



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, tegen Onderlinge Waarborgmaatschappij DSW Zorgverzekeraar U.A. te Schiedam
Zaak : Geneeskundige zorg, GGZ, eigen bijdrage
Zaaknummer : 201401904
Zittingsdatum : 19 augustus 2015

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

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

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

Onderlinge Waarborgmaatschappij DSW Zorgverzekeraar U.A. te Schiedam, hierna 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 Basisverzekering (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 AV Top Delft 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).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Verzoekster heeft in 2012 specialistische GGZ-zorg genoten. Bij brief van 23 september 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat zij voor deze zorg een eigen bijdrage van € 200,- is verschuldigd.


3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 16 mei 2014 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 16 januari 2015 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de vordering van de eigen bijdrage GGZ van € 200,- te laten vervallen (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 13 mei 2015 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 20 mei 2015 aan verzoekster gezonden.


 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 12 juni 2015 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 4 augustus 2015 schriftelijk medegedeeld telefonisch 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 toekomende bevoegdheid, de onderhavige zaak in afwijking van het bepaalde in artikel 13, lid 5 onder a van bedoeld reglement enkelvoudig wordt afgedaan.


 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 19 augustus 2015 telefonisch gehoord.


 4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster


 4.1. Verzoekster heeft tussen 6 juni 2012 en 5 juni 2013 meerdere consulten in het kader van GGZ-zorg gehad. Volgens verzoekster is evenwel geen sprake geweest van een behandeling. Toch heeft zij heeft medio september 2013 een factuur van € 200,- ontvangen voor de eigen bijdrage GGZ. Verzoekster is het om verschillende redenen niet ermee eens dat zij deze nota dient te voldoen.

 4.2. Verzoekster stelt dat de afspraken die zij heeft gehad bij de GGZ-instelling geen behandeling, maar diagnostisch onderzoek betreffen. Aangezien voor diagnostisch onderzoek geen eigen bijdrage is verschuldigd, heeft zij ten onrechte een nota ontvangen.


 4.3. Verzoekster stelt daarnaast dat, indien de wachtlijst beperkter was geweest, zij zich reeds in 2011 zou hebben gewend tot de GGZ-instelling. In het jaar 2011 gold nog geen eigen bijdrage. Verzoekster concludeert dat zij de onderhavige kosten heeft moeten maken door de lengte van de wachtlijst.


 4.4. Verzoekster stelt bovendien dat de ziektekostenverzekeraar de betreffende nota te laat heeft gestuurd. Zij kan de nota inmiddels niet meer op juistheid controleren. Tenslotte stelt zij dat zij door de ziektekostenverzekeraar niet is gewezen op de poliswaarden.

 4.5. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat het haar vooraf niet duidelijk was dat er een eigen bijdrage zou gelden. Om die reden heeft zij telefonisch contact gehad met de ziektekostenverzekeraar. Tijdens dit gesprek is door de medewerker van de ziektekostenverzekeraar gezegd dat geen eigen bijdrage van toepassing was. Daarnaast is door de betreffende medewerker van de ziektekostenverzekeraar niet verwezen naar de polisvoorwaarden.

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

 5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

 5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt dat iedere verzekerde vóór het begin van het nieuwe kalenderjaar een polisblad én een uitgebreide toelichting van hem ontvangt. Uit deze uitgebreide toelichting kan worden opgemaakt dat verzekerde de polisvoorwaarden kan opvragen en dat deze daarnaast te raadplegen zijn via de internetsite. In de betreffende voorwaarden is opgenomen dat in de onderhavige situatie een eigen bijdrage van € 200,- is verschuldigd. De ziektekostenverzekeraar concludeert dat verzoekster op de hoogte had kunnen zijn van de in 2012 toepasselijke eigen bijdrage GGZ van € 200,-.

 5.2. De ziektekostenverzekeraar voert verder aan dat uit de gedeclareerde DBC blijkt dat diagnostische activiteiten hebben plaatsgevonden. Deze activiteiten zijn onderdeel zijn van de DBC, zodat derhalve geen sprake is van een uitzondering zoals genoemd in artikel 2.3 lid 5 van de Regeling zorgverzekering. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster geadviseerd contact op te nemen

met de betreffende GGZ-instelling indien zij van mening is dat door deze een foutieve DBC is gedeclareerd.

5.3. Volledigheidshalve deelt de ziektekostenverzekeraar mede dat het hem niet bekend is dat verzoekster op enig moment contact met hem heeft opgenomen over de lange wachttijd bij de GGZ-instelling.

5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat van alle gesprekken die medewerkers van de ziektekostenverzekeraar voeren met verzekerden geen notities worden gemaakt. Ieder jaar wordt aan alle verzekerden een polisblad gestuurd en een verwijzing naar de verzekeringsvoorwaarden. Deze voorwaarden zijn terug te vinden op de website of worden, indien gewenst, toegezonden.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op de artikelen 14 van de zorgverzekering en 13 van de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar terecht de eigen bijdrage van € 200,-- voor in 2012 genoten specialistische GGZ-zorg bij verzoekster in rekening 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 restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen 15 e.v. van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 33 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op specialistische GGZ bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“Wij onderscheiden:

- *specialistische GGZ zonder verblijf (zie lid 1);*
- *specialistische GGZ met verblijf (zie lid 2).*

lid 1 Specialistische GGZ zonder verblijf

lid 1.1 Te vergoeden zorgkosten

Wij vergoeden:

- de specialistische GGZ zonder verblijf;*
- de verpleging, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen.*

lid 1.2 Voorwaarden

Algemeen

Het gaat om zorg zoals psychiaters, zenuwartsen en klinisch psychologen plegen te bieden, zonder dat opname in een psychiatrisch ziekenhuis (instelling voor specialistische psychiatrische zorg)

of op een psychiatrische afdeling in een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg) plaatsvindt

Verwijzing/indicatiebesluit

U heeft een verwijzing nodig van een huisarts, medisch specialist of een bedrijfsarts. Dit geldt niet voor acute zorg. Voor jeugdigen zoals bedoeld in de Wet op de jeugdzorg is een indicatiebesluit nodig van een Bureau Jeugdzorg als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg; gaat het om zorg als omschreven in artikel 9b vijfde lid van de AWBZ, dan is een verwijzing nodig van een arts of andere behandelaar genoemd in artikel 10 van het Uitvoeringsbesluit Wet op de jeugdzorg.

Zorgverlener

De zorg wordt verleend door een GGZ-instelling, een psychiatrische afdeling in een ziekenhuis (PAAZ), een psychiatrische universiteitskliniek (PUK) of een vrijgevestigde psychiater, klinisch psycholoog of psychotherapeut.

Eigen bijdrage

Voor de DBC's tot 100 minuten geldt een eigen bijdrage van € 100,- per kalenderjaar.

Voor de DBC's vanaf 100 minuten geldt een eigen bijdrage van € 200,- per kalenderjaar.

Per kalenderjaar betaalt u maximaal € 200,- eigen bijdrage

Er geldt geen eigen bijdrage voor:

- Een DBC voor indirecte tijd;*
 - Een DBC voor crisiszorg;*
 - Gedwongen opnamen in een psychiatrisch ziekenhuis in het kader van de wet BOPZ op begindatum van de DBC;*
 - Verzekerden die jonger dan 18 jaar zijn op de begindatum van de DBC.*
- (...)"*

- 8.4. In artikel 1 van de zorgverzekering worden de begripsomschrijvingen van de zorgverzekering gegeven. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

"(...)

Eigen bijdrage:

Kosten van zorg die door de zorgverzekering gedekt zijn, maar waarvan wettelijk bepaald is dat een verzekerde die gedeeltelijk zelf moet betalen. De eigen bijdrage kan een vast bedrag per behandeling zijn of een bepaald percentage van de kosten van de zorg. Een eigen bijdrage is iets anders dan een eigen risico. Eigen risico en eigen bijdrage kunnen naast elkaar van toepassing zijn op de verzekerde zorg. Een overzicht van alle eigen bijdragen is opgenomen in bijlage 2.

(...)"

- 8.5. In Bijlage 2 van de zorgverzekering wordt een overzicht gegeven van de in 2012 geldende eigen bijdrage. Hierin is bepaald dat voor specialistische GGZ een eigen bijdrage geldt van:

- € 100,- voor een DBC tot 100 minuten.*
 - € 200,- voor een DBC vanaf 100 minuten.*
 - De verzekerde betaalt per kalenderjaar maximaal € 200,- aan eigen bijdrage voor de behandeling.*
- (...)"*

- 8.6. De artikelen 1 en 33, en Bijlage 2 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.7. Artikel 11, lid 1, onderdeel b 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 vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.

Geneeskundige zorg, waaronder ook geestelijke gezondheidszorg valt, is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv en verder uitgewerkt in de artikelen 2.1 tot en met 2.3 Rzv.

In artikel 2.3 lid 2 sub b 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, van € 200,-- indien sprake is van een DBC vanaf 100 minuten.

- 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 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. Niet in geschil is dat verzoekster bij een GGZ-instelling zorg heeft genoten en dat de kosten hiervan zijn gedeclareerd door middel van een DBC. Gelet op artikel 23 Zvw wordt de DBC toegerekend aan het jaar waarin deze werd geopend. In de onderhavige kwestie is dit kalenderjaar 2012. In artikel 33 van de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden is bepaald dat bij behandeling door een GGZ-instelling een eigen bijdrage geldt. Voor een DBC van meer dan 100 minuten is de eigen bijdrage € 200,--. Verzoekster had dit aan de hand van de verzekeringsvoorwaarden kunnen vaststellen.

- 9.2. Ten aanzien van de vraag of, gelet op de aard van de verleende zorg, de eigen bijdrage GGZ van € 200,-- mocht worden berekend, overweegt de commissie het volgende. Op het declaratieoverzicht is vermeld door welke zorgaanbieder welke kosten zijn gedeclareerd, te weten "geen verblijf met diagnostiek". Op verzoek van verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat een DBC is gedeclareerd die betrekking heeft op een behandeling met een duur vanaf 1200 minuten. Verzoekster heeft niet betwist dat zij daadwerkelijk zorg heeft genoten. Zij heeft enkel bestreden dat geen sprake was van een behandeling. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster erop gewezen dat zij, in verband met privacyoverwegingen, zelf contact dient op te nemen met de GGZ-instelling betreffende haar klacht over de aard van de gedeclareerde zorg, aangezien tussen haar en de GGZ-instelling een behandelovereenkomst tot stand is gekomen. De commissie concludeert dat de ziektekostenverzekeraar zijn vordering voldoende heeft toegelicht en dat dit niet anders wordt door hetgeen verzoekster in dit verband heeft gesteld. Dat, zoals verzoekster tevens heeft aangevoerd, de ziektekostenverzekeraar haar de nota te laat heeft gestuurd, is niet gebleken. Aangezien zij geen beroep heeft gedaan op wachttijstbemiddeling door de ziektekostenverzekeraar, moet hetgeen verzoekster heeft gesteld ten aanzien van de in 2011 bestaande wachttijd voor kennisgeving worden aangenomen. Hieruit volgt dat verzoekster de eigen bijdrage van € 200,-- aan de ziektekostenverzekeraar dient te voldoen.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.3. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde, zodat de opgelegde eigen bijdrage GGZ van € 200,-- niet ten laste van deze verzekering kan worden vergoed.

Conclusie

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



10. Het bindend advies



10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 9 september 2015,



P.J.J. Vonk

