



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A. en OWM
Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar U.A., beide te
Tilburg

Zaak : Geneeskundige zorg, GGZ, eigen risico

Zaaknummer : 201502608

Zittingsdatum : 6 juli 2016

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2014, artt. 10, 11, 19, 20 en 21 Zvw, 2.1, 2.4, 2.17 en 2.18 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2014)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

- 1) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A., en
 - 2) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar U.A., beide te Tilburg,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering CZdirect Natura (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1 onderdeel d Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Deze verzekering is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De eveneens afgesloten aanvullende verzekering CZdirect Basic is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 9 juni 2015 aan verzoekster medegedeeld dat van haar een bedrag van € 834,98 ter zake van het verplicht en vrijwillig eigen risico 2014 wordt gevorderd.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brieven van 14 augustus 2015 en 11 september 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.4. Bij brief van 28 februari 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 2014 dan het door de ziektekostenverzekeraar gevorderde bedrag van € 834,98 (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 31 mei 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 2 juni 2016 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 9 juni 2016 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 20 juni 2016 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. 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.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 6 juli 2016 telefonisch gehoord.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
- 4.1. Verzoekster is bekend met een ernstig eetprobleem. In november 2014 heeft zij zich gemeld bij Apanta-ggz voor behandeling. Er heeft twee keer een intakegesprek van 60 minuten plaatsgevonden, en één gesprek van 15 minuten waarin haar is medegedeeld dat de diagnose anorexia nervosa is gesteld. Verzoekster heeft tijdens het laatste gesprek medegedeeld dat zij wilde stoppen met het behandeltraject. Op 2 februari 2015 heeft zij dit per e-mail bevestigd. De zorgaanbieder heeft de wens van verzoekster om het traject te beëindigen evenwel niet gerespecteerd.
- 4.2. Nadat de ziektekostenverzekeraar een deel van de kosten van de onderhavige behandeling bij verzoekster in rekening had gebracht in verband met het verschuldigde verplicht en vrijwillig eigen risico 2014, is verzoekster op de hoogte gesteld van het door de zorgaanbieder gedeclareerde bedrag. Verzoekster kan zich niet vinden in het aantal behandeluren dat is gedeclareerd. Zij bestrijdt dat het gedeclareerde aantal van 915 minuten nodig was om de diagnose anorexia nervosa te stellen. Bovendien wist verzoekster al dat zij anorexia heeft, en heeft zij dit reeds tijdens het eerste intakegesprek gemeld. Verzoekster heeft bij de zorgaanbieder een specificatie opgevraagd. Uit deze specificatie blijkt dat de zorgaanbieder - nadat verzoekster kenbaar had gemaakt het traject te willen beëindigen - nog 355 minuten heeft gedeclareerd die niets te maken hebben met haar behandeling. Ook na het e-mailbericht van 2 februari 2015 zijn nog 190 minuten gedeclareerd. Uit de specificatie blijkt tevens dat gemiddeld acht hulpverleners hebben deelgenomen aan de multidisciplinaire overleggen. Per hulpverlener worden 15 minuten gedeclareerd, en dat drie keer in dit traject. Verzoekster vindt dit erg veel. Niet iedere hulpverlener die "toevallig" aanwezig is bij een overleg hoeft hiervoor tijd in rekening te brengen. Het kan volgens verzoekster ook met veel minder hulpverleners. Tot 18 december 2014 kan verzoekster zich min of meer vinden in het aantal gedeclareerde minuten.
- 4.3. Verzoekster heeft op 22 december 2014 en 11 februari 2015 zelf andere zorgaanbieders benaderd. Door het traject bij Apanta-ggz kon de daadwerkelijke hulp pas op 6 maart 2015 aanvangen.
- 4.4. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat verzoekster in 2014 een hoog eigen risico had. In 2015 is dit verlaagd. Verzoekster herhaalt dat zij tijdens de intakegesprekken duidelijk heeft gemaakt dat zij wilde stoppen met de behandeling. Zij vindt het belachelijk dat de ziektekostenverzekeraar de gedeclareerde nota heeft geaccepteerd. Daarnaast gevraagd heeft verzoekster verklaard dat zij de kosten tot en met het gesprek op 18 december 2014 reëel vindt.

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 zorgaanbieder heeft ten behoeve van verzoekster een DOT-zorgproductcode gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar heeft de kosten hiervan (€ 1.893,93) 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 € 834,98 ten laste van het nog openstaande eigen risico gebracht.

5.2. Naar aanleiding van de klacht van verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar de urenspecificatie van de zorgaanbieder voorgelegd aan zijn medisch adviseur. De medisch adviseur plaatste in eerste instantie kanttekeningen bij het aantal gedeclareerde uren, met name de indirecte uren. Daarom heeft de ziektekostenverzekeraar de zorgaanbieder gevraagd te reageren op de bevindingen van de medisch adviseur.

De zorgaanbieder heeft op 7 augustus 2015 schriftelijk een toelichting gegeven op de gedeclareerde uren. Hij beschrijft hoe een en ander is verlopen en licht toe hoe hij tot het aantal gedeclareerde uren is gekomen.

Verzoekster heeft zich op 13 november 2014 aangemeld bij de zorgaanbieder. Er was sprake van een ernstige eetproblematiek. Tevens nam de huisarts van verzoekster persoonlijk contact op met de zorgaanbieder om te benadrukken dat het ging om een forse systeemproblematiek. Op verzoek van de huisarts is de intakeprocedure bij het team eetstoornissen versneld en is direct een intake gepland voor moeder en dochter bij één van de systeemtherapeuten. Verzoekster en haar moeder zijn op 20 november 2014 gezien door een systeemtherapeut. Verder heeft verzoekster twee intakegesprekken gehad met een psycholoog van het team eetstoornissen, te weten op 2 en 9 december 2014. Op 2 december is een psychotherapeut als hoofdbehandelaar aanwezig geweest tijdens het gesprek. Tijdens deze intakegesprekken is de diagnose anorexia nervosa gesteld; deze diagnose was niet eerder door een professional gesteld. Vervolgens is er tweemaal een multidisciplinair overleg geweest. Het eerste was een overleg tussen de intakers en de hoofdbehandelaar. Vervolgens is de casus van verzoekster ingebracht in de 'MDO-intake' van het team eetstoornissen voor indicatie en advies. Een overlegtijd van 15 minuten per casus in een multidisciplinair overleg is gebruikelijk binnen SGGZ.

Op 18 december 2014 heeft het adviesgesprek met verzoekster plaatsgevonden. Het advies was te starten in de motivatiegroep anorexia-boulimia (dit is de eerste module van het 'zorgpad Anorexia Nervosa'), een somatische screening en individuele systeemtherapie voor verzoekster en haar moeder. De motivatiegroep zou starten in januari 2015 en zou plaatsvinden op de maandagmiddag. In het adviesgesprek heeft verzoekster niet kenbaar gemaakt te willen stoppen met de behandeling, wel is haar angst voor de groep en haar angst om aan te komen in gewicht besproken. Daarnaast heeft verzoekster gezegd dat maandagmiddag voor haar een lastig tijdstip is in verband met haar opleiding. Dit gesprek heeft volgens de intaker 60 minuten geduurd.

Op 23 december 2014 is er telefonisch contact geweest met verzoekster bi welke gelegenheid zij heeft medegedeeld dat haar moeder niet wil meewerken aan de systeemgesprekken. Verzoekster heeft een voorkeur voor een individuele behandeling van haar eetstoornis. Zij heeft getracht met haar school een afspraak te maken met betrekking tot de verplichte colleges, maar de school kan hierin niets voor haar betekenen. De intaker heeft tijdens dit telefoongesprek met verzoekster afgesproken dat zij dit verzoek zou inbrengen tijdens het eerstvolgende multidisciplinaire overleg en hierover na de kerstvakantie contact zou opnemen met verzoekster. In het multidisciplinaire overleg van 20 januari 2015 is geadviseerd om drie individuele motivatiegesprekken met verzoekster te plannen, omdat zij mogelijk in deze gesprekken is te motiveren voor groepsbehandeling, aangezien dit voor haar passender is dan individuele behandeling. Hierna heeft de zorgaanbieder herhaaldelijk tevergeefs geprobeerd telefonisch contact te leggen met verzoekster. Op 30 januari 2015 heeft de zorgaanbieder een e-mailbericht naar verzoekster gestuurd met het verzoek contact op te nemen zodat een individuele afspraak kan worden gepland. Op 2 februari 2015 heeft verzoekster gemaaild dat zij problemen heeft met haar telefoon, zij de wijze van behandeling niet ziet zitten en het liefst geen nieuwe afspraak meer wil maken. De zorgaanbieder heeft dezelfde dag teruggemaaild

graag in een persoonlijk en open gesprek met verzoekster te willen kijken naar wat haar precies niet aanspreekt in de wijze van behandeling, en dat hij graag bereid is om samen te kijken naar wat dan wel bij haar past en of hij dat kan bieden of dat zij samen kunnen kijken naar andere behandel mogelijkheden bij een andere zorgaanbieder. Verzoekster heeft hierop niet gereageerd. De zorgaanbieder heeft op 12 februari 2015 contact opgenomen met de huisarts om hem te informeren over het verloop van het intakeproces. De huisarts was verbaasd en uitte zich bezorgd over het 'systeem'. De zorg van de huisarts sluit aan bij de bezorgdheid van de zorgaanbieder over verzoekster en over de relatie met haar moeder.

Op 13 februari 2015 heeft de zorgaanbieder zowel verzoekster als haar moeder schriftelijk verzocht te reageren op het afzien van het behandelaanbod. Ook hierop is geen reactie ontvangen.

Op 24 februari 2015 is de kwestie nogmaals besproken tijdens het multidisciplinaire overleg van de afdeling eetstoornissen om verder beleid te bespreken. Geadviseerd is het dossier te sluiten als verzoekster niets meer van zich laat horen.

Op 24 april 2015 heeft een laatste telefonisch contact met verzoekster plaatsgevonden. Tijdens dit gesprek is aangekondigd dat het dossier wordt gesloten, en verzoekster is gevraagd een diagnostiek-overeenkomst, die per post wordt toegestuurd, te ondertekenen en te retourneren. Verzoekster heeft dit laatste niet gedaan. Wel heeft haar moeder bij brief van 5 mei 2015 medegedeeld dat verzoekster niet wil worden behandeld door de zorgaanbieder.

De zorgaanbieder is zich bewust van de onevenwichtige verhouding tussen directe en indirecte tijd. Deze is echter vanuit de inhoud en dynamiek te verantwoorden. Het betreft een complexe casus van een jong meisje met ernstige eetproblemen, en er is sprake van forse systeemproblematiek. Het is van belang deze kwetsbare doelgroep zorgvuldig te diagnostiseren en te indiceren. Een multidisciplinair overleg is hiervoor essentieel. Omdat diagnostiek en indicatiestelling voornamelijk in de eerste fase van een traject plaatsvinden, wordt de onevenwichtige verhouding tussen directe en indirecte tijd mede veroorzaakt doordat hierna geen behandeling is gevolgd.

Naar aanleiding van bovenstaande toelichting heeft de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar geconcludeerd het aantal minuten per deelnemer aan het multidisciplinaire overleg wel wat hoog te vinden, zeker in de latere overleggen toen geen face-to-face contact meer heeft plaatsgevonden, maar dat de overleggen hebben plaatsgevonden, is wel aannemelijk gezien de problemen met onder andere het 'systeem'. De medisch adviseur kan zich vinden in de uitleg van de zorgaanbieder, en keurt de door deze gedeclareerde DOT daarom alsnog goed.

- 5.3. Verzoekster heeft in haar e-mailbericht van 2 februari 2015 medegedeeld dat zij de wijze van behandeling niet zag zitten en dat zij het liefst geen nieuwe afspraak wilde maken. De zorgaanbieder heeft dezelfde dag teruggemailed met een aantal vragen, maar heeft hierop geen reactie gehad. De ziektekostenverzekeraar vindt het in het licht van de omstandigheden niet onredelijk dat de zorgaanbieder vervolgens nog pogingen heeft ondernomen om de zorgmogelijkheden met verzoekster te bespreken.
- 5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat navraag is gedaan bij de zorgaanbieder. De medisch adviseur had ook twijfels bij de in rekening gebrachte indirecte tijd. In augustus 2015 is de reactie ontvangen. Deze is beoordeeld door de medisch adviseur en de conclusie was dat de berekende tijd redelijk was, gezien de complexe situatie. Daarom is de gedeclareerde DBC geaccepteerd.
- 5.5. 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.23 van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar terecht het bedrag van € 834,98 ter zake van het verplicht en vrijwillig eigen risico voor 2014 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 ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen B.3 e.v. van de zorgverzekering.

8.3. Artikel B.19 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op geestelijke gezondheidszorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“(…)

B.19.2.2. Gespecialiseerde GGZ zonder opname

Zorg: waar hebt u recht op?

De zorg omvat Gespecialiseerde GGZ zoals psychiaters en klinisch psychologen die plegen te bieden zonder dat opname plaatsvindt.

Onder deze Gespecialiseerde GGZ verstaan wij:

- *diagnostiek (het vaststellen van de aandoening) en*
 - *gespecialiseerde behandeling van ingewikkelde (complexe) psychische aandoeningen: o de psychotherapie, waaronder (langdurige) psychoanalytische psychotherapie; o andere gespecialiseerde GGZ zonder opname; o de verpleging, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen.*
- (…)”*

8.4. Artikel A.12 van de zorgverzekering betreft het verplicht eigen risico, en luidt, voor zover hier van belang:

"A.12.1. Hoogte eigen risico

Als u 18 jaar of ouder bent, hebt u voor de zorgverzekering een verplicht eigen risico van € 360,- voor een heel jaar. Het jaar dat de verzekering ingaat of eindigt of dat u 18 jaar wordt, is het verplicht eigen risico ook lager. Zie daarvoor ook artikelen A.12.6. en A.12.7.

Verplicht eigen risico betekent dat u de eerste € 360,- 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.12.2. Verrekening eigen risico

De kosten van zorg worden verrekend met het verplicht eigen risico van het jaar waarin de zorg is genoten.

Wordt zorg in 2 achtereenvolgende jaren genoten en op één nota in één bedrag in rekening gebracht dan worden de kosten van deze zorg verrekend met het verplicht eigen risico van het eerste jaar.

Echter de kosten van een DOT-zorgproductcode – behalve de eerstelijns DOT-zorgproductcodes - tellen alleen mee voor het verplicht eigen risico van het jaar waarin een DOT-zorgproductcode is begonnen (opening van de DOT-zorgproductcode). Dit geldt niet voor OZP's (Overige Zorg Producten) voor medisch specialistische of specialistische psychiatrische zorg.

(…)”

8.5. Artikel A.13 van de zorgverzekering betreft het vrijwillig eigen risico, en luidt, voor zover hier van belang:

"A.13.1. Voorwaarden vrijwillig eigen risico

De artikelen A.12.2. tot en met A.12.8. over het verplicht eigen risico gelden ook voor het vrijwillig eigen risico van uw zorgverzekering. Daarnaast gelden voor het vrijwillig eigen risico de hierna genoemde verzekeringsvoorwaarden.

A.13.2. Lagere premie

Naast het verplichte eigen risico, kunt u als u 18 jaar of ouder bent bij uw zorgverzekering kiezen voor een vrijwillig eigen risico. Hoe hoger dit vrijwillig eigen risico, hoe lager de premie die u (verzekeringnemer) voor uw zorgverzekering betaalt. U kunt kiezen voor een vrijwillig eigen risico van € 100,-, € 200,-, € 300,-, € 400,-, of € 500,- per jaar.

(...)"

8.6. De artikelen A.12, A.13 en B.19 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).

8.7. 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, 20 en 21 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 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

9.1. De ziektekostenverzekeraar heeft bij verzoekster een bedrag van € 834,98 ter zake van het verplicht en vrijwillig eigen risico 2014 in rekening gebracht. Verzoekster zou dit bedrag verschuldigd zijn vanwege de aan haar verleende specialistische geestelijke gezondheidszorg. Verzoekster bestrijdt dat de door de zorgaanbieder gedeclareerde behandel tijd correct is.

9.2. De commissie merkt op dat zij niet bevoegd is te oordelen over de klachten van verzoekster ten aanzien van de zorgaanbieder.
Verzoekster betwist de juistheid van het aantal door de zorgaanbieder gedeclareerde uren en daarmee de hoogte van het in rekening gebracht eigen risicobedrag. Zij heeft derhalve een financieel belang bij de onderhavige kwestie.

9.3. Uit het dossier blijkt dat de zorgaanbieder bij de ziektekostenverzekeraar een DOT-zorgproductcode met openingsdatum 14 november 2014 heeft gedeclareerd voor aan verzoekster verleende zorg. Dit betreft de DOT-zorgproductcode met de omschrijving: "Diagnostiek - vanaf 800 tot 1.199 minuten". De ziektekostenverzekeraar heeft de hieraan verbonden kosten van € 1.893,93 vergoed aan de zorgaanbieder. Verzoekster erkent dat zij zorg heeft ontvangen, maar bestrijdt de juistheid van het aantal gedeclareerde minuten.

- 9.4. Verzoekster heeft verklaard zich "min of meer" te kunnen vinden in het aantal gedeclareerde minuten tot 18 december 2014. Uit de urenspecificatie die is verstrekt door de zorgaanbieder blijkt dat van 14 november 2014 tot 18 december 2014 500 minuten zijn gedeclareerd. Over dit aantal minuten verschillen partijen dus niet van mening. Daarom neemt de commissie aan dat voornoemde behandelminuten in ieder geval terecht zijn gedeclareerd. Louter hiervan uitgaande - en de gang van zaken vanaf 18 december 2014 gemakshalve buiten beschouwing latend - geldt het volgende.
- 9.5. Niet in geschil is dat verzoekster ten tijde van het vergoeden van de onderhavige zorg het verplicht en vrijwillig eigen risico 2014 niet volledig had volgemaakt, en dat het nog openstaande bedrag € 834,98 bedroeg. Indien het aantal van 500 minuten aan zorg als uitgangspunt wordt genomen, geldt dat door de zorgaanbieder het zorgproduct 'diagnostiek - vanaf 400 tot en met 799 minuten' mocht worden gedeclareerd. Voor dit zorgproduct gold in 2014 een tarief van € 1.102,77. Dit tarief is weliswaar lager dan het door de zorgaanbieder gedeclareerde tarief, maar een en ander heeft geen gevolgen voor het door verzoekster verschuldigde bedrag, aangezien voornoemd tarief nog steeds hoger is dan het openstaande verplicht en vrijwillig eigen risico 2014. Verzoekster blijft dan ook gehouden het bedrag van € 834,98 aan de ziektekostenverzekeraar te voldoen.

Conclusie

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

Zeist, 21 juli 2016,

A.I.M. van Mierlo