



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, tegen C en D , beide te E
Zaak : Verplicht eigen risico, hoogte nota zorgverlener
Zaaknummer : 201400254
Zittingsdatum : 3 september 2014

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden zorgverzekering 2013, artt. 19 en 21 Zvw, 2.17 Bzv)

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster, 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 verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorg-op-maatpolis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Gemeenten Extra afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom in het vervolg buiten beschouwing.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. De ziektekostenverzekeraar heeft bij verzoekster een bedrag van € 253,09 in rekening gebracht in verband met het verplicht eigen risico.
- 3.2. Verzoekster is het niet eens met deze beslissing, en heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 30 december 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster 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 22 april 2014 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar het bedrag van € 253,09 niet bij haar mag vorderen (hierna: het verzoek).
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 14 juli 2014 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 17 juli 2014 aan verzoekster gezonden.

3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 19 juli 2014 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 3 september 2014 telefonisch medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.

3.8. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 3 september 2014 telefonisch gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

4.1. Verzoekster heeft op 1 augustus 2013 een consult gehad bij een psychiater. Dit gesprek duurde ongeveer vijf minuten. Op 12 augustus 2013 ontving verzoekster een vragenlijst, die zij binnen tien minuten heeft ingevuld. Op 19 augustus 2013 volgde een tweede gesprek met de psychiater, dat ongeveer een half uur duurde. Op 26 augustus 2013 ontving verzoekster een verslag van dit gesprek. De psychiater declareerde bij de ziektekostenverzekeraar 145 minuten voor deze zorg. Verzoekster vindt deze nota veel te hoog. De ziektekostenverzekeraar heeft de nota echter vergoed en de betreffende kosten ten laste van het verplicht eigen risico van verzoekster gebracht. Verzoekster is van mening dat dit niet kan, en dat de zorgverlener de hoogte van de nota moet aanpassen.

4.2. Ter zitting heeft verzoekster haar standpunt herhaald.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. De zorgverlener bracht bij de ziektekostenverzekeraar een DBC in rekening met een tijd van tussen de 100 en 200 minuten. Dit betreft de directe en indirecte tijd samen. De directe tijd is de tijd die verzoekster bij de zorgverlener doorbracht. De indirecte tijd is de tijd die de zorgverlener nodig heeft voor de dossiervorming, verslaglegging en eventueel overleg met collega's. Navraag bij de zorgverlener leerde dat de DBC met een tarief van € 253,09 terecht in rekening is gebracht. Deze kosten zijn niet uitgesloten van het verplicht eigen risico, zodat verzoekster gehouden is deze aan de ziektekostenverzekeraar te betalen. Hiervoor is met haar inmiddels een betalingsregeling getroffen. Het staat verzoekster vrij tegen de zorgverlener een klacht in te dienen aangaande de hoogte van de nota.

5.2. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt herhaald.

5.3. De ziektekostenverzekeraar 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 'Hoofdstuk A' van de zorgverzekering is de commissie bevoegd van het geschil tussen verzoekster en de ziektekostenverzekeraar kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

6.2. De commissie is niet bevoegd te oordelen over het geschil tussen verzoekster en de zorgverlener.

7. Het geschil

7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar het bedrag van € 253,09 ter zake van het verplicht eigen risico bij verzoekster mag vorderen.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.

8.2. Artikel A.12. van 'Hoofdstuk A' van de zorgverzekering regelt het verplicht eigen risico en 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 € 350,- voor een heel jaar. Het jaar dat de verzekering ingaat of eindigt of dat u 18 jaar wordt, is het verplicht eigen risico ook lager. Zie daarvoor ook artikelen A.12.6. en A.12.7.

Verplicht eigen risico betekent dat u de eerste € 350,- aan kosten die u als vergoeding van 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.12.3. Geen eigen risico

Sommige kosten tellen niet mee voor het verplicht eigen risico. Die kosten krijgt u dus al wel van ons vergoed, ook al hebt u uw verplicht eigen risico van € 350,- nog niet vol gemaakt. De volgende kosten tellen niet mee voor het verplicht eigen risico:

a. De kosten van huisartsenzorg. Het verplicht eigen risico geldt weer wel voor de kosten van onderzoek dat met de zorg van de huisarts te maken heeft, maar dat ergens anders wordt uitgevoerd en apart in rekening wordt gebracht. Deze zorg moet dan wel uitgevoerd worden door een persoon of instelling die een tarief mag vragen dat door de NZa is vastgesteld. (...)

b. De kosten van verloskundige zorg en kraamzorg (artikelen B.5., B.6. en B.7.). Het verplicht eigen risico geldt weer wel voor kosten die hiermee te maken kunnen hebben, maar die in een ander artikel zijn opgenomen, zoals IVF, ambulancevervoer, geneesmiddelen, hulpmiddelen en (laboratorium)onderzoek dat niet door de huisarts is gedaan en ook niet door hem in rekening is gebracht.

c. De kosten van nacontroles van u als donor nadat de periode zoals bedoeld in artikel B.4.7.2.a. is verstreken.

d. De kosten van inschrijving bij een huisarts of bij een instelling die huisartsenzorg verleent.

Onder kosten van inschrijving vallen:

1. een bedrag voor de inschrijving als patiënt. Wij vergoeden maximaal het tarief dat hiervoor op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg (rekening houdend met fiscale wetgeving) is vastgesteld;

2. kosten die te maken hebben met:

a. de manier waarop de geneeskundige zorg in de huisartsenpraktijk of de instelling wordt verleend;

b. de kenmerken van het patiëntenbestand;

c. de plaats van de praktijk of instelling. Wij moeten hierover met de huisarts of instelling wel een zorgovereenkomst hebben afgesloten. In deze zorgovereenkomst moeten wij ook hebben afgesproken dat zij deze kosten bij uw inschrijving in rekening mogen brengen;

e. De kosten van zorg en overige diensten kunnen geheel of gedeeltelijk buiten het verplicht eigen risico vallen, als:

1. u voor die zorg of diensten naar een zorgverlener bent geweest, die wij daarvoor hebben aangewezen, of

2. u een programma voor diabetes, depressie, hart- en vaatziekten of overgewicht hebt gevolgd, dat wij hebben aangewezen. Wij hebben geen zorgverleners of gezondheidsprogramma's hiervoor aangewezen. Als hier verandering in komt, plaatsen wij een bericht op onze internetsite;

f. De kosten van ketenzorg;

g. Hulpmiddelen die wij u in bruikleen geven. (...)"

8.3. Artikel A.12. van 'Hoofdstuk A' van de zorgverzekering is volgens artikel A.2.4. van 'Hoofdstuk A' van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.4. Het verplicht eigen risico is geregeld in de artikelen 19 en 21 Zvw en verder uitgewerkt in artikel 2.17 Bzv.

8.5. De Zvw, het daarop gebaseerde Bzv en de Rzv, schrijven dwingend voor welke prestaties onder de zorgverzekering verzekerd dienen te zijn. De verzekerde die een zorgverzekering sluit heeft recht op niet meer of minder dan deze prestaties. De zorgverzekering is in dit opzicht een bijzondere, van overheidswege gereguleerde vorm van schadeverzekering. Het staat de ziektekostenverzekeraar niet vrij een dekking te bieden die hetzij ruimer dan wel beperkter is dan op grond van het bij of krachtens de Zvw bepaalde is voorgeschreven.

De hiervoor beschreven regeling, zoals opgenomen in de zorgverzekering, strookt met de toepasselijke regelgeving.

9. Beoordeling van het geschil

- 9.1. Tussen partijen is niet in geschil dat verzoekster voor het kalenderjaar 2013 een verplicht eigen risico had van € 350,-, dat dit bedrag nog niet met andere kosten was 'volgemaakt', en dat de kosten van psychiatrische zorg niet zijn uitgesloten van het verplicht eigen risico.
- 9.2. Gelet op het naturakarakter van de zorgverzekering, en het feit dat de betreffende zorgverlener door de ziektekostenverzekeraar is gecontracteerd, is de ziektekostenverzekeraar gehouden gedegen onderzoek te doen naar de hoogte van de bij hem ingediende nota. Hij heeft hieraan voldaan door de gedeclareerde DBC nader te bekijken en contact op te nemen met de zorgverlener. De ziektekostenverzekeraar is tot de conclusie gekomen dat de nota juist is. Hierbij is door hem gewezen op het feit dat de kosten niet alleen betrekking hebben op de directe, maar tevens op de door de zorgverlener bestede indirecte tijd. Verzoekster heeft weliswaar de juistheid van de nota betwist, doch hetgeen zij in dat verband heeft aangevoerd betreft enkel de direct bestede tijd. De ziektekostenverzekeraar heeft aannemelijk gemaakt dat er geen reden was om aan de hoogte van de nota van de zorgverlener te twijfelen en heeft de nota terecht ten laste van de zorgverzekering vergoed. Verzoekster is daarom gehouden het bedrag van € 253,09 aan de ziektekostenverzekeraar te voldoen.

Conclusie

- 9.3. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 17 september 2014,

Voorzitter