsbeeld op dat moment, Dhr was rustig en er was goed contact met Dhr te maken en te houden[,] was er geen reden tot verder[e] hulpverlening op dat moment. In overleg met Dhr en vader is er afgesproken dat ik contact zal leggen met het Sociaal wijkteam. Dit met als doel daar waar mogelijk Dhr te ondersteunen in de contacten met o.a. de bureu.

3 Is er sprake geweest van crisiszorg met toelichting[?]

Ik heb de beoordeling van het toestandsbeeld gedaan. [D]aarbij heb ik telefonisch overleg gehad met mijn achterwacht psychiater. Ik heb het systeem van Dhr erbij betrokken en nazorg afgesproken middels inzet SWT.

4 Is er gesproken over dat er kosten zouden zijn[?]

*Dhr heeft mij gevraagd of er kosten aan het gesprek verbonden zouden zijn. Mijn antwoord is geweest nee. Hierbij heb ik niet genoemd de eventuele kosten van het eigen risico.
(...)"*

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 van de 'algemene voorwaarden' 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 het bedrag van € 851,18 ter zake van het verplicht en vrijwillig eigen risico 2017 en de acceptgirokosten van € 1,50 van verzoeker mag vorderen.

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 zorg van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld op de pagina's 8 tot en met 54 van de zorgverzekering.

8.3. Op de pagina's 18 tot en met 23 van de zorgverzekering is bepaald wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op geestelijke gezondheidszorg bestaat en de betreffende passage luidt, voor zover hier van belang:

“Geestelijke gezondheidszorg is diagnostiek en behandeling van mensen met psychische stoornissen. Het doel is de geestelijke gezondheid te herstellen of te verbeteren en de kwaliteit van leven te verbeteren. De GGZ is onderverdeeld in psychologische zorg geleverd door de huisarts, generalistische basis GGZ (GBGGZ) en gespecialiseerde GGZ (SGGZ). Gespecialiseerde GGZ is weer onderverdeeld in ambulante gespecialiseerde GGZ (zonder opname) en klinische gespecialiseerde GGZ (met opname). Geestelijke gezondheidszorg als bedoeld in artikel .2, 1e lid, van de Jeugdwet aan jeugdigen als bedoeld in artikel 1.1 van de Jeugdwet is niet verzekerd.

Generalistische Basis GGZ

Welke zorg

U heeft recht op generalistische basis GGZ indien er sprake is van een erkende psychische DSM-stoornis. (...) De omvang van de zorg is begrensd door wat klinisch-psychologen en psychiaters plegen te bieden. (...)

U kunt naar een GGZ-instelling waar een van de volgende behandelaren regiebehandelaar is:

- gezondheidszorgpsycholoog,
- klinisch psycholoog,
- klinisch neuropsycholoog,
- psychotherapeut,
- verpleegkundig specialist GGZ,

(...)

Gespecialiseerde GGZ zonder opname

Welke zorg

U heeft recht op diagnostiek en behandeling bij complexe en/of meervoudige psychische stoornissen waarbij vaak ook een multidisciplinaire aanpak gewenst is. De omvang van de zorg binnen de SGGZ is begrensd door wat klinisch-psychologen en psychiaters plegen te bieden. (...)

U kunt naar een GGZ-instelling of de polikliniek van een psychiatrische afdeling van een ziekenhuis waar een van de volgende behandelaren regiebehandelaar is:

- psychiater,
- klinisch psycholoog,
- klinisch neuropsycholoog,
- psychotherapeut,
- gezondheidszorgpsycholoog,

(...)"

8.4. Op pagina 5 van de zorgverzekering is, voor zover hier van belang, vermeld:

"(...) Als een wettelijke regeling kan zorgen voor betaling van dezelfde zorg, heeft u geen recht op die zorg vanuit deze Basisverzekering. (...)"

8.5. Pagina 7 van de zorgverzekering luidt, voor zover hier van belang:

"Eigen risico

U heeft een verplicht eigen risico van € 385 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 € 20.

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),
- de kosten van inschrijving bij een huisarts of bij een instelling die huisartsenzorg verleent,
- 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,
- medicatiebeoordeling chronisch Uitsluitend Recept-geneesmiddelengebruik, als u naar een apotheker of huisarts gaat,
- verpleging en verzorging,

- vervoer van de donor bij transplantatie dat wordt genoemd in het artikel 'Transplantatie', bij het 8e en 9e punt van de opsomming onder 'Welke zorg',
- nacontroles van de donor bij transplantatie, nadat de periode genoemd in het artikel 'Transplantatie', bij het 7e punt van de opsomming onder 'Welke zorg', is verstreken.

(...)

Eerst wordt het verplicht eigen risico toegepast, daarna het vrijwillig eigen risico. Als Menzis uw zorgnota rechtstreeks betaalt aan een zorgaanbieder, betaalt u of verzekeringnemer (ter keuze van Menzis) het eigen risico en de eventueel betaalde eigen bijdrage aan Menzis. U of verzekeringnemer ontvangt dan een nota van Menzis. Het eigen risico of een eigen bijdrage is ook van toepassing als u naar een gecontracteerde zorgaanbieder gaat."

- 8.6. Artikel A12 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering luidt, voor zover hier van belang:

"Premie, manier van betalen en betaling eigen risico

(...)

3 Betaling eigen risico en eigen bijdrage

- Menzis kan u het eigen risico en eigen bijdrage in rekening brengen van u en van alle verzekerden die u heeft verzekerd.
- Als u het eigen risico en eigen bijdrage niet per automatische incasso of accept-e-mail betaalt, ontvangt u van Menzis een papieren acceptgiro. Hiervoor wordt € 1,50 in rekening gebracht."

- 8.7. De hiervoor aangehaalde passages op de pagina's 5, 7, 18 tot en met 23 van de zorgverzekering en artikel A12 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering zijn volgens het gestelde op pagina 5 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.8. 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.

Geneeskundige zorg, waaronder geestelijke gezondheidszorg, is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.

Het eigen risico is geregeld in de artikelen 21 Zvw, 2.17-2.19 Bzv en 2.38 Rzv.

Artikel 2.1, eerste lid, Bzv bepaalt dat de zorg op grond van artikel 11, eerste lid, onderdeel a, Zvw niet omvat vormen van zorg die voor verzekerden kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift.

- 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 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

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Tussen partijen is niet in geschil dat verzoeker in 2017 een verplicht eigen risico had van € 385,- en een vrijwillig eigen risico van € 500,-. Voorts is tussen hen niet in geschil dat deze bedragen ten tijde van de declaratie door de zorgaanbieder nog volledig open stonden. De ziektekostenverzekeraar merkt de aan verzoeker verleende zorg aan als crisiszorg. Dienovereenkomstig heeft hij de voor deze zorg in rekening gebrachte kosten aan de zorgaanbieder vergoed en daarna verrekend met het verplicht en vrijwillig eigen risico 2017 van verzoeker. Verzoeker heeft gesteld dat de ziektekostenverzekeraar het eigen risico niet bij hem in rekening mocht brengen, omdat hij niet om de verleende geestelijke gezondheidszorg heeft verzocht. De commissie interpreteert deze stelling van verzoeker aldus dat deze zorg niet moet worden aangemerkt als reguliere geestelijke gezondheidszorg als bedoeld op de pagina's 18 tot en met 23 van de zorgverzekering. De verrekening met het eigen risico heeft in dat geval ten onrechte plaatsgevonden. De commissie overweegt hierover het volgende.
- 9.2. Uit het advies van het Zorginstituut van 8 januari 2019 komt het volgende naar voren. De zorgverzekering biedt, gelet op artikel 2.4 Bzv, dekking voor zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden. Onder deze vorm van zorg valt zorg die wordt verleend door een crisisdienst (crisiszorg), mits deze zorg medisch noodzakelijk is bij betrokkene. Crisiszorg is medisch noodzakelijk als bij betrokkene sprake is van een acute zorgvraag: *"Indien de politie een arts inschakelt zonder dat er sprake is van een acute zorgvraag bij de verzekerde komen de kosten daarvan niet voor vergoeding in aanmerking ten laste van de [zorgverzekering]."*
- 9.3. Volgens verzoeker was bij hem op 13 juli 2017 geen sprake van een acute zorgvraag. Hij heeft in dit verband aangevoerd dat de politie niet is te vertrouwen, gelet op hetgeen in het verleden is voorgevallen. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat op 13 juli 2017 wél sprake was van een acute zorgvraag. De zorgaanbieder heeft de betreffende zorg immers gedeclareerd als crisiszorg. De betrokken psycholoog heeft in vervolg op de hoorzitting verklaard dat de politie hem heeft ingeschakeld, omdat verzoeker een verwarde indruk maakte en niet tot rust te manen was. Verzoeker heeft hier tegen ingebracht dat de politie op dit punt niet te vertrouwen is. In tegenstelling tot hetgeen verzoeker veronderstelt, gaat de commissie ervan uit dat de politie niet vanuit rancune, maar op basis van reële en objectieve gronden besluit een zorgaanbieder in te schakelen. Aangezien door verzoeker geen andere verklaring is gegeven voor het inschakelen van de psycholoog dan rancune, gaat de commissie uit van de juistheid van de weergave door de psycholoog. De omstandigheden dat verzoeker - in een conflictsituatie met zijn buurvrouw - een verwarde indruk maakte en niet tot rust te manen was, maakt echter niet zonder meer dat kan worden gesproken van een acute zorgvraag. Meer informatie over de omstandigheden waaronder de politie de psycholoog heeft ingeschakeld, ontbreekt evenwel. De commissie is, gelet op het voorgaande, van oordeel dat het niet aannemelijk is dat op 13 juli 2017 bij verzoeker sprake was van een acute zorgvraag. De aan hem verleende zorg is daarom niet aan te merken als crisiszorg. De ziektekostenverzekeraar heeft voor deze zorg daarom ten onrechte verplicht en vrijwillig eigen risico 2017 bij verzoeker in rekening gebracht. De ziektekostenverzekeraar moet verzoeker dit eigen risico ten bedrage van € 851,18 terugbetalen, althans voor zover in 2017 geen andere kosten van zorg en andere diensten zijn gemaakt die nog met dit eigen risico moeten worden verrekend.
- 9.4. Omdat niet aannemelijk is dat aan verzoeker crisiszorg is verleend, komt de commissie niet toe aan een inhoudelijke beoordeling van het standpunt van verzoeker dat de psycholoog hem heeft toegezegd dat het consult hem geen geld zou kosten.

9.5. Op grond van artikel A12 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering mag de ziektekostenverzekeraar € 1,50 in rekening brengen voor het versturen van een papieren acceptgiro. Dit is in de onderhavige situatie gebeurd. Aangezien deze acceptgiro - naast de aan verzoeker door de psycholoog verleende zorg - betrekking had op door een apotheek verleende zorg, heeft de ziektekostenverzekeraar de kosten voor het sturen van een acceptgiro terecht bij verzoeker in rekening gebracht.

10. Het bindend advies

10.1. De commissie beslist dat:

1. de ziektekostenverzekeraar het eigen risico 2017 ten bedrage van € 851,18 aan verzoeker moet terugbetalen, althans voor zover in 2017 geen andere kosten van zorg of overige diensten zijn gemaakt die nog met dit eigen risico moeten worden verrekend;
2. de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,-- aan verzoeker moet vergoeden.

Zeist, 19 juni 2019,

H.A.J. Kroon