



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen Zilveren Kruis Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht  
en Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist  
Zaak : Geneeskundige zorg, GGZ, eigen bijdrage  
Zaaknummer : 201400676  
Zittingsdatum : 11 maart 2015

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

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

---

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen


- 1) Zilveren Kruis Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, en
- 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist,  
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 basis van de Beter Af Polis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Beter Af Plus Polis drie sterren, Beter Af Tandarts Polis twee sterren en Gemeente EP afgesloten (hierna gezamenlijk: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde 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. Bij brief van 10 januari 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar een bedrag van € 200,-- bij verzoeker in rekening gebracht in verband met een eigen bijdrage voor GGZ-zorg.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 13 februari 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft bij brief van 14 mei 2014 aan verzoeker medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling.
- 3.4. Bij brief van 6 augustus 2014 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is een specificatie te geven van het bedrag van € 200,--. Indien dit niet mogelijk is, dient de vordering te vervallen (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 18 december 2014, door de commissie ontvangen op 29 december 2014, zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 5 januari 2015 aan verzoeker gezonden.

 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 21 januari 2015 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 25 februari 2015 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.

 3.8. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 11 maart 2015 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord.


#### 4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker


 4.1. Verzoeker heeft in het jaar 2013 een behandeling ondergaan bij een GGZ-instelling. Op 29 december 2012 vond het eerste consult plaats. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker bij brief van 10 januari 2014 een bedrag van € 200,- in rekening gebracht in verband met een eigen bijdrage. De ziektekostenverzekeraar heeft echter niet gespecificeerd hoe dit bedrag is opgebouwd. Ook is in de voorwaarden van de zorgverzekering niet vermeld dat een eigen bijdrage is verschuldigd. Verzoeker is daarom van mening dat hij niet gehouden is genoemd bedrag aan de ziektekostenverzekeraar te voldoen.


 4.2. Ter zitting is door verzoeker aangevoerd dat het erom gaat of de grens van 250 behandelminuten is overschreden. Daarom wil hij een opgave van de bestede tijd. Door de ziektekostenverzekeraar is hem om een machtiging gevraagd, waarmee deze toegang zou krijgen tot de medische gegevens van verzoeker. Verzoeker heeft deze machtiging niet getekend. Het gaat alleen om het aantal minuten. Op basis van zijn eigen agenda komt verzoeker tot de conclusie dat hij 480 minuten is behandeld. Daarbij gaat het om de directe tijd.


 4.3. 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 op 29 december 2012 het eerste consult gehad bij de GGZ-instelling, zodat de DBC op dat moment is geopend en de voorwaarden van dat jaar van toepassing zijn. In 2012 gold een eigen bijdrage, die afhankelijk was van het aantal gedeclareerde behandelminuten. De GGZ-instelling heeft 250 tot 800 behandelminuten gerekend. Dit betreft zowel directe als indirecte tijd. Voor dit aantal behandelminuten is verzoeker een eigen bijdrage verschuldigd van € 200,-.

 5.2. In verband met de Wet bescherming persoonsgegevens mag de ziektekostenverzekeraar niet alle gegevens van verzekerden opvragen. In dit geval kan alleen worden gezien hoeveel minuten door de GGZ-instelling zijn gedeclareerd. Verzoeker kan met de instelling contact opnemen om te achterhalen hoe de declaratie precies is opgebouwd.

 5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat de machtiging is gevraagd om bij de zorgaanbieder informatie op te vragen over de bestede tijd, niet vanwege het behandelplan. Verzoeker wilde echter niet meewerken. Hij kan de zorgaanbieder rechtstreeks benaderen met zijn vraag.

 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 16 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 de eigen bijdrage van € 200,- bij verzoeker mag vorderen, en of hij gehouden is een specificatie te geven van de aan verzoeker verleende behandeling.

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 combinatiepolis, zodat de verzekerde voor bepaalde zorg is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners en voor andere zorg kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld onder het kopje 'aanspraken' van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 11 van de 'aanspraken' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op niet-klinische geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 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.*

*Wij vergoeden de kosten van:*

- de specialistische geestelijke gezondheidszorg;*
- de met de behandeling gepaard gaande verpleging;*
- de bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.*

*De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen psychiaters/zenuwartsen en klinisch psychologen als zorg plegen te bieden.*

*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). Deze wettelijke eigen bijdrage geldt niet voor de DBC's 'indirecte tijd' en 'crisis', zorg indien bemoeizorg de aanleiding is voor het starten van de DBC en voor zorg die door een psychiater in een instelling wordt verleend met toepassing van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen. (...)"*

8.4. Artikel 12 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering bepaalt, voor zover hier van belang:


*"U heeft aanspraak op zorg c.q. vergoeding van kosten van zorg uit de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering. De inhoud en omvang van deze zorg staat beschreven in deze wetten. Bepalend is de behandeldatum en/of de datum van de leverantie zoals vermeld op de nota en niet de datum waarop de nota is uitgeschreven. Wanneer een behandeling in de vorm van een DBC-tarief wordt gedeclareerd, is het moment van aanvang van de behandeling bepalend."*

- 8.5. De artikelen 11 van de 'aanspraken' van de zorgverzekering en 12 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.6. 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. Geestelijke gezondheidszorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv. Artikel 23 Zvw bepaalt dat kosten van zorg of een andere dienst worden toegerekend aan het kalenderjaar waarin de zorg of dienst is genoten, met dien verstande dat de kosten van zorg of een andere dienst die in twee achtereenvolgende 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.
- 8.7. 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.

9. Beoordeling van het geschil

**Ten aanzien van de zorgverzekering**


- 9.1. Niet in geschil is dat verzoeker een behandeling heeft ondergaan bij een GGZ-instelling 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 het eerste consult heeft plaatsgevonden, in dit geval 2012. In artikel 11 van de 'aanspraken' van de zorgverzekering van het jaar 2012 is bepaald dat bij behandeling door een GGZ-instelling een eigen bijdrage geldt. Deze bedraagt voor een DBC tot 100 minuten € 100,- en vanaf 100 minuten is de eigen bijdrage € 200,-. De stelling van verzoeker dat een en ander niet is geregeld in de voorwaarden van de zorgverzekering is derhalve onjuist.
- 9.2. Ten aanzien van de vraag of de ziektekostenverzekeraar de declaratie dient te specificeren overweegt de commissie het volgende. Aangezien de ziektekostenverzekeraar een vordering heeft op verzoeker, ligt het in beginsel op zijn weg deze vordering voldoende te specificeren. Op het declaratieoverzicht is vermeld door welke zorgaanbieder de kosten zijn gedeclareerd, en dat het gaat om "DBC GGZ ambulante". Na een klacht van verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar in de heroverweging van 13 februari 2014 toegelicht dat door de zorgaanbieder een DBC is gedeclareerd die betrekking heeft op een behandeling met een duur van 250 tot 800 behandelminuten. In verband met privacyoverwegingen krijgt de ziektekostenverzekeraar van de zorgaanbieder niet meer informatie dan de duur van de behandeling, uitgedrukt in een globaal aantal minuten, en een algemene omschrijving van de verleende zorg.
- 9.3. Verzoeker heeft, als gezegd, niet bestreden dat hij zorg heeft genoten bij de betreffende zorgaanbieder. Ook heeft hij gesteld noch aannemelijk gemaakt dat het aantal gedeclareerde behandelminuten te hoog is. Voor de ziektekostenverzekeraar bestond daarom geen reden nadere vragen te stellen aan de zorgaanbieder, zo het laatstgenoemde al vrij zou staan deze vragen te beantwoorden. Daarentegen kon verzoeker desgewenst zelf contact opnemen met de GGZ-instelling betreffende de klacht over de eigen bijdrage aangezien tussen hem en de instelling een behandelovereenkomst tot stand is gekomen. De commissie is van oordeel dat de



ziektkostenverzekeraar zijn vordering aldus voldoende heeft gespecificeerd, met inachtneming van de voor hem geldende beperkingen. Hieruit volgt dat verzoeker is gehouden de eigen bijdrage van € 200,-- aan de ziektekostenverzekeraar te voldoen.





#### Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 
- 9.4. De aanvullende ziektekostenverzekering kent geen vergoeding voor de eigen bijdrage die in het kader van GGZ-zorg vanuit de zorgverzekering is verschuldigd, zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden toegewezen.





#### 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, 25 maart 2015,



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

