

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, tegen C en D te E
Zaak : GGZ, DBC, toerekening eigen risico, bemoeizorg
Zaaknummer : 2013.01423
Zittingsdatum : 18 december 2013

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

1) C te E, en

2) D te E,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Verzoekster was tot en met 31 december 2011 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] Zorg-op-maatpolis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen IdeaalPakket en Tandarts afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Alle 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. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 4 april 2012 van verzoekster een bedrag aan verplicht eigen risico voor het jaar 2011 ter hoogte van € 170,-- gevorderd.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 24 september 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft ertoe geleid dat de ziektekostenverzekeraar heeft besloten bij wijze van uitzondering het inmiddels door verzoekster betaalde eigen risico ten bedrage van € 170,-- terug te storten.
- 3.4. Bij brief van 1 augustus 2013 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar het bedrag van € 170,-- ten onrechte van haar heeft gevorderd (hierna: het verzoek).
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 22 oktober 2013 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 24 oktober 2013 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar hebben op respectievelijk 7 en 29 november 2013 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden.
- 3.8. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 18 december 2013 telefonisch gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Enige tijd geleden is de zoon van verzoekster uit huis geplaatst. Om haar zoon weer terug te krijgen eiste Bureau Jeugdzorg Noord-Holland dat verzoekster zich psychisch liet onderzoeken. De huisarts van verzoekster heeft haar toen doorverwezen naar PsyQ. Eind 2011 heeft verzoekster zich telefonisch bij PsyQ aangemeld waarna niet veel later een intakegesprek met een verpleegkundige heeft plaatsgevonden. Aangezien deze verpleegkundige gelijk de conclusie had getrokken dat bij verzoekster sprake was van een persoonlijkheidsstoornis, heeft verzoekster PsyQ medegedeeld te willen stoppen met het contact. Tevens heeft verzoekster een klacht ingediend bij het Medisch Tuchtcollege in Amsterdam.
- 4.2. Omdat verzoekster zo snel mogelijk een psychiatrisch rapport wilde hebben, heeft zij direct contact opgenomen met een andere ggz-instelling. Nadat was gebleken dat deze, en ook een derde instelling geen rapport wilden opstellen, heeft verzoekster zich gewend tot een vierde ggz instelling die bereid was een rapport op te maken. Nadien ontving verzoekster van de ziektekostenverzekeraar een schrijven waarin haar werd verzocht een bedrag van € 170,- te betalen ter zake van het verplicht eigen risico 2011. Het bedrag heeft betrekking op een nota van PsyQ ter grootte van € 865,65. Verzoekster vindt het gedeclareerde bedrag buitensporig hoog en niet in verhouding staan tot de geleverde zorg.
- 4.3. Daarnaast is verzoekster van mening dat de onderhavige zorg moet worden gezien als bemoeizorg. Bureau Jeugdzorg Noord-Holland eiste namelijk dat verzoekster een rapport zou laten opstellen. Indien de commissie tot de conclusie komt dat inderdaad sprake is van bemoeizorg, had PsyQ geen Diagnose Behandel Combinatie (hierna: DBC) mogen openen en had de ziektekostenverzekeraar niet hoeven over te gaan tot vergoeding.
- 4.4. Ter zitting heeft verzoekster haar standpunten herhaald.
- 4.5. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft van PsyQ een declaratie ten bedrage van € 865,65 ontvangen. Het betrof een ggz-behandeling bij PsyQ / Parnassia Bavo Groep. Volgens opgave van PsyQ is de betreffende DBC geopend op 28 november 2011 en gesloten op 3 februari 2012. Voorts heeft PsyQ verklaard dat verzoekster tussen de 250 en 400 minuten zorg heeft ontvangen. De openingsdatum van de DBC is bepalend

voor de vraag ten laste van welk kalenderjaar de kosten komen. In artikel A.12 van de zorgverzekering is dit verwoord. Aangezien de juiste DBC in rekening is gebracht, en deze DBC in 2011 is geopend, stelt de ziektekostenverzekeraar zich op het standpunt dat de kosten hiervan terecht ten laste van het eigen risico 2011 zijn gebracht. In 2011 bedroeg het wettelijk eigen risico € 170,--.

- 5.2. Volgens de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar dient onder bemoeizorg te worden verstaan: "het bieden van (ongevraagde) hulp aan (zorgwekkende) zorgmijders met een (vaak) complexe problematiek, waarbij verbetering van de kwaliteit van leven en reductie van overlast als uitgangspunten dienen." Gelet op deze definitie kan volgens de ziektekostenverzekeraar niet worden gesproken van bemoeizorg.
- 5.3. De ziektekostenverzekeraar wijst erop dat hij van de tweede door verzoekster genoemde ggz-instelling geen nota heeft ontvangen. Ten slotte wordt erop gewezen dat verzoekster niet meer bij hem is verzekerd tegen ziektekosten.
- 5.4. Niettegenstaande het voorgaande heeft de ziektekostenverzekeraar zich bereid verklaard verzoekster tegemoet te komen door het reeds betaalde eigen risico van € 170,-- terug te storten.
- 5.5. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar haar standpunten herhaald.
- 5.6. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op artikel A.25. 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 aanvankelijk terecht het bedrag van € 170,-- ter zake van het eigen risico 2011 bij verzoekster heeft gevorderd.

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 ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in 'Hoofdstuk B' van de zorgverzekering.
Artikel B.27 bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op specialistische ggz-zorg bestaat. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

"B.27.2. Specialistische GGZ zonder opname

B.27.2.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat specialistische geestelijke gezondheidszorg (specialistische GGZ) zoals psychiaters, zenuwartsen en klinisch psychologen die plegen te bieden, zonder dat opname in een psychiatrisch ziekenhuis (instelling voor specialistische psychiatrische zorg) of op een psychiatrische afdeling in een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg) plaatsvindt. Onder deze specialistische geestelijke gezondheidszorg verstaan wij diagnostiek (het vaststellen van de aandoening) en specialistische behandeling van ingewikkelde (complexe) psychische aandoeningen. (...)”

- 8.3. Artikel A.12. van de zorgverzekering regelt het verplicht eigen risico, en luidt, voor zover hier van belang:

“A.12.1. Verplicht eigen risico

*Als u 18 jaar of ouder bent, hebt u voor de zorgverzekering een verplicht eigen risico van € 170,- voor een heel jaar. Dit betekent dat u de eerste € 170,- aan kosten die u als vergoeding van uw zorgverzekering zou hebben ontvangen, zelf moet betalen. Pas als u dit hebt gedaan, krijgt u de overige kosten die onder de dekking van uw zorgverzekering vallen van ons vergoed.
(...)”*

A.12.4. DBC

*De kosten van een Diagnose Behandel Combinatie (DBC) – behalve de eerstelijns DBC’s – tellen alleen mee voor het verplicht eigen risico van het jaar waarin de DBC is begonnen (opening van de DBC).
(...)”*

- 8.4. De artikelen A.12. en B.27. van de zorgverzekering zijn volgens artikel A.2. van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.5. 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. Medisch specialistische zorg, waaronder specialistische ggz, is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.
- 8.6. Het verplicht eigen risico is naar aard en omvang geregeld in de artikelen 19, 21 en 23 Zvw en verder uitgewerkt in de artikelen 2.17 en 2.18 Rzv. Artikel 23 Zvw luidt, voor zover hier van belang:

“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 gereguleerde 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. Vast staat dat verzoekster in 2011 voor het eerst contact heeft gehad met PsyQ. Deze ggz-instelling heeft voor de geleverde zorg een bedrag van € 868,65 bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd, waarna laatstgenoemde de betreffende declaratie heeft vergoed ten laste van de zorgverzekering en vervolgens het verplicht eigen risico 2011 in rekening heeft gebracht bij verzoekster. Verzoekster bestrijdt dat in dit geval het verplicht eigen risico 2011 van toepassing is, en wel op de grond dat 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 zorg hulp geboden. Hoewel de commissie de beweegredenen van verzoekster begrijpt, heeft zij indertijd zelf het initiatief genomen zich tot PsyQ te wenden. Dat zij dit heeft gedaan omdat door Bureau Jeugdzorg van haar werd geëist dat zij zich psychisch liet onderzoeken, doet daaraan niet af. Derhalve kan in het onderhavige geval niet van bemoeizorg worden gesproken.
- 9.3. Rest de vraag naar de hoogte van het gedeclareerde 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 ggz-instelling voor de genoten zorg een DBC-code heeft gebruikt met als prestatiecode 0329101006000107. Aangezien verzoekster de juistheid van de gebruikte code niet gemotiveerd heeft bestreden, doch uitsluitend heeft gesteld dat het bedrag naar haar mening "buitensporig hoog" is, neemt de commissie als vaststaand aan dat correct is gedeclareerd.
- Een DBC heeft een maximale looptijd van één jaar. De onderhavige DBC is geopend op 28 november 2011 en afgesloten op 3 februari 2012. In artikel 23 Zvw is bepaald dat wanneer een behandeling in de vorm van een DBC-tarief wordt gedeclareerd, het moment van aanvang van de behandeling bepalend is voor het toepassen van zowel het verplicht als het vrijwillige eigen risico. Dit is overgenomen in artikel A.12.4 van de zorgverzekering. Nu de onderhavige DBC op 28 november 2011 is geopend, heeft de ziektekostenverzekeraar de onderhavige kosten terecht met het verplicht eigen risico 2011 verrekend.
- 9.4. Hetgeen verzoekster heeft aangevoerd met betrekking tot de duur van het gesprek, en het feit dat volgens haar slechts twee gesprekken hebben plaatsgevonden, maakt het voorgaande niet anders. Het aan de prestatiecode gekoppelde tarief is een gemiddelde en heeft betrekking op alle werkzaamheden in het kader van de behandeling, dus niet alleen op de duur en de frequentie van de gesprekken. Overigens blijkt uit de stukken dat meer contacten hebben plaatsgevonden dan de twee gesprekken waaraan verzoekster refereert. De DBC-systematiek biedt niet de mogelijkheid om te beoordelen of in individuele situaties hetgeen door de zorgverlener is gedeclareerd in verhouding staat tot de omvang van de geleverde werkzaamheden.

- 9.5. Gelet op het voorgaande is de commissie van oordeel dat de ziektekostenverzekeraar conform artikel A.12. van de zorgverzekering het verplicht eigen risico 2011 terecht bij verzoekster in rekening had gebracht

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, 15 januari 2014,

Voorzitter