



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A, tegen B en C te D
Zaak : Geneeskundige zorg, GGZ, eigen risico
Zaaknummer : 201303041
Zittingsdatum : 3 december 2014

 Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. H.A.J. Kroon)

 (Voorwaarden zorgverzekering 2013, artt. 19-22 Zvw, 2.17-2.19 Bzv)

 1. Partijen

De heer A , hierna te noemen: verzoeker,

 tegen

B en C te D, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

 2. De verzekeringssituatie

 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorg Zeker Polis (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).

 3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

 3.1. De zorgverzekeraar heeft verzoeker in oktober 2013 een nota gezonden voor een bedrag van € 744,47 ter zake van het verplicht en vrijwillig eigen risico 2013.

 3.2. Verzoeker heeft zich over voormelde beslissing bij de zorgverzekeraar en de zorgverlener beklaagd.

 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft ertoe geleid dat het aantal behandelminuten is gecorrigeerd, in die zin dat dit lager is vastgesteld. Het gevorderde bedrag is echter niet verlaagd.

 3.4. Bij e-mailbericht van 16 juli 2014 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar het bedrag van € 744,47 ten onrechte van hem vordert (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 zorgverzekeraar 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 zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 7 oktober 2014 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 10 oktober 2014 aan verzoeker gezonden.

 3.7. Verzoeker heeft de commissie bij e-mailbericht van 12 oktober 2014 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is aan de wederpartij gestuurd.

 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Om redenen van proceseconomie heeft de commissie besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10, lid 9 van

het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid, en tevens, gebruik makend van de haar op grond van artikel 22 van dit reglement toekomende bevoegdheid, dat de onderhavige zaak in afwijking van het bepaalde in artikel 13, lid 5 onder a van bedoeld reglement enkelvoudig wordt afgedaan.

Verzoeker heeft op 12 oktober 2014 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De zorgverzekeraar heeft op 17 november 2014 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.

3.9. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 3 december 2014 telefonisch gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

4.1. Verzoeker heeft in 2013 enkele malen telefonisch contact gehad met GGNet. Van de zorgverzekeraar ontving hij een nota voor het eigen risico ten bedrage van € 744,47. Kennelijk zijn de telefoongesprekken aangemerkt als behandelmomenten. Welke kosten verder door GGNet zijn gedeclareerd, is onduidelijk. Verzoeker heeft over het voorgaande zijn ongenoegen geuit. Ook de zorgverzekeraar bleek te twijfelen aan de juistheid van de gedeclareerde nota en heeft om opheldering gevraagd bij GGNet. Uiteindelijk heeft GGNet de gedeclareerde nota gecorrigeerd. Nog steeds is echter niet duidelijk waarvoor precies kosten in rekening zijn gebracht. Op de door de zorgverzekeraar overgelegde behandelingsspecificatie van GGNet staan diverse behandelaars vermeld die verzoeker onbekend zijn. Voorts worden directe en indirecte tijd onderscheiden. Door de zorgverzekeraar is verklaard dat telefonisch contact als directe tijd wordt aangemerkt, en dat tussen verzoeker en GGNet nauwelijks direct contact heeft plaatsgevonden. Het is dan tegenstrijdig dat op de behandelingsspecificatie een aantal keren directe tijd is vermeld. Voorts stelt verzoeker dat uit de voorwaarden van de behandelovereenkomst met de zorgverlener niet volgt dat telefooncontacten in rekening worden gebracht. Verzoeker is hier ook anderszins nimmer over geïnformeerd. De wijze van declareren is een onderwerp dat speelt in de verhouding tussen de zorgverzekeraar en GGNet; verzoeker staat hier buiten. Naar het oordeel van verzoeker is het aannemelijk dat GGNet doelbewust de boel traineert. De zorgverzekeraar heeft immers zelf verklaard dat GGNet weinig medewerking verleende in het onderzoek naar de gedeclareerde nota.

4.2. Verzoeker verwijst verder naar een op 4 juli 2014 door de Tweede Kamer aangenomen motie, waarin is bepaald dat verzekerden die ten onrechte een te hoge zorgkostennota hebben ontvangen, dienen te worden gecompenseerd voor het eigen risico.

4.3. Verzoeker stelt in reactie op de brief van de zorgverzekeraar van 7 oktober 2014 dat GGNet hem bij brief van 1 augustus 2013 heeft medegedeeld dat zijn dossier is vernietigd, maar dat de administratieve gegevens die van belang zijn voor de financiële verantwoording bewaard blijven. Het standpunt van de zorgverzekeraar in dezen is dan ook opmerkelijk. Verzoeker persisteert in zijn standpunt dat GGNet te veel en te hoge kosten heeft gedeclareerd.

4.4. Verzoeker verklaart zich onrechtvaardig behandeld en gedupeerd te voelen. Hij bevindt zich in een financieel benarde positie en kan niet aan zijn betalingsverplichtingen voldoen. Om die reden heeft hij enkele maandpremies laten storneren. Voor de eigen risiconota is een betalingsregeling getroffen met de zorgverzekeraar.

4.5. Ter zitting heeft verzoeker gesteld dat de bewijslast bij de zorgverlener ligt. GGNet kan de indirecte tijd niet aannemelijk maken. Er is gesjoemeld, en zelfs valsheid in geschrifte gepleegd. Het hele declaratieverhaal moet dan ook van tafel en het eigen risico kan niet bij verzoeker in rekening worden gebracht.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

- 
- 5.1. GGNet heeft voor verzoeker de DBC prestatiecode 202002000038 (declaratiecode 250037) gedeclareerd. De bijbehorende omschrijving is: "Geen verblijf met Pervasieve stoornissen - vanaf 3000 tot en met 5999 minuten".
- 
- 5.2. De zorgverzekeraar heeft naar aanleiding van de klacht van verzoeker onderzoek gedaan naar de door GGNet gedeclareerde nota. In eerste instantie werd door GGNet enkel medegedeeld dat er veelvuldig telefonisch contact tussen verzoeker en de behandelaars had plaatsgevonden. Vervolgens heeft de zorgverzekeraar aanvullende informatie over de behandeling opgevraagd. Door GGNet is een behandelingsspecificatie overgelegd. Meer informatie is niet voorhanden, aangezien op verzoek van verzoeker het dossier aldaar is vernietigd. De gegevens op de behandelingsspecificatie gaven aanleiding tot het vragen van een toelichting. Er heeft een tweetal gesprekken plaatsgevonden tussen medewerkers van GGNet en de zorgverzekeraar. Hieruit is gebleken dat de voornaamste oorzaak van de hoge nota de piketdienst is. Voorts hebben diverse directe contacten tussen verzoeker en een behandelaar plaatsgevonden. Verzoeker is conform een behandelplan op verschillende momenten behandeld. De behandelaar heeft veel tijd besteed aan een aantal sociaal maatschappelijke taken. Op basis van het voorgaande acht de zorgverzekeraar het aannemelijk dat GGNet veel heeft gedaan voor verzoeker en dat de zorg meer behelst dan enkel het aannemen van de telefoon op de momenten dat verzoeker zelf belde. Wel opmerkelijk was de hoeveelheid geregistreerde indirecte tijd in de laatste periode van de behandeling. Derhalve is GGNet verzocht de gedeclareerde indirecte tijd van 5 juni 2013 tot en met 9 juli 2013 te crediteren.
- 
- 5.3. De zorgverzekeraar heeft GGNet op 1 juli 2014 verzocht een creditnota in te dienen. GGNet heeft op 21 juli 2014 verklaard hiertoe niet over te gaan. De zorgverzekeraar vindt dit spijtig, maar sluit desalniettemin het dossier van verzoeker bij de afdeling Speciale Zaken. Deze sluiting van het dossier heeft een juridische reden. Hoewel de zorgverzekeraar zijn twijfels heeft geuit over de declaratie, dient zij dit voor een succesvolle terugvordering afdoende te onderbouwen. Dit is niet mogelijk gebleken, daar het dossier op verzoek van verzoeker is vernietigd. Uiteraard is het vervelend dat hierdoor de eigen risicovordering blijft bestaan. Echter, doordat verzoeker zelf heeft verzocht om vernietiging van zijn dossier bij GGNet, dienen deze kosten voor zijn risico en rekening te blijven.
- 
- 5.4. De zorgverzekeraar voert aan dat creditering van de declaratie voor verzoeker financieel geen verschil zou maken. Zelfs bij de lichtste DBC (Pervasief - vanaf 250 tot en met 799 minuten, € 1.052,52) had verzoeker hetzelfde bedrag aan eigen risico moeten betalen als thans het geval is. Voor het jaar 2013 had verzoeker naast het verplicht eigen risico van € 350,--, een vrijwillig eigen risico van € 500,--. Het totaalbedrag van € 850,-- wordt sowieso overschreden door de declaratie. Van een lager verschuldigd eigen risicobedrag voor verzoeker kan derhalve geen sprake zijn.
Met verzoeker is intussen een betalingsregeling getroffen voor het eigen risico 2013. Naar de stand van 7 oktober 2014 staat nog € 323,75 open.
- 
- 5.5. Ter zitting heeft de zorgverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat enkel stukken voorhanden zijn waarin staat hoeveel tijd aan verzoeker is besteed, en niet waarop deze tijd precies ziet. Feit is en blijft dat bij GGNet behandeling heeft plaatsgevonden.
- 
- 5.6. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.
- 
6. De bevoegdheid van de commissie
- 
- 6.1. Gelet op artikel 37 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 zorgverzekeraar terecht het bedrag van € 744,47 ter zake van het verplicht en vrijwillig eigen risico 2013 van verzoeker vordert.

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 zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen 5 tot en met 27 van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 3 van de zorgverzekering regelt het verplicht eigen risico, en luidt, voor zover hier van belang:

"3.1 Op deze polis is per kalenderjaar een verplicht eigen risico van € 350,00 per verzekerde van 18 jaar en ouder van toepassing. Het per verzekerde verplicht eigen risico wordt vermeld op het polisblad en wordt in mindering gebracht op de kosten dan wel vergoedingen van de zorg waarop volgens de verzekeringsvoorwaarden aanspraak kan worden gemaakt. Op het verplicht eigen risico zijn niet van toepassing:

a. De kosten van het gebruik van zorg zoals huisartsen die plegen te bieden, met uitzondering van de kosten van met deze zorg samenhangend onderzoek dat elders wordt uitgevoerd en apart in rekening wordt gebracht;

b. De directe kosten van het gebruik van zorg indien deze kosten verloskundige zorg en kraamzorg betreffen;

c. De kosten van de gecontracteerde multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen (ketenzorg);

d. Nacontroles van de donor nadat de periode, bedoeld in artikel 9 onder het vierde streepje, is verstreken.

(...)

3.4 Voor de vaststelling van het verplicht eigen risico wordt het DBC-zorgproduct en DBC GGZ toegerekend aan het jaar waarin deze wordt geopend.

3.5 Indien [naam zorgverzekeraar] rechtstreeks aan de zorgverlener de kosten van verleende hulp heeft vergoed, zal zo nodig het openstaande verplichte eigen risicobedrag worden verrekend, dan wel worden teruggevorderd. Het terug te vorderen verplicht eigen risico dient te worden terugbetaald bij het eerste schriftelijke verzoek van [naam zorgverzekeraar].

3.6 [Naam zorgverzekeraar] vergoedt uitsluitend de kosten die boven het bedrag van het verplicht eigen risico en, indien sprake is van een vrijwillig gekozen eigen risico als bedoeld in artikel 4, uitkomen. Het verplicht eigen risico is ook van toepassing op onderdelen van het verzekerd pakket waarbij een maximum bedrag is vermeld tenzij in de voorwaarden anders is bepaald."

8.4. Artikel 4 van de zorgverzekering regelt het vrijwillig eigen risico en luidt, voor zover hier van belang:

"4.1 Op deze polis is per kalenderjaar een vrijwillig gekozen eigen risico per verzekerde van 18 jaar en ouder van toepassing. Het per verzekerde vrijwillig gekozen eigen risico is in dat geval vermeld op het polisblad en wordt in mindering gebracht op de kosten dan wel vergoedingen van de zorg waarop volgens de verzekeringsvoorwaarden aanspraak kan worden gemaakt. De verzekeringnemer heeft het recht te kiezen voor het vrijwillig eigen risico met bijbehorende premiekorting. De kosten die niet van toepassing zijn op het verplichte eigen risico zoals genoemd in artikel 3.1 lid a t/m d vallen ook buiten het vrijwillig gekozen eigen risico. In die gevallen waarin, op grond van één van de navolgende artikelen, een bedrag voor rekening van de verzekerde blijft, telt dit bedrag niet mee voor het vol maken van het vrijwillig gekozen eigen risico.

4.2 Kosten van zorg die ten laste van deze polis worden vergoed, komen eerst in mindering op het verplicht eigen risico, bedoeld in artikel 3, en worden daarna in de eventuele berekening van het vrijwillig gekozen eigen risico betrokken.

(...)

4.5 Voor de vaststelling van het vrijwillig gekozen eigen risico wordt het DBC-zorgproduct en DBC GGZ toegerekend aan het jaar waarin deze wordt geopend.

4.6 Indien [naam zorgverzekeraar] rechtstreeks aan de zorgverlener de kosten van verleende hulp heeft vergoed, zal zo nodig het openstaande vrijwillig gekozen eigen risicobedrag worden verrekend, dan wel worden teruggevorderd. Het terug te vorderen eigen risico dient te worden terugbetaald bij het eerste schriftelijke verzoek van [naam zorgverzekeraar].

4.7 [Naam zorgverzekeraar] vergoedt uitsluitend de kosten die boven het bedrag van het vrijwillig gekozen eigen risico, en het verplicht eigen risico als bedoeld in artikel 3, uitkomen. Het vrijwillig gekozen eigen risico is ook van toepassing op onderdelen van het verzekerd pakket waarbij een maximum bedrag is vermeld tenzij in de voorwaarden anders is bepaald.

(...)"

8.5. De artikelen 3 en 4 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 1 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.6. Het eigen risico is geregeld in de artikelen 19 tot en met 22 Zvw en verder uitgewerkt in de artikelen 2.17 tot en met 2.19 Bzv.

8.7. 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 verzoeker voor het kalenderjaar 2013 een verplicht eigen risico had van € 350,-- en een vrijwillig eigen risico van € 500,-- . Tevens is niet in geschil dat het totale eigen risicobedrag nog niet was "volgemaakt", en dat de kosten van geestelijke gezondheidszorg niet zijn uitgesloten van het eigen risico.

9.2. De zorgverzekeraar heeft verzoeker een nota gestuurd voor een bedrag van € 744,47 ter zake van het eigen risico 2013. Verzoeker bestrijdt de onderliggende, door de zorgverlener gedeclareerde nota. Er zou door de zorgverlener veel meer tijd zijn gedeclareerd dan de werkelijk aan verzoeker verleende zorg rechtvaardigt. Te dien aanzien overweegt de commissie als volgt.

9.3. Gelet op het naturakarakter van de zorgverzekering en het feit dat de betreffende zorgverlener door de zorgverzekeraar is gecontracteerd, is de zorgverzekeraar gehouden gedegen onderzoek te doen naar de gedeclareerde nota, zeker als er aanwijzingen zijn dat deze niet juist zou kunnen zijn. De zorgverzekeraar heeft in dit geval ruimschoots aan de op hem rustende verplichting voldaan door een uitgebreid onderzoek te doen naar de nota, de DBC en de behandelingsspecificatie. Naar aanleiding hiervan is de zorgverlener gemaand een creditnota op te stellen voor een specifiek gedeelte van de behandeling. Het aantal behandelminuten zou moeten worden teruggebracht. Voor zover de commissie bekend, is hieraan door GGNet geen gevolg gegeven. De commissie laat dit punt rusten. In de eerste plaats is zij niet bevoegd in geschillen tussen zorgverleners en patiënten en evenmin in geschillen tussen zorgverzekeraars en zorgverleners. Voor zover de verhouding tussen verzoeker en de zorgverzekeraar aan de orde is constateert de commissie dat een creditnota hoe dan ook niet zal leiden tot een lagere vordering ter zake van het eigen risico, omdat zelfs het tarief van de "lichtste" DBC (€ 1.052,52) het openstaande eigen risicobedrag van verzoeker ruimschoots overstijgt.

9.4. Bij deze "lichtste" DBC gaat het om 250 tot en met 799 behandelminuten. Dat ten minste 250 minuten aan de behandeling van verzoeker zijn besteed is aannemelijk. Weliswaar is door hem de juistheid van de nota betwist, maar hetgeen door verzoeker is aangevoerd betreft enkel

de direct bestede tijd. Het staat vast dat ook indirecte tijd aan verzoeker is besteed. Verder onderzoek hiernaar is echter niet meer mogelijk aangezien het dossier op verzoek van verzoeker is vernietigd. Nu het initiatief tot deze vernietiging van verzoeker is uitgegaan, is het redelijk dat de hieruit voortvloeiende bewijsproblematiek voor zijn risico blijft.

- 9.5. Gezien het vorenoverwogene heeft de zorgverzekeraar de gedeclareerde nota terecht ten laste van de zorgverzekering vergoed en deze verrekend met het - verplicht en vrijwillig - eigen risico. Verzoeker is daarom gehouden het bedrag van € 744,47 aan de zorgverzekeraar te voldoen.

Conclusie

- 9.6. 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 december 2014,

mr. H.A.J. Kroon