

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B in deze vertegenwoordigd door E te F tegen C te D
Zaak : Eigen risico, GGZ, DBC
Zaaknummer : 2009.02112
Zittingsdatum : 27 januari 2010

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2008, artt. 18a, 19, 20 en 21 Zvw, 2.17 en 2.18 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2008)

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoekster, in deze vertegenwoordigd door E te F
tegen

C te D hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 28 juni 2008 de kosten van consulten specialistische GGZ uit 2008 te verrekenen met het verplicht eigen risico van € 150,--.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige behandeling was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van het Basispakket, variant Natura (hierna: de zorgverzekering). Een zorgverzekering betreft een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Basisaanvullende regeling en Regeling aanvullende vergoedingen pakket 2 afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Alle verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. De behandelend psychotherapeut heeft bij de ziektekostenverzekeraar een Diagnose Behandeling Combinatie (verder: DBC) ad € 230,85 gedeclareerd voor consulten specialistische GGZ in 2008 met als ingangsdatum 2 januari 2008. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 28 juni 2008 aan verzoekster meegedeeld dat deze declaratie wordt verrekend met het verplicht eigen risico ad € 150,--.
- 3.3. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar meerdere malen om heroverweging gevraagd. Bij brieven van 8 oktober en 29 december 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.5. Bij brief van 30 september 2009 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is af te zien van verrekening van de door de zorgverlener gedeclareerde kosten voor consulten specialistische GGZ met het verplicht eigen risico van € 150,--, aangezien de behandelingen in 2008 een vervolg zijn op die in 2007 (hierna:

het verzoek).

- 3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 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.
- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief van 22 december 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 24 december 2009 aan verzoekster gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar hebben op respectievelijk 28 december 2009 en 11 januari 2010 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Verzoekster stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat zij in 2007 een aantal sessies heeft gevolgd bij een psychotherapeut. De daarmee gemoeide kosten zijn, met uitzondering van de eigen bijdrage, vergoed op grond van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). In 2008 heeft zij nog een consult gehad. Dit consult betreft een vervolg op de eerdere consulten in 2007. Volgens verzoekster had de zorgverlener een “overloop DBC” moeten hanteren. De kosten van het consult zijn door de ziektekostenverzekeraar onterecht verrekend met het verplicht eigen risico voor 2008.
- 4.2. Daarnaast stelt verzoekster dat zij niet goed is geïnformeerd over de veranderingen in de vergoedingen met ingang van 1 januari 2008. Zo was het voor haar niet duidelijk op welke vergoedingen zij recht heeft.
- 4.3. Verzoekster komt tot de conclusie dat haar verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat psychotherapie vanaf 1 januari 2008 onder de zorgverzekering valt. De ziektekostenverzekeraar heeft eind 2007 door middel van een brief, met daarbij gevoegd een brochure, al zijn verzekerden geïnformeerd over deze wijziging.

Door de behandelaar is bij de ziektekostenverzekeraar een bedrag ad € 230,85 gedeclareerd. Dit bedrag is verrekend met het verplicht eigen risico voor 2008 van € 150,--.

- 5.2. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoekster terecht is afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

De commissie is 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. De beoordeling van het geschil

- 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar de door de zorgverlener al dan niet correct gedeclareerde kosten voor consulten specialistische GGZ mag verrekenen met het verplicht eigen risico voor 2008 van € 150,--. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 7.2. De verzekerde prestaties zijn geregeld in artikel 12 van de zorgverzekering. Met ingang van 1 januari 2008 behoort de specialistische GGZ tot de verzekerde prestaties. Artikel 12 van de zorgverzekering regelt dat de zorgverlener de kosten rechtstreeks declareert bij de ziektekostenverzekeraar. De vergoeding vindt plaats op basis van het door de ziektekostenverzekeraar en de zorgaanbieder overeengekomen tarief. Wanneer de rechtstreeks betaalde kosten vallen onder het eigen risico, dan komen deze voor rekening van de verzekerde. Voor zover hier van belang, luidt de bepaling als volgt:

“Artikel 12 Verzekerde prestaties

12.1

De verzekerde heeft aanspraak op zorg in natura zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden.

12.2

De zorg in natura wordt verleend door een door [naam ziektekostenverzekeraar] gecontracteerde zorgaanbieder. De vergoeding van de kosten van zorg vindt rechtstreeks aan de betreffende zorgaanbieder plaats op basis van het door [naam ziektekostenverzekeraar] met de betrokken zorgaanbieder overeengekomen tarief. (...)

12.6

Als [naam ziektekostenverzekeraar] rechtstreeks aan zorgaanbieders kosten van zorg betaalt, en deze kosten vallen onder een eigen risico of de kosten van zorg komen anderszins voor rekening van de verzekeringnemer op grond van deze verzekeringsvoorwaarden, is de verzekerde de kosten verschuldigd aan [naam ziektekostenverzekeraar]. [Naam ziektekostenverzekeraar] brengt deze kosten in rekening bij de verzekeringnemer, die zich verplicht tot betaling.”

- 7.3. Artikel 7 van de zorgverzekering regelt het verplicht eigen risico van € 150,-- per kalenderjaar en luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

“Artikel 7 Verplicht eigen risico

7.1

Iedere verzekerde van achttien jaar en ouder heeft een verplicht eigen risico van € 150,00 per kalenderjaar. (...)

7.5

Voor de berekening van het te dragen eigen risicobedrag worden de kosten van zorg of een andere dienst toegerekend aan het kalenderjaar waarin de zorg is genoten, met dien verstande dat de kosten van zorg of een andere dienst die in twee kalenderjaren is genoten en door de zorgaanbieder of andere dienstverlener in één bedrag in rekening zijn gebracht, worden toegerekend aan het kalenderjaar waarin de zorg of dienst is aangevangen. De kosten van een Diagnose Behandeling Combinatie (DBC) worden toegerekend aan het kalenderjaar waarin de DBC is geopend.

- 7.4. Uit artikel 1 lid 76 volgt dat de artikelen 7.1, 7.5, 12.1, 12.2 en 12.6 van de zorgverzekering zijn gebaseerd op de Zvw, het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 7.5. Paragraaf 3.4 Zvw en de artikelen 2.17 en 2.18 Bzv regelen het verplicht en het vrijwillig eigen risico.
- 7.6. De commissie constateert dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.7. Conform artikel 12.2 van de zorgverzekering heeft de behandelend zorgverlener bij de ziektekostenverzekeraar een bedrag € 230,85 gedeclareerd voor consulten specialistische GGZ in 2008. Vanaf 1 januari 2008 geldt voor de declaraties door zorgaanbieders van GGZ de door de Nederlandse Zorgautoriteit op grond van de artikelen 37 en 38 Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde Regeling Declaratiebepalingen DBC GGZ. Volgens de artikelen 4.2.2 en 4.2.3 van de Regeling Declaratiebepalingen DBC GGZ kan de zorgverlener alleen de kosten vanaf 1 januari 2008 declareren bij de ziektekostenverzekeraar. De kosten over 2007 komen namelijk voor rekening van de AWBZ. Door verzoekster is gesteld dat de behandelingen reeds in 2007 zijn begonnen en doorliepen in 2008, en dat in het onderhavige geval sprake is van een “overloop DBC”. Deze stelling moet worden gepasseerd, aangezien de behandelend psychotherapeut gedeclareerd heeft voor kortdurende behandelingen, waaruit kan worden opgemaakt dat geen sprake was van een doorlopende behandeling. De commissie treedt niet in dit inhoudelijke oordeel. Van een in 2007 geopende, en in 2008 doorlopende DBC is derhalve geen sprake. Verzoekster heeft de juistheid van het gedeclareerde bedrag overigens niet bestreden.
- 7.8. Artikel 7.1 van de zorgverzekering bepaalt dat iedere verzekerde van achttien jaar en ouder een verplicht eigen risico heeft van € 150,00 per kalenderjaar. Onder dit eigen risico vallen niet de kosten van huisartsenzorg en van bevalling en kraamzorg. Nu daarvan geen sprake is heeft de ziektekostenverzekeraar de kosten ad € 230,85 terecht ten laste van het verplicht eigen risico gebracht.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 7.9. De aanvullende ziektekostenverzekering kent geen dekking voor onder het eigen risico van de zorgverzekering vallende kosten, zodat verzoekster daar geen aanspraak aan kan ontleen.

Werking privaatrecht

- 7.10. Verzoekster heeft gesteld dat zij door de ziektekostenverzekeraar niet expliciet en schriftelijk op de hoogte is gebracht van het feit, dat de kosten van specialistische GGZ-zorg vanaf 1 januari 2008 in de basisverzekering zijn opgenomen. De commissie constateert dat door de ziektekostenverzekeraar eind 2007 brochures zijn ver-

zonden over de wijzigingen in de wetgeving en de verzekeringsvoorwaarden. Verzoekster heeft niet gesteld deze brochures niet te hebben ontvangen. In deze brochures is ruimschoots aandacht besteed aan de wijzigingen in de vergoedingen, onder andere voor behandelingen door een psychotherapeut. Van een ziektekostenverzekeraar kan niet worden verwacht dat hij elke verzekerde persoonlijk informeert over de consequenties van de aangekondigde wijzigingen in zijn of haar specifieke situatie. Dit geldt te meer, omdat niet altijd duidelijk is welke zorg door de verzekerde genoten is of in het nieuwe jaar genoten gaat worden. Verzoekster had uit de informatie in de brochure redelijkerwijs kunnen opmaken dat de daarin beschreven wijzigingen ook voor haar relevant waren. Derhalve moet worden aangenomen dat, wanneer verzoekster meende dat de brochure op onderdelen niet geheel duidelijk was, het op haar weg had gelegen daarover contact op te nemen met de ziektekostenverzekeraar.

Conclusie

- 7.11. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
- 8. Het bindend advies
- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 10 februari 2010,

Voorzitter