






ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen Anderzorg N.V. te Wageningen
Zaak : Geneeskundige zorg, GGZ, DBC-systematiek, eigen risico
Zaaknummer : 201503075
Zittingsdatum : 9 november 2016

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

 (Voorwaarden zorgverzekering 2015, artt. 10, 11, 19, 20, 21, 22 en 23 Zvw, 2.1, 2.4, 2.17 en 2.18 Bzv)


 1. Partijen


A te B, hierna te noemen: verzoekster


 tegen


Anderzorg N.V. te Wageningen, hierna te noemen: de zorgverzekeraar


 2. De verzekeringssituatie


 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis (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 bij declaratieoverzicht van 15 augustus 2015 aan verzoekster medegedeeld dat van haar een bedrag € 816,44 ter zake van het verplicht en vrijwillig eigen risico 2015 wordt gevorderd.


 3.2. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 1 september 2015 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.


 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft ertoe geleid dat de zorgverzekeraar heeft besloten het door hem gevorderde bedrag te verlagen naar € 577,39.

 3.4. Bij e-mailbericht van 21 juni 2016 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat zij een lager bedrag is verschuldigd ter zake van het verplicht en vrijwillig eigen risico 2015 dan het door de zorgverzekeraar gevorderde bedrag van € 577,39 (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 zorgverzekeraar 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 zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 2 september 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 5 september 2016 aan verzoekster gezonden.


 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 10 september 2016 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De zorgverzekeraar heeft op 5 oktober 2016 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.


 3.8. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10 lid 9 van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat de onderhavige zaak enkelvoudig wordt afgedaan.


 3.9. Op grond van artikel 114 lid 3 Zvw dient de commissie verplicht advies te vragen aan het Zorginstituut Nederland (hierna: Zorginstituut) indien het geschil betrekking heeft op de zorg of de overige diensten, bedoeld in artikel 11, dan wel de vergoeding van die zorg of diensten. Blijkens de Memorie van toelichting blijft deze verplichting beperkt tot de vraag of de vorm van zorg of andere dienst waar de verzekerde behoefte aan heeft tot het verzekerde pakket behoort. Aangezien die vraag in het onderhavige geval geen beantwoording behoeft, is het Zorginstituut niet verzocht te adviseren.


 3.10. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 9 november 2016 telefonisch gehoord.


4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster


 4.1. Op 3 juni 2015 heeft verzoekster een intakegesprek gehad met een behandelaar van de zorgaanbieder ter zake van een diagnostisch traject. Tijdens het intakegesprek heeft verzoekster reeds te kennen gegeven dat zij twijfelde of zij het traject daadwerkelijk wilde ingaan. Met de behandelaar werd daarom afgesproken dat verzoekster hierover zou worden gebeld. Tijdens het telefonisch contact op 5 juni 2015 heeft verzoekster aan de behandelaar medegedeeld wegens persoonlijke redenen af te zien van het diagnostisch traject.

 4.2. De zorgaanbieder heeft vervolgens de kosten van een compleet diagnostisch traject, ten bedrage van € 1.094,28, in rekening gebracht. Verzoekster heeft een vrijwillig eigen risico van € 500,- waardoor een aanzienlijk deel van de nota voor haar rekening komt. De nota is veel te hoog voor wat daadwerkelijk is geleverd. Zowel in de uitnodiging van 15 mei 2015 als op de website van de zorgaanbieder staat duidelijk vermeld dat indien de cliënt tussentijds afziet van verdere behandeling, uitsluitend de activiteiten in rekening worden gebracht die tot dat moment hebben plaatsgevonden. Verzoekster vindt het daarom niet terecht dat de kosten van het volledige traject worden berekend.


 4.3. De zorgaanbieder heeft verzoekster nimmer geïnformeerd over de exacte prestatie - inhoudende diagnostiek vanaf 400 tot en met 799 minuten - en het daarvoor geldende tarief. Verzoekster had zich niet aangemeld voor het traject, als zij had geweten dat de kosten zo hoog zouden zijn.

 4.4. Verzoekster heeft op 13 november 2015 een klacht ingediend bij de Ombudsman Zorgverzekeringen. De bemiddeling heeft ertoe geleid dat de factuur is verlaagd van € 1.094,28 naar € 577,39. Verzoekster vindt laatstgenoemd bedrag nog steeds onredelijk hoog, aangezien zij slechts één gesprek heeft gehad. Uit de specificatie van 8 maart 2016 blijkt dat voor het intakegesprek, dat één uur heeft geduurd, ruim vier uren zijn gedeclareerd. De factuur omvat onevenredig veel indirecte tijd.

 4.5. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat zij graag vooraf had willen weten wat de kosten zouden zijn zodat verzoekster een weloverwogen beslissing had kunnen nemen. Het voelt oneerlijk hoe het nu gelopen is.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

 5.1. De zorgaanbieder heeft ten behoeve van verzoekster een DOT-zorgproductcode gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar heeft de kosten hiervan (€ 1.094,28) vergoed aan de zorgaanbieder. Aangezien ten tijde van de vergoeding het verplicht en vrijwillig eigen risico

nog niet was volgemaakt, heeft de ziektekostenverzekeraar het bedrag van € 816,44 ten laste van het nog openstaande eigen risico gebracht.

- 5.2. Naar aanleiding van de klacht van verzoekster heeft de zorgverzekeraar contact opgenomen met de zorgaanbieder teneinde meer duidelijkheid te verkrijgen over de nota. Het betreft een DBC 101000000162 Diagnostiek, vanaf 400 tot en met 799 minuten, voor de periode van 6 mei 2015 tot 12 juni 2015. De openingsdatum van de DBC is niet altijd de datum waarop daadwerkelijk contact is geweest. Het is de begindatum van de dossiervorming, waardoor een verschil kan bestaan tussen de datum van het eerste contact en de begindatum van de DBC. Voor diagnostiek is het bedrag van de nota niet ongebruikelijk.
- 5.3. De zorgverzekeraar heeft een overeenkomst gesloten met de zorgaanbieder, echter voor het verstrekken van informatie aan cliënten gelden algemene regels. De zorgaanbieder heeft ingevolge een aantal wetten de verplichting om de verzekerde tijdig, juist en helder te informeren over de prestaties en het tarief dat daarvoor geldt. Verzoekster wordt derhalve aangeraden haar klachten neer te leggen bij de zorgaanbieder.
- 5.4. Naar aanleiding van een telefonisch contact op 12 mei 2016 tussen de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder, is onderzocht hoe de klacht correct kon worden afgehandeld. Er is toen door de zorgaanbieder besloten het geregistreerde contact, waarin de casus van verzoekster is besproken in het team, te laten vervallen waardoor de declaratie lager uitvalt. De zorgaanbieder denkt op deze manier recht te doen aan de klacht van verzoekster. De nota is hierdoor verlaagd naar € 577,39. De hoogte van deze kosten is met de zorgaanbieder overeengekomen en is gebaseerd op maximumtarieven die door de Nederlandse Zorgautoriteit (hierna: NZa) zijn vastgesteld. Het maximumtarief voor diagnostische behandelingen van 200 tot 399 minuten bedroeg in 2015 € 589,17. De hoogte van het bedrag dat uiteindelijk in rekening is gebracht bij verzoekster is derhalve niet bovenmatig.
- 5.5. Ter zitting is door de zorgverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat ook de tijd voor de administratieve afhandeling in rekening wordt gebracht. Als een patiënt aangeeft niet verder behandeld te willen worden, kan de zorgaanbieder het dossier niet zomaar uit handen laten vallen.

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 A17 van de 'algemene voorwaarden' 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 € 577,39 ter zake van het verplicht en vrijwillig eigen risico 2015 van verzoekster 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 zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de voorwaarden van de zorgverzekering.

- 8.3. In de voorwaarden van de zorgverzekering wordt onder andere bepaald wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op geestelijke gezondheidszorg bestaat en de betreffende passage luidt, voor zover hier van belang:

"Welke zorg

U heeft recht op generalistische basis GGZ indien er sprake is van een erkende psychische DSMstoornis. DSM staat voor Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM). Behandeling vindt plaats op basis van een zorgproduct Kort, Middel, Intensief of Chronisch. Een zorgproduct duurt maximaal 365 dagen. Het zorgproduct wordt bepaald door een behandelplan dat uw behandelaar samen met u vaststelt. De omvang van de zorg is begrensd door wat klinisch-psychologen en psychiaters plegen te bieden; (...)"

- 8.4. In de voorwaarden van de zorgverzekering wordt voorts het verplicht en vrijwillig eigen risico geregeld, en de betreffende passage luidt, voor zover hier van belang:

"Eigen risico

U heeft een verplicht eigen risico van € 375 per kalenderjaar als u 18 jaar of ouder bent. U kunt naast uw verplicht eigen risico kiezen voor een vrijwillig eigen risico van € 100, € 200, € 300, € 400 of € 500 per kalenderjaar. In dat geval krijgt u een korting op de premiegrondslag. Deze korting bedraagt per maand bij een eigen risico van € 100 een bedrag van € 4, bij een eigen risico van € 200 een bedrag van € 7, bij een eigen risico van € 300 een bedrag van € 11, bij een eigen risico van € 400 een bedrag van € 14, bij een eigen risico van € 500 een bedrag van € 27; (...)"

- 8.5. Verder bepaalt artikel A26 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering:

"De datum waarop u bent behandeld, een geneesmiddel is bereid of een hulpmiddel is afgeleverd, is bepalend voor de vergoeding en het eigen risico. De datum waarop de nota is uitgeschreven of betaald is hiervoor niet van belang. Als een behandeling in meerdere kalenderjaren valt en de zorgaanbieder die behandeling in één bedrag in rekening mag brengen, is de datum waarop de behandeling is gestart bepalend. Als het gaat om een DBC (Diagnose Behandel Combinatie), dan is de ingangsdatum van de DBC bepalend in welk kalenderjaar de vergoeding toegekend wordt; (...)"

- 8.6. De voorwaarden van de zorgverzekering zijn 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.

Geestelijke gezondheidszorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.

Het verplicht en vrijwillig eigen risico is geregeld in de artikelen 19 tot en met 23 Zvw en verder uitgewerkt in de artikelen 2.17 en 2.18 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. De commissie stelt allereerst vast dat verzoekster voor het jaar 2015 een verplicht eigen risico had van € 375,- en een vrijwillig eigen risico van € 500,-, dat dit eigen risico van totaal € 875,- ten tijde van de start van het diagnostisch traject slechts voor een deel met andere kosten was 'volgemaakt', en dat de kosten van GGZ niet zijn uitgesloten van het verplicht en vrijwillig eigen risico.
- 9.2. Verzoekster heeft van de zorgverzekeraar aanvankelijk een nota ontvangen van € 816,44 ter zake van het verplicht en vrijwillig eigen risico 2015. Dit bedrag zou verschuldigd zijn vanwege de aan verzoekster verleende specialistische, geestelijke gezondheidszorg. Verzoekster bestrijdt de toepasselijke DBC wat betreft de door de zorgaanbieder in rekening gebrachte tijd. Zij heeft slechts één intakegesprek gehad en vervolgens onmiddellijk medegedeeld af te zien van het verdere diagnostisch traject. Desondanks heeft de zorgaanbieder veel indirecte uren gedeclareerd. Met het voorgaande betwist verzoekster het bij haar in rekening gebrachte eigen risicobedrag.
- 9.3. De commissie stelt voorop dat zij niet bevoegd is te oordelen over de juistheid van de door de zorgaanbieder ingediende declaratie. Aangezien de zorgaanbieder rechtstreeks bij de zorgverzekeraar heeft gedeclareerd, heeft verzoekster niet vooraf inzage gehad in de nota en heeft zij niet de mogelijkheid gehad betaling te weigeren. De financiële consequenties komen - in de vorm van het eigen risico - echter wel voor haar rekening. De vraag die ter beantwoording voorligt, is derhalve of de zorgverzekeraar betaling van de nota had moeten weigeren dan wel bij het ziekenhuis had moeten aandringen op correctie. De commissie overweegt als volgt.
- 9.4. Uit het dossier blijkt dat de zorgaanbieder bij de zorgverzekeraar een DBC met openingsdatum 6 mei 2015 heeft gedeclareerd voor aan verzoekster verleende zorg. Dit betreft DBC 101000000162 met de omschrijving "*Diagnostiek - vanaf 400 tot en met 799 minuten*". Binnen deze DBC dient rekening te worden gehouden met zowel de directe als de indirecte tijd. Laatstgenoemde tijd betreft bijvoorbeeld verslaglegging. Dat gevraagd of ongevraagd tijd wordt besteed aan een patiënt, maakt het in rekening brengen van deze tijd niet anders. De zorgverzekeraar heeft de hieraan verbonden kosten vergoed aan de zorgaanbieder. Gelet op het natuurakarakter van de zorgverzekering, en het feit dat de betreffende zorgaanbieder door de zorgverzekeraar is gecontracteerd, is de zorgverzekeraar gehouden gedegen onderzoek te doen naar de hoogte van de bij hem ingediende nota. Hij heeft hieraan voldaan door de gedeclareerde DBC naar aanleiding van de klacht van verzoekster nader te bekijken en hierover contact op te nemen met de zorgaanbieder. Dit heeft ertoe geleid dat een aanzienlijk aantal (in)directe uren uit de specificatie is gehaald, waardoor de nota is verlaagd van € 1.094,28 naar € 577,39. De zorgverzekeraar concludeert dat laatstgenoemd bedrag voor diagnostiek niet ongebruikelijk is, hetgeen de commissie - mede bij gebrek aan gemotiveerde betwisting door verzoekster - onderschrijft.
- 9.5. Ingevolge de voorwaarden van de zorgverzekering wordt zorg die wordt gedeclareerd door middel van een DBC toegerekend aan het jaar waarin de behandeling is gestart. De openingsdatum van de onderhavige DBC is 6 mei 2015. De zorgverzekeraar heeft het gedeclareerde bedrag daarom terecht verrekend met het nog openstaande verplicht en vrijwillig eigen risico 2015. Verzoekster is derhalve gehouden het bedrag van € 577,39 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, 23 november 2016,



H.A.J. Kroon

