



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen Avéro Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht en Achmea
Zorgverzekeringen N.V. te Zeist, vertegenwoordigd door Aevitae B.V. te Heerlen
Zaak : Geneeskundige zorg, GGZ, eigen bijdrage
Zaaknummer : 201401731
Zittingsdatum : 22 april 2015

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo)

(Voorwaarden zorgverzekering 2012, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.3 Rzv)

1. Partijen

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

tegen

- 1) Avéro Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, en
- 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar, vertegenwoordigd door Aevitae B.V. te Heerlen.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Basisverzekering (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 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder BW). Verder waren ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Aanvullend Royaal en Tandzorg Primair afgesloten (hierna tezamen: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Bij brief van 4 april 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat hij een bedrag van totaal € 200,- is verschuldigd in verband met de eigen bijdrage voor psychiatrische zorg in 2012.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij e-mailberichten van 20 mei, 4 juni en 25 juni 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 e-mailbericht van 27 oktober 2014 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is af te zien van het bij hem in rekening brengen van bedoelde eigen bijdrage (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 12 februari 2015 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 13 februari 2015 aan verzoeker gezonden.

3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 11 maart 2015 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 2 april 2015 per e-mail medegedeeld eveneens in persoon te willen worden gehoord.

3.8. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10, lid 9 van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat, gebruik makend van de haar op grond van artikel 22 van dit reglement toekomstige bevoegdheid, de onderhavige zaak in afwijking van het bepaalde in artikel 13, lid 5 onder a van bedoeld reglement enkelvoudig wordt afgedaan.

3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 20 mei 2015 in persoon gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

4.1. Op 4 april 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar bij verzoeker een bedrag € 200,- in rekening gebracht ter zake van de eigen bijdrage voor psychiatrische zorg.

4.2. Verzoeker is van mening dat de ziektekostenverzekeraar de betreffende nota te laat heeft gestuurd. Verzoeker kan inmiddels namelijk niet meer controleren of de nota terecht is en of hij de betreffende kosten reeds heeft betaald.

4.3. Blijkens het uitkeringsbericht is de psychiatrische zorg verleend door GGZ Delfland. Verzoeker stelt dat hij in 2011 opgenomen is geweest in een instelling. Na zijn opname en behandeling door GGZ Delfland is de behandelend specialist vertrokken. Uit praktische overwegingen is toen besloten zijn dossier en de behandeling over te dragen aan Parnassia Groep B.V.. Dit heeft enige tijd geduurd, maar uiteindelijk is de behandeling van verzoeker in de loop van 2012 bij laatstgenoemde instelling voortgezet. Verzoeker is daarom van mening dat het onjuist is te stellen dat zijn behandeling in 2012 is aangevangen. Hiermee vervalt dan ook de aanspraak die de ziektekostenverzekeraar meent te hebben.

4.4. Verzoeker meldt dat hij leeft van een minimuminkomen. Hij kan geen onverwachte, en in zijn geval onterechte, kosten opvangen. Het verbaast verzoeker niet dat Parnassia Groep B.V. zijn administratie niet op orde heeft, en de ziektekostenverzekeraar onjuist en onvolledig informeert. Verzoeker wenst hiervan echter niet de rekening gepresenteerd te krijgen.

4.5. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling toegelicht dat hij reeds jaren lang kampt met psychische klachten, waarvoor hij door verschillende artsen is behandeld. Het is bekend wat het probleem is, en dat het steeds weer terugkomt. Verzoeker is in verband hiermee tweemaal opgenomen geweest, van 2005 tot 2007 en in 2012. De opname in 2012 is dus een vervolg op de eerdere behandeling, omdat het dezelfde problematiek betreft. Verzoeker herhaalt dat het, zeker gezien zijn financiële situatie, erg vervelend is dat er twee jaar na dato nog kosten bij hem in rekening worden gebracht.

Het voorstel, dat de ziektekostenverzekeraar ter zitting heeft gedaan, wijst verzoeker af. Hij wil liever een uitspraak van de commissie.

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. Op 21 november 2012 heeft GGZ Delfland een bedrag van € 1.060,77 bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd. De zorgverlener heeft hierbij declaratiecode 25A020 toegepast. De beschrijving hiervan is "Geen verblijf met depressie - vanaf 250 tot en met 799 minuten". De diagnosebehandelcombinatie (hierna: DBC) is geopend op 10 augustus 2012 en

gesloten op 31 oktober 2012. Deze gegevens acht de verzekeraar voldoende om de juistheid van de nota te kunnen beoordelen.

- 5.2. De looptijd van een behandeling is in veel gevallen langer dan een jaar. In de situatie van verzoeker is de declaratie al in 2012 door de ziektekostenverzekeraar ontvangen. De ziektekostenverzekeraar heeft evenwel gewacht met het in rekening brengen van de eigen bijdrage 2012 totdat alle zorgverleners voldoende de gelegenheid zouden hebben gehad de declaraties bij de ziektekostenverzekeraar in te dienen.
- 5.3. Verzoeker had op de hoogte kunnen zijn van het bestaan van de eigen bijdrage 2012. Deze wordt immers duidelijk genoemd in de verzekeringsvoorwaarden van dat jaar.
- 5.4. De zorgverlener heeft op 10 augustus 2012 een DBC geopend; de eigen bijdrage 2012 is dan ook terecht bij verzoeker in rekening gebracht.
- 5.5. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat in 2012 een nieuwe zorgaanbieder is ingeschakeld die een nieuw traject heeft geopend. De eigen bijdrage is dus terecht in rekening gebracht bij verzoeker. De ziektekostenverzekeraar begrijpt dat het vervelend is voor verzoeker om na twee jaar nog te worden geconfronteerd met de wettelijk verplichte eigen bijdrage. Daarom is de ziektekostenverzekeraar bereid het bedrag te delen; verzoeker mag het resterende bedrag dan in twee of vier termijnen betalen. Nadat verzoeker dit voorstel heeft afgewezen, heeft de ziektekostenverzekeraar het voorstel ingetrokken.

5.6. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 16 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 gehouden is af te zien van het bij verzoeker in rekening brengen van een bedrag van € 200,- ter zake van de eigen bijdrage voor psychiatrische zorg.

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 1 e.v. van de 'aanspraken' van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 11 van de 'aanspraken' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op niet klinisch geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (tweedelijns GGZ) bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“Wij vergoeden de kosten van behandeling door een GGZ-instelling, psychiater/zenuwarts of psychotherapeut of klinisch psycholoog.

(...)

Voor verzekerden vanaf 18 jaar geldt voor DBC's tot 100 minuten een wettelijke eigen bijdrage van € 100,-. Voor DBC's vanaf 100 minuten geldt een wettelijke eigen bijdrage van € 200,-. De

wettelijke eigen bijdrage bedraagt in totaal maximaal € 200,- per kalenderjaar (exclusief de eigen bijdrage voor verblijf van € 145,- per maand).(...)"

- 8.4. Artikel 11 van de 'aanspraken' van de zorgverzekering is volgens artikel 2 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.5. 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.
In artikel 2.3 lid 2 Rzv is bepaald dat de verzekerde van achttien jaar of ouder een eigen bijdrage betaalt voor zorg zoals psychiaters of klinisch psychologen die plegen te bieden, die hij in een kalenderjaar heeft ontvangen, van € 100,-- voor een DBC tot honderd minuten en € 200,-- voor een DBC vanaf honderd minuten.
- 8.6. 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.
- 8.7. Artikel 3:307 lid 1 BW luidt, voor zover hier van belang:
- "Een rechtsvordering tot nakoming van een verbintenis uit overeenkomst tot een geven of een doen verjaart door verloop van vijf jaren na de aanvang van de dag, volgende op die waarop de vordering opeisbaar is geworden. (...)"*

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Verzoeker heeft van de ziektekostenverzekeraar een nota ontvangen van totaal € 200,-- ter zake van de eigen bijdrage voor psychiatrische zorg, in 2012 aan hem verleend door GGZ Delfland. Niet in geschil is dat verzoeker de betreffende zorg heeft genoten, of dat voor de onderhavige zorg een eigen bijdrage is verschuldigd en dat deze - gelet op de door de zorgverlener bestede tijd - € 200,-- bedraagt. in geschil is of de verleende zorg in 2011 dan wel 2012 is aangevangen.
- 9.2. Door verzoeker is in in dit verband gesteld dat hij in 2011 opgenomen is geweest in een instelling van GGZ Delfland en dat de behandeling in 2012 is voortgezet bij de Parnassia Groep B.V.. De commissie merkt op dat de op 10 augustus 2012 geopende DBC, blijkens de omschrijving, ziet op een op die datum gestarte ambulante behandeling bij GGZ Delfland. Mogelijk had deze behandeling betrekking op dezelfde klachten, maar van een voortgezette opname is derhalve geen sprake. Dat verzoeker aansluitend, dat wil zeggen met ingang van 31 oktober 2012, onder behandeling is gekomen bij de Parnassia Groep B.V., is in dit verband niet relevant.
- 9.3. Hetgeen door verzoeker is aangevoerd met betrekking tot zijn persoonlijke omstandigheden kan niet leiden tot een andere uitkomst.

Verjaring vordering eigen bijdrage

- 9.4. Ingevolge artikel 3:307 BW verjaart een vordering tot nakoming van een verbintenis uit overeenkomst, zoal hier de vordering tot betaling van de eigen bijdrage, door verloop van vijf jaren na de aanvang van de dag, volgende op die waarop de vordering opeisbaar is geworden. Uit de stukken blijkt dat verzoeker tijdig is ingelicht over het bestaan van de vordering en dat op het moment dat aanspraak op betaling van de vordering werd gemaakt voornoemde termijn van vijf jaren nog niet was verstreken.

Conclusie

- 9.5. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 3 juni 2015,

prof. mr. A.I.M. van Mierlo