

# **ANONIEM BINDEND ADVIES**

Partijen : A te B, tegen C te D  
Zaak : Eigen risico, GGZ DBC  
Zaaknummer : 2009.00793  
Zittingsdatum : 4 november 2009

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

C te D, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen de beslissing van de zorgverzekeraar de gedeclareerde kosten van consulten specialistische GGZ te verrekenen met het door verzoeker gekozen - vrijwillig - eigen risico van € 500,--.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Basispakket, variant Natura (hierna: de zorgverzekering). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). Een zorgverzekering is een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw).
- 3.2. De behandelend zorgverlener heeft bij de zorgverzekeraar een DBC ad € 1.892,-- gedeclareerd voor consulten specialistische GGZ. De zorgverlener heeft berekend dat van dit bedrag € 996,50 voor behandelingen in 2007 en € 895,50 voor behandelingen in 2008 komt. De kosten van 2007 komen ten laste van de AWBZ; de kosten van 2008 komen voor rekening van de zorgverzekering.
- 3.3. De zorgverzekeraar heeft het bedrag van 2008 verrekend met het verplicht eigen risico ad € 150,-- en het door verzoeker gekozen vrijwillig eigen risico van € 500,--.
- 3.4. Bij brief van 31 maart 2009 heeft verzoeker aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd.
- 3.5. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de zorgverzekeraar.
- 3.6. Bij brief van 17 augustus 2009 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is, althans zo begrijpt de commissie het verzoek, de gedeclareerde kosten voor consulten specialistische GGZ niet te verrekenen met het gekozen vrijwillig eigen risico van € 500,-- (hierna: het verzoek).
- 3.7. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 37,-- voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de moge-

lijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

3.8. De zorgverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief van 15 september 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 17 september 2009 aan verzoeker gezonden.

3.9. Partijen hebben aangegeven dat behandeling op basis van stukken kan plaatsvinden.

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

4.1. Verzoeker stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat de zorgverzekeraar de gedeclareerde kosten niet had mogen verrekenen met het door hem gekozen vrijwillig eigen risico van € 500,- omdat deze hem beter hadden moeten informeren over de veranderingen in de vergoedingen met ingang van 1 januari 2008. Wanneer verzoeker tijdig was geïnformeerd door de zorgverzekeraar, had hij voor een lager eigen risico gekozen.

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

#### 5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

5.1. De zorgverzekeraar stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat de door de zorgverlener ingediende declaratie een DBC betreft die is geopend in 2007 en afgesloten in 2008. Conform de Regeling Declaratiebepalingen DBC GGZ en de Wet marktordening gezondheidszorg declareert de zorgverlener alleen de kosten van zorg vanaf 1 januari 2008. Dit omdat de kosten van 2007 ten laste van de AWBZ komen. Aangezien door verzoeker een vrijwillig eigen risico is afgesloten van € 500,-, blijft dit bedrag voor zijn rekening. Alle verzekerden zijn eind 2007 geïnformeerd over de wijzigingen in hun zorgverzekering door middel van een brief met een overzicht van de aanpassingen per 1 januari 2008.

5.2. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat de gedeclareerde kosten terecht zijn verrekend met het eigen risico ad € 500,-.

#### 6. De bevoegdheid van de commissie

Voor zover het onderhavige geschil betrekking heeft op de zorgverzekering, is de commissie bevoegd daarvan kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

#### 7. De beoordeling van het geschil

7.1. Ter beantwoording ligt de vraag voor of de zorgverzekeraar de gedeclareerde kosten voor consulten specialistische GGZ mag verrekenen met het door verzoeker gekozen vrijwillig eigen risico van € 500,-. Niet in geschil is of de zorgverzekeraar de gedeclareerde kosten terecht heeft verrekend met het verplicht eigen risico van € 150,-.

## 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 regelt dat de zorgverlener bij een naturapolis de kosten rechtstreeks declareert bij de zorgverzekeraar. De vergoeding vindt plaats op basis van het door de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder overeengekomen tarief. Wanneer deze 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 zorgverzekeraar] gecontracteerde zorgaanbieder. De vergoeding van de kosten van zorg vindt rechtstreeks aan de betreffende zorgaanbieder plaats op basis van het door [naam zorgverzekeraar] met de betrokken zorgaanbieder overeengekomen tarief. (...)*

*12.6*

*Als [naam zorgverzekeraar] 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 zorgverzekeraar]. [Naam zorgverzekeraar] brengt deze kosten in rekening bij de verzekeringnemer, die zich verplicht tot betaling.”*

- 7.3. Artikel 8.1 bepaalt vervolgens dat wanneer is gekozen voor een vrijwillig eigen risico de zorgkosten eerst worden verrekend met dit eigen risico. Volgens artikel 8.3 van de zorgverzekering kan een verzekeringsplichtige kan kiezen voor een eigen risico van € 500,--. Genoemde artikelen luiden, voor zover hier van belang, als volgt:

*“Artikel 8 Vrijwillig eigen risico*

*8.1*

*Als er sprake is van een vrijwillig eigen risico, worden de kosten van zorg in mindering gebracht op het voor de verzekerde in een bepaald kalenderjaar geldend vrijwillig eigen risico voor zover deze kosten van zorg het bedrag van het verplicht eigen risico als bedoeld in artikel 7, hebben overschreden.*

*Het vrijwillig eigen risico is niet van toepassing op de kosten van zorg die ook uitgesloten zijn van het verplicht eigen risico.*

*8.3*

*Een verzekeringsplichtige van 18 jaar en ouder kan kiezen uit de volgende varianten van het vrijwillig eigen risico van: (...) € 500,--(...)”*

- 7.4. Uit artikel 1 lid 76 volgt dat de artikelen 8.1, 8.3, 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 zorgverzekeraar een bedrag € 1.892,-- gedeclareerd voor consulten specialistische GGZ. Vanaf 1 januari 2008 geldt voor de declaraties door zorgaanbieders van GGZ de door de Nederlandse Zorgautoriteit op grond van artikel 37 en 38 Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde Regeling Declaratiebepalingen DBC GGZ. Volgens artikel 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 zorgverzekeraar. De kosten over 2007 komen namelijk voor rekening van de AWBZ. De zorgverlener heeft berekend dat van eerder genoemd totaalbedrag € 996,50 betrekking heeft op behandelingen in 2007 en € 895,50 op behandelingen in 2008. Verzoeker heeft de juistheid van deze verdeling niet bestreden. Aangezien door verzoeker een vrijwillig eigen risico van € 500,-- is gekozen, dient de zorgverzekeraar conform artikel 8.1 van de zorgverzekering de gedeclareerde kosten eerst te verrekenen met het verplicht, en daarna met het gekozen vrijwillig eigen risico. Derhalve heeft de zorgverzekeraar de kosten terecht ten laste van het vrijwillig eigen risico gebracht.

### **Werking privaatrecht**

- 7.8. Verzoeker stelt verder dat hij door de zorgverzekeraar 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 zorgverzekeraar eind 2007 brochures zijn gezonden over de wijzigingen in de wetgeving en de verzekeringsvoorwaarden. Gesteld noch gebleken is dat verzoeker deze brochures niet heeft ontvangen. In deze brochures is, naar het oordeel van de commissie, ruimschoots aandacht besteedt aan de wijzigingen in de vergoedingen voor behandelingen bij een psychotherapeut. Van een zorgverzekeraar kan niet worden verwacht dat hij elke verzekerde persoonlijk informeert over hetgeen een en ander in zijn of haar specifieke situatie betekent. Ook al omdat niet altijd duidelijk is welke zorg genoten is of in het nieuwe jaar genoten gaat worden. Verzoeker had uit de informatie in de brochure redelijkerwijs kunnen opmaken dat de wijzigingen op hem betrekking hadden. Bovendien, wanneer verzoeker meende dat het een en ander niet geheel duidelijk was, had het op zijn weg gelegen zelf contact op te nemen met de zorgverzekeraar.
- 7.9. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

### 8. Het bindend advies

- 8.1. De commissie wijst het verzoek af

Zeist, 4 november 2009,

Voorzitter