



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem
Zaak : Eigen risico, geneeskundige zorg, GGZ, bemoeizorg, hoogte nota neuroloog
Zaaknummer : 201402674
Zittingsdatum : 9 september 2015

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. P.J.J. Vonk, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden zorgverzekering 2013 en 2014, artt. 10, 11, 19 en 21 Zvw, 2.1, 2.4, 2.17 en 2.19 Bzv)

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, 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 VGZ Zorgverzekering natura (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 Reinier van Arkel Groep en het Jeroen Bosch ziekenhuis hebben bij de zorgverzekeraar kosten gedeclareerd voor aan verzoeker in 2013 respectievelijk 2014 verleende zorg. Bij brief van 17 augustus 2014 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat voornoemde kosten aan de zorgaanbieders zijn vergoed, maar dat een deel hiervan wordt verrekend met het verplicht eigen risico 2013 respectievelijk 2014. Een bedrag van totaal € 676,72 wordt als eigen risico 2013 en 2014 van verzoeker gevorderd.


3.2. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 1 oktober 2014 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.


3.3. Nadat verzoeker de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen had benaderd, heeft de Ombudsman Zorgverzekeringen hem op 11 februari 2015 medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling. Verzoeker is daarbij gewezen op de mogelijkheid de kwestie voor bindend advies voor te leggen aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen.

3.4. Bij brief van 31 maart 2015 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de vordering ter zake van het eigen risico voor 2013 en 2014 te laten 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 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 18 juni 2015 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 24 juni 2015 aan verzoeker gezonden.


 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 1 juli 2015 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De zorgverzekeraar heeft op 7 september 2015 telefonisch medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.


 3.8. Verzoeker is op 9 september 2015 in persoon gehoord. De zorgverzekeraar heeft telefonisch aan de zitting deelgenomen.


 3.9. Ter zitting heeft de zorgverzekeraar toegezegd contact te zullen opnemen met het ziekenhuis over de gehanteerde declaratiecode en de commissie over zijn bevindingen te informeren. Bij brief van 14 september 2015 heeft de zorgverzekeraar de commissie bericht. Een afschrift van deze brief is op 17 september 2015 aan verzoeker gestuurd, waarbij deze in de gelegenheid is gesteld hierop te reageren. Verzoeker heeft de commissie bij brief van 21 september 2015 zijn reactie doen toekomen. Een afschrift hiervan is op 23 september 2015 ter kennisname aan de zorgverzekeraar gestuurd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

 4.1. Verzoeker meent dat de zorgverzekeraar het bedrag van € 676,72 niet bij hem in rekening mag brengen als verplicht eigen risico voor de jaren 2013 en 2014, omdat hij gedwongen - namelijk in opdracht van de reclassering - onder behandeling is bij de Reinier van Arkelgroep. Deze zorgaanbieder heeft ook het onderzoek bij de neuroloog, verbonden aan het Jeroen Bosch ziekenhuis, aangevraagd.


 4.2. Voorts is de hoogte van de nota van de neuroloog, gelet op de duur van het bezoek en het uitblijven van een (vervolg)behandeling, niet correct.


 4.3. Ter zitting is door verzoeker herhaald dat het bezoek aan de neuroloog plaatsvond op verzoek van de Reinier van Arkel Groep. De neuroloog zag geen noodzaak tot nadere behandeling, en een en ander heeft slechts vijf tot tien minuten geduurd.

 4.4. Verzoeker heeft bij brief van 21 september 2015 gereageerd op de brief van de zorgverzekeraar van 14 september 2015. Hij is destijds vijf tot tien minuten op consult geweest bij de neuroloog. Tijdens het consult moest hij vertellen wat hij allemaal had meegemaakt. De neuroloog heeft hem hierop medegedeeld dat hij verdere behandeling niet nodig vond. Verzoeker heeft tijdens het consult géén injectie gehad. De door het ziekenhuis gedeclareerde behandeling is dus niet correct.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

 5.1. De Reinier van Arkelgroep heeft in 2013 bij de zorgverzekeraar de DBC met declaratiecode 09/25A032 20013 (persoonlijkheid 1800 t/m 2999 minuten) gedeclareerd ter zake van een GGZ-behandeling van verzoeker. Voor het declareren van zorgkosten werken ziekenhuizen en zorgverzekeraars met Diagnose Behandeling Combinaties (DBC). Een DBC is een totaal traject vanaf de diagnose tot en met de (eventuele) ziekenhuisbehandeling die hieruit volgt. Aan elke DBC hangt een prijskaartje. In de prijs zijn inbegrepen: materiaal, afschrijvingen en personeel, en een vergoeding voor de zorg die medisch specialisten leveren. Een DBC-prijs is in feite een 'all-in' prijs voor de complete behandeling. De ingangsdatum van voornoemde DBC is 14 juli 2013. Het bedrag van € 4.034,39 is door de zorgverzekeraar aan de zorgaanbieder vergoed. Een deel van deze kosten, een bedrag van € 316,72, is ten laste van het op dat moment nog openstaande eigen risico 2013 gebracht.

 5.2. Het Jeroen Bosch ziekenhuis heeft bij de zorgverzekeraar de DBC met declaratiecode 06/15C308 gedeclareerd voor de behandeling van verzoeker door een neuroloog. Het gaat om een behandeling

of onderzoek op de polikliniek (eerste contact) bij een dementiesyndroom, dat op 17 februari 2014 heeft plaatsgevonden. De zorgverzekeraar heeft het gedeclareerde bedrag van € 514,30 aan de zorgaanbieder vergoed. Deze kosten zijn ten laste van het op dat moment nog openstaande eigen risico 2014 gebracht.

5.3. Dat verzoeker de onderhavige zorg opgelegd heeft gekregen door de reclassering betekent niet dat verzoeker het verplicht eigen risico niet is verschuldigd.

5.4. Ter zitting is door de zorgverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat de onderhavige zorgkosten niet zijn uitgesloten van de eigen risicoregeling. Gevraagd naar de juistheid van de gedeclareerde DBC, heeft de zorgverzekeraar verklaard ervan uit te gaan dat door het ziekenhuis de juiste code is gedeclareerd. Desgevraagd heeft de zorgverzekeraar toegezegd hierover contact te zullen opnemen met het Jeroen Bosch ziekenhuis en de commissie over zijn bevindingen te informeren.

5.5. Bij brief van 14 september 2015 heeft de zorgverzekeraar aan de commissie medegedeeld dat hij na de hoorzitting telefonisch contact heeft opgenomen met het Jeroen Bosch ziekenhuis. Het ziekenhuis heeft aan de zorgverzekeraar medegedeeld dat volgens de landelijke regels correct is geregistreerd en gedeclareerd. Voorts is verklaard dat verzoeker tijdens het consult ook een injectie is gegeven. Volgens het ziekenhuis is declaratiecode 06/15C308 juist. Ook de zorgverzekeraar concludeert dat de juiste declaratiecode is gebruikt.

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 10 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 verzoeker het bedrag van totaal € 676,72 als verplicht eigen risico 2013 en 2014 is verschuldigd aan de zorgverzekeraar.

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 zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 e.v. van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 24 van de zorgverzekering 2013 bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op specialistische GGZ bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“Omschrijving

*U hebt recht op geneeskundige zorg zoals psychiaters en klinisch psychologen deze plegen te bieden, met inbegrip van de daarmee gepaard gaande geneesmiddelen, hulp middelen en verbandmiddelen. Onder deze zorg wordt verstaan diagnostiek en specialistische behandeling van complexe psychische aandoeningen/stoornissen.
(...)”*

8.4. Artikel 14 van de zorgverzekering 2014 bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"Omschrijving

U hebt recht op geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten deze plegen te bieden, met inbegrip van het daarbij behorende laboratoriumonderzoek, geneesmiddelen, verbandmiddelen en hulpmiddelen. (...)"

- 8.5. Artikel 7 van de zorgverzekering voor 2013 regelt het verplicht eigen risico. Deze bepaling luidt, voor zover hier van belang:

"7.1. Hoogte verplicht eigen risico

Als u 18 jaar of ouder bent, hebt u een verplicht eigen risico van € 350 per kalenderjaar. De kosten van zorg blijven tot dit bedrag voor uw rekening. Als u in de loop van een kalenderjaar 18 jaar wordt, geldt het verplicht eigen risico vanaf de eerste dag van de kalendermaand na de 18e verjaardag. De hoogte van het verplicht eigen risicobedrag wordt in dat geval berekend volgens de berekeningswijze als vermeld in artikel 7.4. (...)"

In de zorgverzekering voor 2014 is een vrijwel gelijklopende bepaling opgenomen. In 2014 bedraagt het verplicht eigen risico echter € 360,--.

- 8.6. De artikelen 24 van de zorgverzekering 2013, 14 van de zorgverzekering 2014 en 7 van de zorgverzekering van zowel 2013 als 2014 zijn volgens de artikelen 2.3, 2.9 en 2.10 van de zorgverzekering 2013 en 2014 gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.7. 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.
Geneeskundige zorg, waaronder geestelijke gezondheidszorg, is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.
Het verplicht eigen risico is geregeld in de artikelen 19 en 21 Zvw en nader uitgewerkt in de artikelen 2.17 en 2.19 Bzv.
- 8.8. 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 gereguleerde vorm van schadeverzekering. Het staat de zorgverzekeraar 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. Vast staat dat in 2013 bij verzoeker een uitgebreid psychologisch onderzoek heeft plaatsgevonden. De zorgaanbieder heeft voor de geleverde zorg een bedrag van € 4.034,39 bij de zorgverzekeraar gedeclareerd, waarna laatstgenoemde de betreffende declaratie heeft vergoed ten laste van de zorgverzekering, en vervolgens het verplicht eigen risico 2013 in rekening heeft gebracht bij verzoeker. Voorts staat vast dat verzoeker in 2014 door de psychiater is verwezen naar de neuroloog, en dat bij deze in februari 2014 een consult heeft plaatsgevonden. Door het ziekenhuis is voor de geleverde zorg een bedrag van € 514,30 gedeclareerd bij de zorgverzekeraar, waarna laatstgenoemde de betreffende declaratie aan de zorgaanbieder heeft vergoed ten laste van de zorgverzekering en vervolgens het verplicht eigen risico 2014 in rekening heeft gebracht bij verzoeker. Verzoeker bestrijdt dat in deze gevallen het verplicht eigen risico 2013 respectievelijk

2014 van toepassing is, omdat sprake is van bemoeizorg. Ten aanzien hiervan overweegt de commissie het volgende.

- 9.2. Bemoeizorg is het verlenen van hulp aan mensen die geen zorgvraag hebben of zorgmijndend gedrag vertonen. In dergelijke gevallen wordt onder meer door de geestelijke gezondheidszorg ongevraagd hulp geboden. Dat verzoeker, zoals hij zelf stelt, in opdracht van de reclassering onder behandeling is bij de Reinier van Arkelgroep, en dat hij door deze zorgaanbieder is verwezen naar de neuroloog, maakt niet dat in dit geval kan worden gesproken van bemoeizorg. Derhalve is sprake van specialistische GGZ onderscheidenlijk medisch specialistische zorg, waarvan de kosten ten laste van de zorgverzekering komen en waarop het verplicht eigen risico van toepassing is.
- 9.3. De hoogte van de declaratie van de Reinier van Arkelgroep is tussen partijen niet in geschil. De commissie neemt deze daarom als vaststaand aan. Evenmin is tussen partijen in geschil dat het verplicht eigen risico 2013 van verzoeker op dat moment nog niet geheel was volgemaakt. Verzoeker is daarom het bedrag van € 316,72 ter zake van het eigen risico 2013 verschuldigd aan de zorgverzekeraar.
- 9.4. Rest de vraag naar de hoogte van het door het Jeroen Bosch ziekenhuis gedeclareerde en met het eigen risico 2014 van verzoeker verrekende bedrag. In Nederland worden behandeltrajecten vanaf de diagnose tot het einde van de behandeling voorzien van een code, de zogenoemde DBC-code. De DBC-systematiek is gebaseerd op de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) en heeft derhalve een wettelijke grondslag. Uit de door partijen overgelegde stukken blijkt dat de betreffende zorgaanbieder voor de genoten zorg een DBC heeft gebruikt met declaratiecode 15C308. Deze declaratiecode heeft als omschrijving: *"behandeling of onderzoek op de polikliniek (eerste contact) bij een dementiesyndroom"*. Uit de verwijzing van de psychiater blijkt dat verzoeker is verwezen omdat mogelijk sprake is van een 'dementieel beeld'. Verzoeker heeft aangevoerd dat hij slechts vijf tot tien minuten bij de neuroloog is geweest en dat hierbij geen onderzoek is verricht. De zorgverzekeraar heeft in zijn brief van 14 september 2015 medegedeeld dat volgens het Jeroen Bosch ziekenhuis tijdens het consult een injectie is gegeven aan verzoeker, en dat dus de juiste declaratiecode is gebruikt. Verzoeker heeft in zijn brief van 21 september 2015 weersproken dat hem een injectie is gegeven. De commissie overweegt dat volgens de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport de zorgverzekeraar het eerste aanspreekpunt is indien sprake is van onduidelijkheid over een gedeclareerde DBC bij de verzekerde. Ingeval van betwisting van de juistheid van de gehanteerde DBC-code brengt een redelijke bewijslastverdeling mee dat de zorgverzekeraar bewijs levert van de juistheid van de gehanteerde DBC-code. De zorgverzekeraar is hiertoe in de gelegenheid gesteld, maar in het bewijs van de juistheid van de gehanteerde DBC-code niet geslaagd. Weliswaar is als nieuw element naar voren gebracht dat verzoeker een injectie is toegediend, maar dit is, als gesteld, door verzoeker bestreden. Het had op de weg van de zorgverzekeraar gelegen een en ander te onderbouwen, bijvoorbeeld door te melden welk geneesmiddel via een injectie aan verzoeker zou zijn gegeven. Gezien het bovenstaande is de commissie van oordeel dat de gehanteerde declaratiecode niet juist is. Declaratiecode 15C310 met de omschrijving *"consult op de polikliniek (eerste contact) bij een dementiesyndroom"* ligt in dit geval meer voor de hand. De zorgverzekeraar had daarom niet zonder meer tot vergoeding van de nota en verrekening met het eigen risico mogen overgaan.
- 9.5. Gezien hetgeen in 9.4 is overwogen, moet worden aangenomen dat door het Jeroen Bosch ziekenhuis niet de juiste declaratiecode gehanteerd. Uit de 'Standaard prijslijst DBC-zorgproducten' van het Jeroen Bosch ziekenhuis, waarin de zogenoemde passantentarieven worden vermeld, blijkt dat voor declaratiecode 15C308 een hoger tarief wordt berekend dan voor declaratiecode 15C310. De commissie neemt aan dat voor de door de zorgverzekeraar gecontracteerde tarieven hetzelfde geldt. Daarom dient de zorgverzekeraar voor de berekening van het door verzoeker verschuldigde eigen risico voor deze DBC uit te gaan van het door hem gecontracteerde tarief voor declaratiecode 15C310. Indien dit tarief minder bedraagt dan € 360,-, dient de zorgverzekeraar het verschil in mindering te brengen op het bij verzoeker in rekening gebrachte bedrag, dan wel dit te verrekenen

met eventuele andere kosten die verzoeker heeft gemaakt en die ten laste van het eigen risico 2014 komen.

Conclusie

9.6. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek gedeeltelijk dient te worden toegewezen, zoals bepaald in 9.5. Voor het overige wordt het verzoek afgewezen.

9.7. Aangezien het verzoek deels wordt toegewezen, dient de zorgverzekeraar het entreegeld van € 37,-- aan verzoeker te vergoeden.

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek gedeeltelijk toe, zoals bepaald in 9.5. Voor het overige wordt het verzoek afgewezen.

10.2. De commissie bepaalt dat de zorgverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden het entreegeld van € 37,--.

Zeist, 7 oktober 2015,

P.J.J. Vonk