

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C en E beide te D
Zaak : GGZ, specificatie eigen bijdrage
Zaaknummer : 2009.02725
Zittingsdatum : 7 april 2010

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoeker,

tegen

1) C en

2) E beide te D

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 21 augustus 2009 bij hem een bedrag van € 63,90 voor specialist/psychiatrie over de periode van 1 januari 2008 tot en met 28 oktober 2008 in rekening te brengen als wettelijk eigen risico.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] Basisverzekering Noord Nederland (hierna: de zorgverzekering), wat een verzekering is als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering AV Extra afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De aanvullende verzekering behoeft in het kader van de bestreden beslissing geen bespreking.
- 3.2. Bij brief van 21 augustus 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker medegedeeld dat hij het onder punt 2 genoemde bedrag verschuldigd is.
- 3.3. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 9 september 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. Bij brief van 21 december 2009 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is het bij hem in rekening gebrachte bedrag van € 63,90 alsnog ten laste van de zorgverzekering te laten zijn (hierna: het verzoek).
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 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 stuk-

ken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief van 1 maart 2010 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 2 maart 2010 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 2 maart 2010 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 12 maart 2010 schriftelijk medegedeeld evenmin te willen worden gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1 Verzoeker stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat hij en zijn echtgenote gedurende de periode van 21 december 2006 tot en met 11 januari 2008 zijn behandeld door Meerkanten, Meerzicht (GGZ). Op 28 oktober 2008 heeft de zorgverlener een brief aan de huisarts geschreven, waarin is gemeld dat de behandeling op 11 januari 2008 is beëindigd. De door de ziektekostenverzekeraar gegeven specificatie, dat een bedrag verschuldigd is voor zorg geleverd over de periode van 1 januari 2008 tot en met 28 oktober 2008, is derhalve niet correct. De ziektekostenverzekeraar is hierop in de heroverweging niet ingegaan, maar is ten onrechte ervan uitgegaan dat verzoeker het bedrag niet wilde betalen.
- 4.2 Verzoeker is verder van mening dat de ziektekostenverzekeraar, door zijn persoonsgegevens te verifiëren bij de zorgverlener, inbreuk heeft gemaakt op zijn privacy en persoonlijke levenssfeer. Hij meent voorts dat de ziektekostenverzekeraar zich niet heeft gehouden aan de 'Gedragscode van de zorgverzekeraar' van de vereniging Zorgverzekeraars Nederland.
- 4.3 De geschillencommissie van de ziektekostenverzekeraar is niet onafhankelijk.
- 4.4 Verzoeker is van mening dat de ziektekostenverzekeraar ten onrechte de klachtenprocedure uit de Algemene wet bestuursrecht (Awb) niet heeft gevolgd. Daarnaast heeft de ziektekostenverzekeraar ten onrechte gesteld dat de Awb niet van toepassing is op de verzekeringsovereenkomst die verzoeker met hem heeft gesloten. Dat de Awb van toepassing is op de onderhavige overeenkomst blijkt, aldus verzoeker, uit artikel 69, lid 5 Zvw, waarin uitdrukkelijk wordt verwezen naar de Awb. Daarnaast sluit de ziektekostenverzekeraar voor de bewaartermijn van geschildossiers aan bij de in de Awb genoemde termijn van zeven jaar; ook hieruit blijkt volgens verzoeker dat de Awb van toepassing is.
- 4.5 Verzoeker 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, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat door GGZ-instelling Meerkanten een bedrag is gedeclareerd voor een kortdurende behandeling zonder verblijf, voor de tijdsduur van 0 tot 100 minuten die in 2007 is gestart en in 2008 is beëindigd. Tot 1 januari 2008 werden de kosten van een specialistische GGZ-behandeling vergoed vanuit de AWBZ. Vanaf 1 januari 2008 be-

staat aanspraak op specialistische behandeling op grond van de Zorgverzekeringswet en worden de kosten berekend op grond van een zogenoemde Diagnose Behandeling Combinatie (DBC). In een DBC zijn niet alleen de daadwerkelijke behandelingen opgenomen, maar ook alle overige handelingen die betrekking hebben op de behandeling. Nu de zorgverlener op 28 oktober 2008 een brief aan de huisarts heeft geschreven over de behandeling, en daarmee de behandeling formeel heeft afgesloten, is de DBC terecht gesloten op 28 oktober 2008.

- 5.2 De ziektekostenverzekeraar heeft naar aanleiding van de door verzoeker ingediende klacht bij de zorgverlener nagevraagd of de nota terecht op naam van verzoeker is gedeclareerd. Dit is door de zorgverlener telefonisch bevestigd. Daarnaast heeft de zorgverlener medegedeeld dat de behandelaar op 11 januari 2008 voor het laatst een gesprek met verzoeker heeft gevoerd. De declaratie is daarom terecht ten laste van de verzekering van verzoeker ingediend. De kosten van deze behandeling zijn terecht ten laste van het eigen risico 2008 van verzoeker gebracht. De ziektekostenverzekeraar is niet gebleken dat sprake is van uitzonderlijke omstandigheden die reden geven af te wijken van de voorwaarden.
- 5.3 De ziektekostenverzekeraar merkt op dat zijn geschillencommissie nooit heeft geafficheerd onafhankelijk te zijn van de ziektekostenverzekeraar.
- 5.4 De ziektekostenverzekeraar is voorts niet duidelijk geworden waarom verzoeker van mening is dat zijn privacy is aangetast en waarom de geschillencommissie van de ziektekostenverzekeraar zich niet zou hebben gehouden aan de gedragscode van Zorgverzekeraars Nederland. De ziektekostenverzekeraar is evenwel van mening dat hiervan geen enkele sprake is. Hij heeft de gegevens van verzoeker niet gebruikt voor andere doeleinden dan waarvoor hij deze heeft vastgelegd.
- 5.5 De zorgverzekering die verzoeker met de ziektekostenverzekeraar heeft gesloten betreft een privaatrechtelijke overeenkomst, daarom is de Awb hierop niet van toepassing.
- 5.6 De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag terecht is afgewezen.

6 De bevoegdheid van de commissie

- 6.1 De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7 Het geschil

- 7.1 In geschil is de beslissing van de ziektekostenverzekeraar een bedrag van € 63,90 voor specialist/psychiatrie over de periode van 1 januari 2008 tot 28 oktober 2008 als eigen risico bij verzoeker in rekening te brengen. Daarnaast komt verzoeker op tegen het door de ziektekostenverzekeraar verifiëren van de nota bij de zorgverlener.

8 Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

- 8.1 Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.

- 8.2 Het betreft hier een naturapolis waarbij voor enkele zorgsoorten een restitutie bepaling geldt, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg en voor enkele met name genoemde zorgsoorten gebruik kan maken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 8 tot en met 33 van de zorgverzekering. Artikel 12 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak bestaat op specialistische GGZ.

Het eigen risico is opgenomen in artikel 4 van de zorgverzekering en luidt, voor zover hier van belang:

*“4.1 Voor verzekerden van 18 jaar of ouder geldt een verplicht eigen risico van € 150,- per kalenderjaar.
(...)”*

4.3 Voor het toepassen van zowel het verplicht als het vrijwillig eigen risico blijven de volgende kosten van het gebruik van zorg buiten beschouwing:

a. zwangerschap, bevalling en kraambed;

b. mondzorg als bedoeld in artikel 29.5 en 29.6 met uitzondering van de uitneembare volledige prothese en chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek;

*c. 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 verricht en apart in rekening wordt gebracht op voorwaarde dat de betreffende persoon of instelling gerechtigd is het daartoe op basis van de Wet Marktordening Gezondheidszorg vastgestelde tarief in rekening te brengen.
(...)”*

4.9 Indien [naam ziektekostenverzekeraar] de kosten van verleende hulp rechtstreeks aan de zorgaanbieder heeft vergoed, zal zo nodig het openstaande eigen risico bedrag worden verrekend, dan wel worden teruggevorderd. Deze systematiek geldt zowel voor het verplicht als het vrijwillig eigen risico.”

In artikel 41 van de zorgverzekering is ten aanzien van de registratie van persoonsgegevens bepaald dat:

*“De in het kader van deze verzekering en/of de daarbij afgesloten aanvullende verzekeringen verstrekte persoonsgegevens en de eventueel nader over te leggen persoonsgegevens kunnen worden opgenomen in de door [naam ziektekostenverzekeraar] gevoerde persoonsregistratie. Op deze persoonsregistratie is de Wet Bescherming Persoonsgegevens van toepassing. [naam ziektekostenverzekeraar] conformeert zich aan de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Financiële Instellingen die door het Verbond van Verzekeraars en de Nederlandse Banken is opgesteld (zie daarvoor de website van het Verbond: www.verzekeraars.nl) en waaraan een apart addendum voor zorgverzekeraars is toegevoegd. Dit addendum is het voor [naam ziektekostenverzekeraar] en haar verzekerden meest relevante document. Dit document kunt u op de website van [naam ziektekostenverzekeraar] integraal raadplegen. Deze gedragscode is tevens desgewenst op aanvraag verkrijgbaar bij [naam ziektekostenverzekeraar].
(...)”*

- 8.3 Artikelen 4 van de zorgverzekering is volgens artikel 2.1 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.4 Artikel 11, lid 1, onderdeel a 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 de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Specialistische geestelijke gezondheidszorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.

- 8.5 Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 8.6 In artikel 114 Zvw is, voor zover hier van belang, bepaald dat:
*“1.De zorgverzekeraar zorgt ervoor dat zijn verzekeringnemers en verzekerden geschillen over de uitvoering van de zorgverzekering kunnen voorleggen aan een onafhankelijke instantie.
2.De onafhankelijke instantie neemt een geschil slechts in behandeling nadat de verzekeringnemer of de verzekerde de zorgverzekeraar heeft verzocht zijn beslissing te heroverwegen, en deze niet binnen redelijke termijn of niet naar tevredenheid van de verzekeringnemer of verzekerde heeft gereageerd.
(...)”*

9 Beoordeling van het geschil

- 9.1 Gelet op de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving, overweegt de commissie ten aanzien van het in 7.1 omschreven geschil als volgt.
- 9.2 Verzoeker is het niet eens met het toerekenen van het verschuldigde eigen risico (voor specialist/psychiatrie) over de periode van 1 januari 2008 tot en met 28 oktober 2008, omdat het laatste consult op 11 januari 2008 heeft plaatsgevonden. Door beide partijen is gesteld dat de zorgverlener op 28 oktober 2008 een brief aan de huisarts heeft geschreven, waarin is gemeld dat de behandeling op 11 januari 2008 is beëindigd.
- 9.3 Op 1 januari 2005 is de DBC-systematiek ingevoerd voor geneeskundige zorg. Op 1 januari 2008 is het ook ingevoerd voor de specialistische GGZ. Met een DBC wordt een tarief gedeclareerd op basis van de gestelde diagnose en de soort behandeling (bijvoorbeeld een klinische of poliklinische behandeling). De DBC-systematiek berust op het uitgangspunt dat steeds een volledig behandeltraject in rekening wordt gebracht. Een DBC is maximaal één jaar geldig, maar kan bijvoorbeeld ook eerder worden afgesloten als de behandeling voor het einde van deze periode wordt beëindigd. Bij verzoeker heeft het laatste consult op 11 januari 2008 plaatsgevonden. De zorgverlener heeft echter op 28 oktober 2008 nog een brief geschreven aan de huisarts van verzoeker. Ook het schrijven van deze brief valt onder voornoemde DBC. De zorgverlener heeft de DBC dus terecht afgesloten op 28 oktober 2008. Nu de DBC terecht op 28 oktober 2008 is afgesloten, heeft de ziektekostenverzekeraar het verschuldigde eigen risico over de periode van 1 januari 2008 tot en met 28 oktober 2008 bij verzoeker in rekening gebracht.
- 9.4 De stelling van verzoeker dat de ziektekostenverzekeraar bij de behandeling van het bezwaar van verzoeker zou hebben nagelaten toepassing te geven aan de bepalingen van de Awb inzake het klachtrecht berust op een misvatting. Bepalingen van de Awb kunnen van toepassing zijn op privaatrechtelijk handelen van de overheid. Een ziektekostenverzekeraar valt evenwel - anders dan het College voor Zorgverzekeringen waarop verzoeker doelt - niet aan te merken als overheidsorgaan. Van belang in

dit verband is ook dat blijkt de memorie van toelichting op de Zvw bewust is gekozen voor de privaatrechtelijke vorm van de zorgverzekering.

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, 7 april 2010,

Voorzitter