



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen C te D
Zaak : Geneeskundige zorg, GGZ, eigen risico
Zaaknummer : 201401180
Zittingsdatum : 5 november 2014

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden zorgverzekering 2013, artt. 10, 11, 13, 19-22 Zvw, 2.4, 2.17 en 2.18 Bzv)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen


C te D, 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 Online Verzorgd Polis (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 brief van 31 december 2013 een bedrag van € 825,13 ter zake van het verplicht en vrijwillig eigen risico 2013 van verzoeker gevorderd.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brieven van 19 februari 2014 en 16 april 2014 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft verzoeker bij brief van 18 juni 2014 medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling.
- 3.4. Bij klachtenformulier van 22 juli 2014 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar ten onrechte een bedrag van € 825,13 van hem vordert (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 20 augustus 2014 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 28 augustus 2014 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 30 augustus 2014 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De zorgverzekeraar heeft op 20 oktober 2014 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.


 3.8. Bij brief van 28 augustus 2014 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 25 september 2014 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2014110821) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat kosten van GGZ niet zijn uitgezonderd van het verplicht eigen risico. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 14 oktober 2014 aan partijen gezonden.


 3.9. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 5 november 2014 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.


 3.10. Bij brief van 10 november 2014 heeft de commissie het Zorginstituut een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 17 november 2014 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen geen aanleiding vormen tot aanpassing van het advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

 4.1. Verzoeker is in juli en augustus 2013 drie maal bij het Riagg geweest. De eerste keer, op 27 juli 2013, betrof een crisisgesprek met twee personen. De tweede keer ging het om een gesprek met één persoon, dat "lichter" van aard was. De derde keer was geen sprake van een officiële afspraak, maar van een kort slotgesprek. Vijf maanden na dato ontving verzoeker een rekening voor het eigen risico van de zorgverzekeraar. Door het Riagg blijkt een bedrag van circa € 950,-- te zijn gedeclareerd, en de zorgverzekeraar heeft dit vergoed.

 4.2. Verzoeker betwist de juistheid van het aantal door het Riagg gedeclareerde uren en daarmee het verplicht en vrijwillig eigen risico dat ter zake bij hem in rekening wordt gebracht. Door het Riagg is namelijk eerder aan verzoeker medegedeeld dat een gesprek aldaar gelijk staat aan een huisartsbezoek, zodat het eigen risico niet van toepassing zou zijn. Op deze mededeling heeft hij vertrouwd. Verzoeker geniet een uitkering en heeft weinig tot geen financiële mogelijkheden. Als hij had geweten welk bedrag door het Riagg zou worden gedeclareerd, had hij niet de keuze gemaakt zich tot deze instantie te wenden. Voorts is het onredelijk dat voor drie bezoeken een bedrag van circa € 950,-- wordt gedeclareerd. Dit is omgerekend een zeer hoog uurtarief. Er zijn tevens te veel uren gedeclareerd. Volgens verzoeker is maximaal 2,5 uur aan hem besteed door het Riagg. De interne cliëntbespreking zou nagenoeg even lang hebben geduurd als een gesprek met de cliënt. Verzoeker stelt dat een interne bespreking juist minder tijd kost en bovendien valt onder "indirecte tijd" van de DBC. Het is onbegrijpelijk dat de zorgverzekeraar verzoeker verwijst naar het Riagg voor het indienen van een klacht hierover. De zorgverzekeraar is immers degene die het eigen risico van verzoeker vordert. De zorgverzekeraar had voorafgaand aan het vergoeden van de nota bij verzoeker moeten informeren of deze wel correct was. Dat dit niet is gedaan en de nota achteraf onjuist blijkt, dient voor rekening en risico van de zorgverzekeraar te komen. Desalniettemin heeft verzoeker zich meermalen bij het Riagg beklagd over de gedeclareerde nota.

 4.3. Verzoeker voert verder aan dat van iemand in psychische nood niet kan worden verwacht dat door deze informatie wordt ingewonnen over de vergoeding van een behandeling. Hij was op het moment dat hij zich tot het Riagg wendde, niet in staat zich een goed beeld te vormen van de te verwachten kosten.

 4.4. Verzoeker vermoedt dat de zorgverzekeraar hem niet behulpzaam is, omdat hij per 1 januari 2014 is overgestapt naar een andere verzekeraar. Op zijn klacht werd namelijk geagiteerd gereageerd. Daarbij is de adviseur GGZ van de zorgverzekeraar verbonden aan het Riagg. Zodoende heeft de zorgverzekeraar geen objectieve herbeoordeling uitgevoerd.

Verzoeker ervaart het geschil als zeer vervelend. Iedere vorm van communicatie in dit kader is voor hem ballast en zorgt voor psychische druk.

Het bedrag van € 825,13 is niet voldaan. Verzoeker stelt, om zijn goede wil te tonen, een schikking voor, inhoudende betaling van € 150,-- tegen finale kwijting.

4.5. Ter zitting is door verzoeker zijn standpunt herhaald. Voor is door hem ter aanvulling aangevoerd dat het om twee zaken gaat. In de eerste plaats de onjuiste voorlichting, en daarnaast de kostenopgave van het Riagg. De zorgverzekeraar treedt op als een soort tussenpersoon, maar feitelijk draait het geschil om het Riagg. Daar komt immers de nota vandaan. Deze nota is niet correct. Op 22 en 29 juli 2013 is verzoeker niet bij het Riagg geweest. Op 22 juli 2013 heeft hij waarschijnlijk telefonisch contact gehad met het Riagg. De intake vond plaats op 23 juli 2013. Er zijn voor die datum drie uren geregistreerd, maar dit kan maximaal anderhalf uur zijn. Verzoeker is op 30 juli 2013 wél bij het Riagg geweest, echter zonder afspraak. Verzoeker was al afgemeld. Na twee uur wachten heeft een gesprek van een half uur plaatsgevonden. Dit gesprek ging vooral over de behandelaar, en niet over verzoeker. In totaal zit verzoeker ver onder de 400 minutengrens met de aan zijn zaak bestede tijd. Er is dan ook sprake van een volstrekt onjuiste weergave van de omstandigheden. Het Riagg heeft circa 30 percent te veel tijd geschreven. Voorts verklaart verzoeker dat met het Riagg is gesproken over de nota. De financiële administratie wilde een deal sluiten, maar werd teruggefloten door de directie.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

5.1. Het wettelijk verplicht eigen risico is het bedrag per kalenderjaar aan kosten van zorg of overige diensten, genoemd in hoofdstuk 3 van de voorwaarden, dat voor rekening van de verzekerde blijft. In 2013 bedroeg het verplicht eigen risico € 350,--. Daarnaast heeft verzoeker gekozen voor een vrijwillig eigen risico van € 500,--, zodat het totale eigen risico in 2013 voor hem € 850,-- bedraagt.

5.2. Een DBC omvat een standaardbedrag voor een bepaald soort behandeling, gebaseerd op de tijdsduur van de volledige behandeling. Dit betekent dat consulten, overleggen en administratieve handelingen hierin zijn begrepen. Het declareren door middel van een DBC is een landelijk systeem waarbij de verzekeraars enkel uitvoerend zijn. Het Riagg heeft een DBC bij de zorgverzekeraar gedeclareerd, gebaseerd op een behandeling zonder verblijf met crisis van 400 tot 800 minuten in de periode van 22 juli 2013 tot 14 augustus 2013. Het bijbehorende bedrag is € 940,21.

5.3. De klacht van verzoeker over de door het Riagg gedeclareerde nota is voorgelegd aan de adviseur GGZ. Direct patiëntgebonden tijd is de tijd waarin een behandelaar contact heeft met de patiënt of met de familieleden of andere naasten van de patiënt. Verzoeker heeft verklaard drie maal bij het Riagg te zijn geweest. Op zes dagen is directe tijd gedeclareerd. Aangezien directe tijd niet alleen de tijd betreft die aan de patiënt zelf is besteed, ziet de zorgverzekeraar geen reden hieraan te twijfelen. Het is gebruikelijk dat in geval van crisis veel indirecte tijd wordt besteed aan overleggen en afstemming om het gevaarcriterium in te schatten. Om voor een lager tarief in aanmerking te komen zou er minder dan 400 minuten aan de zorgverlening aan verzoeker moeten zijn besteed. Gezien het aantal minuten directe tijd en het overleg en de verslaglegging die hiermee gepaard gaan, is het niet aannemelijk dat de zorgverlening aan verzoeker voor een lager tarief in aanmerking komt. Verzoeker stelt dat hem door het Riagg is voorgehouden dat de zorg als huisartsenzorg zou worden gezien en dit niet ten laste van het eigen risico zou komen. Het Riagg heeft echter verklaard dat dit niet is toegezegd. Aangezien de zorgverzekeraar niet bij de gesprekken aanwezig is geweest, is het onmogelijk na te gaan wat destijds is gezegd. Verzoeker heeft de mogelijkheid zijn klacht hierover voor te leggen aan het Riagg. Wanneer het Riagg de declaratie crediteert of verlaagt, zal de zorgverzekeraar dit bedrag aanpassen in de administratie en in de berekening van het eigen risico.

Ingevolge artikel 2.8 van de zorgverzekering is GGZ niet uitgesloten van het eigen risico. Het bedrag van € 825,13 is daarom terecht in rekening gebracht. Het is voorstelbaar dat verzoeker onaangenaam verrast was door dit hoge bedrag. Er zijn echter geen bijzondere omstandigheden die reden geven af te wijken van de voorwaarden.

5.4. Verzoeker heeft zich nog beklaagd over het feit dat hij pas een half jaar na de behandeling een specificatie van het eigen risico heeft ontvangen. De nota is door het Riagg op 27 september 2013 bij de zorgverzekeraar gedeclareerd. Op 15 november 2013 is een specificatie van het eigen risico aan verzoeker gezonden. Artikel 19 lid 4 Zorgverzekeringswet en artikel 2.17 lid 3 Besluit zorgverzekering bepalen dat rekeningen voor kosten van zorg of overige diensten slechts ten laste van het verplicht eigen risico worden gebracht, indien deze door de zorgverzekeraar zijn ontvangen vóór 31 december van het kalenderjaar volgend op het kalenderjaar waar het verplicht eigen risico betrekking op heeft. De zorgverzekeraar heeft de nota van het Riagg vóór 31 december 2014 ontvangen, zodat de kosten terecht ten laste van het eigen risico 2013 zijn gebracht.

5.5. Ter zitting is door de zorgverzekeraar zijn standpunt herhaald.

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 2.12 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 € 825,13 ter zake van het verplicht en vrijwillig eigen risico 2013 van verzoeker 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 mixpolis, zodat de verzekerde gebruik kan maken van gecontracteerde zorg van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverleners en van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 3.1 tot en met 3.24 van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 3.8 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op geestelijke gezondheidszorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“(…)

b. Specialistische GGZ

Inhoud zorg

Specialistische geestelijke gezondheidszorg zonder opname

U heeft recht op diagnostiek en specialistische behandeling van complexe psychische aandoeningen waarvan een psychiater/zenuwarts, klinisch psycholoog of psychotherapeut heeft vastgesteld dat de zorg medisch noodzakelijk is. De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door wat psychiaters/zenuwartsen en klinisch psychologen als zorg plegen te bieden. Ook heeft u recht op de bij de behandeling horende verpleging, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

(…)

Psychiatrische ziekenhuisopname

U heeft recht op opname in een psychiatrisch ziekenhuis of op een psychiatrische afdeling van een ziekenhuis gedurende ten hoogste 365 dagen. Een onderbreking van ten hoogste dertig dagen wordt niet als onderbreking beschouwd. Een dergelijke onderbreking telt niet mee voor de berekening van de 365 dagen. Onderbrekingen wegens weekend- en vakantieverlof tellen wel mee voor de berekening van de 365 dagen. De aanspraak omvat de specialistische psychiatrische behandeling en het verblijf, al dan niet in combinatie met verpleging en verzorging. Verder vallen hieronder de bij de behandeling behorende paramedische zorg en geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen, gedurende de periode van opname.

Wie mag deze zorg verlenen

*- Een vrijgevestigde psychiater/zenuwarts, klinisch psycholoog of psychotherapeut.
- Een GGZ-instelling, voor zover de hoofdbehandelaar een psychiater/zenuwarts, klinisch psycholoog of psychotherapeut is.
(...)*

Verwijzing

*Voor de specialistische GGZ is een verwijzing noodzakelijk door de huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist, specialist ouderengeneeskunde of jeugdgezondheidszorgarts. (...) Zowel een verwijzing als een indicatiebesluit zijn niet noodzakelijk als er sprake is van acute zorg.
(...)*

Vergoeding

Als u gebruik maakt van een gecontracteerde zorgaanbieder worden de kosten volledig vergoed. Als u gebruik maakt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal 80% van het wettelijke tarief in Nederland. Als er geen Nederlands wettelijk tarief geldt, bedraagt de vergoeding maximaal 80% van het door [naam zorgverzekeraar] gecontracteerde bedrag."

8.4. Artikel 2.8 van de zorgverzekering betreft het eigen risico, en luidt, voor zover hier van belang:

"a. Verplicht eigen risico

*Het verplichte eigen risico is het bedrag aan kosten van zorg of overige diensten, genoemd in hoofdstuk 3 van deze verzekeringsvoorwaarden, dat verplicht voor uw rekening blijft. Voor verzekerden van 18 jaar of ouder geldt een verplicht eigen risico van € 350,- per kalenderjaar.
(...)*

b. Vrijwillig eigen risico

Het vrijwillige eigen risico is het met u als verzekeringnemer overeengekomen bedrag per kalenderjaar aan kosten van zorg of overige diensten, genoemd in hoofdstuk 3 van deze verzekeringsvoorwaarden, dat u naast het verplichte eigen risico voor uw eigen rekening neemt. Als u kiest voor een vrijwillig eigen risico, ontvangt u van [naam zorgverzekeraar] een premiekorting. U kunt u kiezen voor een vrijwillig eigen risico van:

Eigen risico Premiekorting per maand

€ 500,- € 25,90

(...)

c. Wanneer is het eigen risico niet van toepassing

Zowel het verplichte als het vrijwillige eigen risico zijn niet van toepassing op de kosten van:

- verloskundige zorg en kraamzorg;*
- het gebruik van huisartsenzorg. Door de huisarts aangevraagd laboratorium- en functieonderzoek valt wel onder het eigen risico, als dat onderzoek onder de dekking van deze verzekering valt, elders wordt uitgevoerd en apart in rekening wordt gebracht;*
- nacontroles van de donor na afloop van de periode genoemd in hoofdstuk 3 in het artikel Transplantaties van weefsels en organen, onder Inhoud zorg, vierde gedachtestreepje;*

- hulpmiddelen die in bruikleen worden verstrekt;
- zorg die wordt bekostigd met toepassing van de op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde beleidsregel voor de prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen (ketenzorg);
- door [naam zorgverzekeraar] gecontracteerde internetbehandeltrajecten voor eerstelijns psychologische zorg, als deze worden gevolgd bij een door [naam zorgverzekeraar] hiervoor gecontracteerde zorgaanbieder.

d. Berekening vrijwillig en verplicht eigen risico

[Naam zorgverzekeraar] brengt kosten van zorg of overige diensten die zowel ten laste van het verplichte als het vrijwillige eigen risico kunnen komen, eerst ten laste van het verplichte eigen risico.

De volgende bepalingen gelden voor zowel het verplichte als het vrijwillige eigen risico:

(...)

- Kosten van zorg of een andere dienst worden toegerekend aan het kalenderjaar waarin de zorg is genoten. Wanneer in twee achtereenvolgende kalenderjaren zorg is genoten die door de zorgaanbieder in één bedrag in rekening wordt gebracht, worden de kosten toegerekend aan het kalenderjaar waarin met de zorg is begonnen. Voor de vaststelling van het eigen risico wordt een Diagnose Behandel Combinatie (DBC) dus toegerekend aan het jaar waarin deze is geopend.
- Als [naam zorgverzekeraar] de kosten van verleende hulp rechtstreeks aan de zorgaanbieder heeft vergoed, dan brengt [naam zorgverzekeraar] u achteraf het eventueel verschuldigde eigen risico in rekening. Voorafgaand aan het incasseren van het eigen risico krijgt u een specificatie van de kosten die ten laste komen van het eigen risico. Hierop wordt ook aangegeven wanneer en op welke manier het verschuldigde bedrag zal worden geïncasseerd."

- 8.5. De artikelen 2.8 en 3.8 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2.2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.6. 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, als onderdeel van geneeskundige zorg, is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.
Het eigen risico is geregeld in de artikelen 19 tot en met 22 Zvw en verder uitgewerkt in de artikelen 2.17 en 2.18 Bzv.
- 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 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
- 9.1. Verzoeker heeft van de zorgverzekeraar een nota ontvangen van het eigen risico in verband met € 825,13 ter zake van specialistische GGZ. Genoemd bedrag bestaat uit het wettelijk verplicht en het vrijwillig eigen risico 2013. Verzoeker betwist de juistheid van het aantal door de GGZ-instelling gedeclareerde uren en daarmee de hoogte van het in rekening gebracht eigen risicobedrag.
- 9.2. De zorgverzekeraar legt aan zijn vordering ten grondslag dat door de GGZ-instelling - Riagg Amersfoort - een DBC is gedeclareerd voor een behandeling zonder verblijf met crisis van 400 tot

800 minuten. De DBC tijdbesteding omvat zes dagen directe tijd alsmede indirecte tijd. Verzoeker stelt zich op het standpunt dat door het Riagg te veel uren zijn gedeclareerd. Hiertoe is door hem enkel aangevoerd dat twee officiële afspraken hebben plaatsgevonden, en dat het derde contact een niet officieel slotgesprek was. De commissie is van oordeel dat door de zorgverzekeraar voldoende aannemelijk is gemaakt dat eerder genoemde DBC terecht door de GGZ-instelling is gedeclareerd.

- 9.3. Door verzoeker is nog gesteld dat de GGZ-instelling aan hem heeft medegedeeld dat de gesprekken aldaar konden worden beschouwd als huisartsenzorg, waardoor het eigen risico niet van toepassing zou zijn. De zorgverzekeraar heeft dit bestreden. De commissie is van oordeel dat door verzoeker niet aannemelijk is gemaakt dat een dergelijke toezegging is gedaan, nog daargelaten dat de vraag is of een zodanige uitlating door de zorgverlener de zorgverzekeraar kan binden. Verzoeker heeft de mogelijkheid zijn klacht hierover voor te leggen aan de GGZ-instelling. De onderhavige procedure is hiervoor niet aangewezen. Hetgeen overigens door verzoeker is aangevoerd, onder andere ten aanzien van de hoogte van het tarief, zijn omstandigheden ten tijde van het gebeurde, de positie van de GGZ adviseur, en de overstap per 1 januari 2014, kan niet leiden tot een andere uitkomst.
- 9.4. Hetgeen door verzoeker is aangevoerd met betrekking tot zijn persoonlijke omstandigheden ten tijde van de crisis, de niet onafhankelijke positie van de GGZ adviseur van de zorgverzekeraar, en zijn overstap per 1 januari 2014 naar een andere zorgverzekeraar, leidt niet tot een andere uitkomst.
- 9.5. Specialistische GGZ is niet uitgesloten van het eigen risico en gesteld noch gebleken is dat het eigen risico voor 2013 van verzoeker al volledig was volgemaakt. Daarom is het bedrag van € 825,13 terecht bij verzoeker in rekening gebracht.
- 9.6. Ter zitting heeft verzoeker verklaard toestemming te zullen geven voor een onderzoek door het fraudeteam van de zorgverzekeraar. De commissie heeft vooralsnog geen reden om aan te nemen dat sprake is van fraude tijdens het Riagg. Mocht dit echter anders zijn, dan gaat zij er vanuit dat de zorgverzekeraar het in rekening gebrachte eigen risico in overeenstemming met zijn bevindingen zal corrigeren.

Conclusie

- 9.7. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 19 november 2014,

Voorzitter