



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht en Achmea  
Zorgverzekeringen N.V. te Zeist

Zaak : Geneeskundige zorg, GGZ, niet-gecontracteerde zorgaanbieder, hoogte vergoeding,  
vrijwillig en verplicht eigen risico

Zaaknummer : 201501358

Zittingsdatum : 6 april 2016

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2014, artt. 10, 11, 13, 19, 20 en 21 Zvw, 2.1, 2.4, 2.17, 2.18 en 2.19 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2014)

---

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

- 1) Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, en
- 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist,  
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Beter Af Polis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Beter Af Plus Polis 1 ster en Beter Af Extra pakket ZZP afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). 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. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van een GGZ-behandeling ad € 4.581,63 (hierna: de aanspraak). Bij brief van 11 december 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de kosten van voornoemde behandeling gedeeltelijk worden vergoed. Op de vergoeding wordt het nog openstaande verplicht en vrijwillig eigen risico van € 587,78 in mindering gebracht. Aan verzoeker wordt € 1.826,54 uitgekeerd.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 18 februari 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat hij aanspraak heeft op een vergoeding van 75 percent van € 4.581,63, dit is € 3.436,22. Hierop wordt het nog openstaande eigen risico 2014 in mindering gebracht, waarna een na te betalen bedrag van € 1.021,90 resteert.  
Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar vervolgens nogmaals verzocht om heroverweging. Bij brief van 16 maart 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat hij aanspraak heeft op 75 percent van het gemiddeld gecontracteerde tarief van € 4.023,87. Aangezien bedragen van € 2.414,32 en € 603,58 aan hem werden betaald, heeft verzoeker nog aanspraak op een nabetaling van € 418,32.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft ertoe geleid dat de ziektekostenverzekeraar uit coulance bereid is in totaal 80 percent te vergoeden van het notabedrag, hetgeen neerkomt op € 3.665,30. Dit betekent dat een bedrag van € 229,08 aan verzoeker zal worden nabetaald.

- 3.4. Met het door verzoeker op 30 oktober 2015 ingevulde klachtenformulier en de aanvulling hierop van 30 oktober 2015 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (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 ziektekostenverzekeraar 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 ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 18 februari 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 19 februari 2016 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 21 februari 2016 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 21 maart 2016 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 6 april 2016 telefonisch gehoord.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. Verzoeker verkeerde in 2014 in psychische nood. Hij kon hiervoor niet tijdig worden behandeld door een door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder. Daarom heeft hij zich gewend tot een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, door wie hij is behandeld van 4 februari 2014 tot en met 30 oktober 2014. De kosten hiervan bedragen € 4.581,63. Verzoeker heeft de betreffende nota ter declaratie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar, die deze slechts gedeeltelijk heeft vergoed.
- 4.2. Verzoeker stelt dat de ziektekostenverzekeraar niet transparant is over de hoogte van de vergoedingen, en dat de tekst in de brochure misleidend is. In de brochure wordt voor de voorwaarden voor GGZ-zorg verwezen naar pagina 18. Op deze pagina wordt vermeld dat 100 percent van de kosten worden vergoed. Hierbij wordt geen onderscheid gemaakt tussen gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg. In beleidsregel TH/BR-010 van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) wordt onder 5 vermeld dat vergoedingsoverzichten op adequate wijze moeten attenderen op bepaalde uitsluitingen of beperkingen. Voorts is hierin bepaald dat als sprake is van een 100 percent vergoeding of volledige vergoeding hierop geen uitzonderingen mogen worden gemaakt, waardoor de vergoeding alsnog wordt beperkt. Verzoeker mocht daarom erop vertrouwen dat de onderhavige kosten volledig zouden worden vergoed.
- 4.3. Ook is bij de ziektekostenverzekeraar intern niet duidelijk wat de voorwaarden voor de vergoeding van GGZ-zorg zijn. De zorgaanbieder heeft op 4 februari 2014 telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar. Hierbij is door de ziektekostenverzekeraar medegedeeld dat tussen de 70 en 80 percent van de kosten zou worden vergoed. Op 5 december 2014 is aan verzoeker door een andere medewerker van de ziektekostenverzekeraar verteld dat 60 percent van de nota zou worden vergoed. In de brief van de ziektekostenverzekeraar van 18 februari 2015 wordt vermeld dat aanspraak bestaat op een vergoeding van 75 percent van de kosten.
- 4.4. Verzoeker stelt voorts dat de ziektekostenverzekeraar niet heeft voldaan aan zijn zorgplicht. De ziektekostenverzekeraar is namelijk verplicht de verzekerde te ondersteunen bij het maken van een keuze voor een kwalitatief goede zorgaanbieder. De ziektekostenverzekeraar was op 4 februari 2014 bekend met de zorgvraag van verzoeker, aangezien de zorgaanbieder op die datum de ziektekostenverzekeraar heeft gebeld voor informatie. De ziektekostenverzekeraar heeft vervolgens geen actie ondernomen om verzoeker te begeleiden naar een gecontracteerde zorgaanbieder. De

zorgplicht gaat verder dan in de regels is opgenomen. Verzoeker benadrukt hierbij nogmaals dat hij destijds in psychische nood verkeerde.

- 4.5. De ziektekostenverzekeraar heeft het verschuldigde eigen risico ten onrechte ingehouden op de vergoeding. Ten eerste is vermeld dat de kosten voor 100 percent zouden worden vergoed. Ten tweede dient het eigen risico - zo dat al mag worden berekend - te worden verrekend met de ter declaratie ingediende nota. Pas daarna mag een eventuele korting worden toegepast. Door het eigen risico te verrekenen met de vergoeding, heeft de ziektekostenverzekeraar een financieel voordeel.
- 4.6. De door de ziektekostenverzekeraar in zijn brieven vermelde betalingen kloppen niet. Zo heeft verzoeker de bedragen van € 603,58 en € 2.414,32 niet ontvangen. Wèl heeft de ziektekostenverzekeraar op 30 maart 2015 € 1.826,54 van zijn rekening afgeschreven, waarbij oneigenlijk gebruik is gemaakt van de voor de maandelijkse premiebetalingen verleende machtiging.
- 4.7. Ter zitting heeft verzoeker voornoemde argumenten herhaald, waarbij hij heeft benadrukt dat hij ervan uitging dat de kosten volledig zouden worden vergoed. Tevens heeft hij benadrukt dat het intern bij de ziektekostenverzekeraar onduidelijk is wat het vergoedingspercentage is. Daarnaast gevraagd heeft verzoeker verklaard dat ongeveer € 3.200,-- aan hem is vergoed. Hij merkt hierbij op dat de ziektekostenverzekeraar verschillende toezeggingen heeft gedaan over geldbedragen, maar deze zijn nooit overgemaakt. Verzoeker verwijst voor de berekening van het eigen risico naar het rekenvoorbeeld op pagina 3 van de brochure. In dit voorbeeld wordt voor de berekening van het eigen risico uitgegaan van het nota bedrag, en dus niet van de vergoeding zoals in de onderhavige situatie is gedaan door de ziektekostenverzekeraar.
- 4.8. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. Verzoeker heeft op grond van de zorgverzekering aanspraak op generalistische basis GGZ. De kosten van deze zorg worden gedeclareerd met behulp van een DBC. De ziektekostenverzekeraar had voor de ten behoeve van verzoeker gedeclareerde DBC in 2014 een tarief gecontracteerd van gemiddeld € 4.023,87. Verzoeker is naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gegaan. Daarom heeft hij op grond van de polisvoorwaarden aanspraak op een gedeeltelijke vergoeding van de kosten.
- 5.2. Bij brief van 18 februari 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat hij aanspraak heeft op een vergoeding van 75 percent van € 4.581,63, dit is € 3.436,22. Hierop wordt het over 2014 nog openstaande (verplicht en vrijwillig) eigen risico van € 587,78 in mindering gebracht. De vergoeding komt hiermee op € 2.848,44. Aan verzoeker is in december 2014 reeds € 1.826,54 betaald. Daarom zal hem € 1.021,90 worden nabetaald. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar vervolgens nogmaals verzocht om heroverweging van de beslissing van 11 december 2014. Bij brief van 16 maart 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat hij aanspraak heeft op een vergoeding van 75 percent van het gemiddeld gecontracteerde tarief van € 4.023,87, dit is een bedrag van € 3.017,90. Op deze vergoeding wordt het openstaande verplicht en vrijwillig eigen risico in mindering gebracht van € 587,78. In december 2014 is aan verzoeker € 2.414,32 betaald. Het verschil tussen € 3.017,90 en € 2.414,32 is € 603,58. Bij brief van 18 februari 2015 is toegezegd dat € 1.021,90 aan verzoeker wordt nabetaald. Daarom zal aan verzoeker een bedrag van € 418,32 (€ 1.021,90 - € 603,58) worden nabetaald.
- 5.3. In de brief van 18 februari 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat op grond van de zorgverzekering aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van generalistische basis GGZ, verleend door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, tot maximaal 60 percent van het gemiddeld gecontracteerd tarief. Echter, dit is naar aanleiding van een arrest van de Hoge Raad bijgesteld naar

een vergoeding van 75 percent van het gemiddeld gecontracteerd tarief. Uit het dossier blijkt dat is besloten dit percentage te verhogen naar 80.

De ziektekostenverzekeraar merkt op dat in de brief van 18 februari 2015 per abuis is uitgegaan van het notabedrag in plaats van het gemiddeld gecontracteerd tarief, zoals in een latere brief is gesteld. Gelet hierop heeft de ziektekostenverzekeraar besloten uit te gaan van het bedrag van de nota, en een aanvullende vergoeding toe te kennen.

- 5.4. Verzoeker heeft voorafgaand aan de onderhavige behandeling geen contact gezocht met de afdeling klantcontact of Zorgbemiddeling van de ziektekostenverzekeraar. Wel is op 4 februari 2014 telefonisch contact geweest met de zorgaanbieder waarbij is uitgelegd wat de hoogte van de vergoeding zou zijn. Verder blijkt uit de administratie van de ziektekostenverzekeraar dat verzoeker op 8 juli 2014 contact heeft opgenomen en dat aan hem toen is medegedeeld dat bij niet-gecontracteerde zorg de vergoeding 60 percent bedraagt. De ziektekostenverzekeraar merkt hierbij op dat destijds voldoende zorg was gecontracteerd, waarvan verzoeker gebruik kon maken.

- 5.5. Verzoeker beroept zich op het vergoedingenoverzicht. Hierin staat duidelijk vermeld dat bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder maximaal 80 percent van het gemiddeld door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde tarief wordt vergoed, behalve bij GGZ, aangezien daarvoor lagere vergoedingen gelden. Tevens staat bij de vergoeding voor psychologische zorg op pagina 19 van het vergoedingenoverzicht dat de vermelde vergoedingen uitsluitend gelden voor de gecontracteerde zorgaanbieders. Verder is in het vergoedingenoverzicht opgenomen dat het vergoedingenoverzicht een samenvatting is van de polisvoorwaarden waarbij de polisvoorwaarden altijd leidend zijn.

- 5.6. De door verzoeker genoten zorg valt onder het verplicht en vrijwillig eigen risico.

- 5.7. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat niet is gebleken dat tijdens het telefoongesprek is besproken dat een volledige vergoeding zou volgen. Daarnaast gevraagd heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat de volgende bedragen aan verzoeker zijn betaald: € 2.430,12, € 418,32 en € 229,08.

- 5.8. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

## 6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op artikel 18 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering, die volgens de inleiding van de algemene voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering ook van toepassing zijn op deze verzekering, 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 gehouden is een hogere vergoeding aan verzoeker toe te kennen dan het bedrag dat reeds aan hem is vergoed, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

## 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 voor bepaalde zorgvormen is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde

zorgaanbieders en voor andere zorgvormen kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 1 e.v. van de 'aanspraken' van de zorgverzekering.

- 8.3. Artikel 14 van de 'aanspraken' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op generalistische basis GGZ bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

*"Heeft u een niet-complexe psychische stoornis? Dan vergoeden wij de kosten van Generalistische Basis GGZ (hierna te noemen: Basis GGZ).*

*(...)*

**Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener**

*Let op! Laat u zich behandelen door een klinisch psycholoog, gezondheidszorgpsycholoog, psychiater of psychotherapeut die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 60% van het gemiddeld door ons gecontracteerde tarief.*

*Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op [www.zilverenkruis.nl/zorgzoeker](http://www.zilverenkruis.nl/zorgzoeker) of neem contact met ons op. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.*

*(...)"*

- 8.4. Artikel 6 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering betreft het verplicht eigen risico, en luidt, voor zover hier van belang:

*"6.1 Als u 18 jaar of ouder bent en premie verschuldigd bent, heeft u een verplicht eigen risico voor de basisverzekering. De overheid bepaalt hoe hoog dit eigenrisicobedrag is. In 2014 is het verplicht eigen risico € 360,- per verzekerde per kalenderjaar.*

*6.2 Eerste € 360,- van uw zorgkosten betaalt u zelf. Wij brengen het verplicht eigen risico in mindering op uw aanspraak op zorg en/of op de vergoeding van de kosten van zorg. Het gaat hierbij om de kosten die u in de loop van het kalenderjaar vanuit de basisverzekering maakt. Voorbeeld: u wordt behandeld in een ziekenhuis, maar ontvangt geen nota. Dan vergoeden wij deze kosten rechtstreeks aan het ziekenhuis. U (verzekeringnemer) ontvangt vervolgens een nota van ons van € 360,-  
(...)"*

- 8.5. Artikel 7 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering betreft het vrijwillig eigen risico, en luidt, voor zover hier van belang:

*"7.1 Per kalenderjaar kan een verzekerde van 18 jaar of ouder kiezen voor een vrijwillig eigen risico. U kunt in uw basisverzekering kiezen voor geen vrijwillig eigen risico of voor een vrijwillig eigen risico van € 100,-, € 200,-, € 300,-, € 400,- of € 500,- per kalenderjaar. Kiest u voor een vrijwillig eigen risico? Dan krijgt u een korting op uw premie. Hoeveel korting u krijgt, ziet u in het overzicht van premiekortingen op onze website. Dit overzicht maakt deel uit van deze polis.*

**7.2 Gevolg vrijwillig gekozen eigen risico**

*Wij brengen het vrijwillig gekozen eigen risico in mindering op uw aanspraak op zorg en/of op de vergoeding van de kosten van zorg. Dit doen wij nadat wij het volledige verplicht eigen risico hierop in mindering hebben gebracht. Het gaat om de kosten die u in de loop van het kalenderjaar vanuit de basisverzekering maakt.*

*Voorbeeld: u (verzekeringnemer) kiest naast het verplicht eigen risico voor een vrijwillig eigen risico van € 200,-. Hierdoor is uw totale eigenrisicobedrag (€ 360,- + € 200,- =) € 560,-. Ontvangt uw zorgverlener € 950,- van ons voor zorg die u heeft ontvangen? Dan brengen wij hierop het totale eigenrisicobedrag in mindering. Deze € 560,- wordt automatisch van de rekening van de verzekeringnemer afgeschreven (zie ook artikel 6.10 van deze algemene voorwaarden).  
(...)"*

- 8.6. De artikelen 6 en 7 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering en 14 van de 'aanspraken' van de zorgverzekering zijn volgens artikel 1.1 van de algemene voorwaarden van de

zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.7. Artikel 11, lid 1, onderdeel b 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 vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Geneeskundige zorg, waaronder ook geneeskundige geestelijke zorg valt, is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv. Artikel 13 Zvw regelt de aanspraak op zorg indien een verzekerde gebruik maakt van een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverlener. Het verplicht eigen risico is geregeld in de artikelen 19 en 21 Zvw en verder uitgewerkt in de artikelen 2.17 en 2.18 Bzv. Het vrijwillig eigen risico is geregeld in artikel 20 Zvw en verder uitgewerkt in artikel 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 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. Verzoeker heeft een GGZ-behandeling ondergaan. Op grond van artikel 14 van de 'aanspraken' van de zorgverzekering heeft hij aanspraak op vergoeding van de kosten hiervan. Partijen zijn hierover niet verdeeld. De betrokken zorgaanbieder is niet door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerd. Om die reden heeft verzoeker op grond van voornoemd artikel aanspraak op 60 percent van de kosten van het door de ziektekostenverzekeraar gemiddeld gecontracteerde tarief. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat het gemiddeld gecontracteerde tarief in 2014 € 4.023,87 was. Voorts heeft hij in zijn brief van 18 februari 2016 toegelicht dat naar aanleiding van een arrest van de Hoge Raad eerdergenoemd percentage van 60 is bijgesteld naar 75. Met de brief aan de Ombudsman Zorgverzekeringen heeft de ziektekostenverzekeraar reeds toegezegd dat hij dit percentage uit coulance verder verhoogt naar 80. Daarnaast heeft de ziektekostenverzekeraar toegezegd dat vanwege een omissie in de brief van 18 februari 2105 in de onderhavige situatie moet worden uitgegaan van het notabedrag in plaats van het gemiddeld gecontracteerde tarief. De zorgaanbieder heeft voor de onderhavige zorg € 4.581,63 gefactureerd. Gezien het voorgaande heeft verzoeker aanspraak op een vergoeding van 80 percent van dit bedrag, hetgeen neerkomt op € 3.665,30.
- 9.2. Verzoeker meent op grond van het vergoedingenoverzicht aanspraak te hebben op volledige vergoeding van de kosten van de door hem genoten GGZ-zorg. Uit het overgelegde vergoedingenoverzicht blijkt echter dat op de voorkant is vermeld dat dit betrekking heeft op gecontracteerde zorg. Op de pagina's 18 en 19 van het vergoedingenoverzicht is de aanspraak op psychologische zorg, waaronder generalistische basis GGZ, opgenomen. Op pagina 19 is vermeld dat de betreffende vergoedingen uitsluitend gelden voor gecontracteerde zorgaanbieders. Voorts is vermeld dat het vergoedingenoverzicht een samenvatting is van de polisvoorwaarden, waarbij de polisvoorwaarden altijd leidend zijn. Verder is in het vergoedingenoverzicht op pagina 3 opgenomen dat het verplicht (en het eventueel vrijwillig) eigen risico van toepassing kan zijn. De commissie is daarom van oordeel dat verzoeker niet gerechtvaardigd erop mocht vertrouwen dat de kosten van behandeling door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder volledig zouden worden vergoed. Ook de verwijzing naar beleidsregel TH/BR-010 van de NZa treft, gelet op het voorgaande, geen doel.






- 9.3. Ingevolge artikel 6 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering is verzoeker in 2014 maximaal € 360,- aan verplicht eigen risico verschuldigd voor zorg en overige diensten die ten laste van de zorgverzekering komen. Daarnaast had verzoeker in 2014 een vrijwillig eigen risico van € 500,-. Hierop ziet artikel 7 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering. Tussen partijen is niet in geschil dat zowel het verplicht als het vrijwillig eigen risico 2014 op het moment dat de onderhavige kosten werden gemaakt nog deels open stond (totaal € 587,78). Voorts geldt dat de onderhavige kosten niet zijn uitgesloten van de eigen risicoregeling. De ziektekostenverzekeraar heeft derhalve terecht het nog openstaande verplicht en vrijwillig eigen risico 2014 in mindering gebracht op de uit te keren vergoeding. Verzoeker heeft nog aangevoerd dat het eigen risico eerst in mindering moet worden gebracht op het gedeclareerde bedrag, en dat daarna een eventuele korting moet worden berekend. De commissie kan verzoeker hierin niet volgen. In de artikelen 6 en 7 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering is duidelijk bepaald dat het verplicht en vrijwillig eigen risico in mindering worden gebracht op de *vergoeding* van de kosten van de zorg. Derhalve dient eerst de hoogte van de vergoeding te worden vastgesteld, waarna hierop het nog openstaande verplicht en vrijwillig eigen risico in mindering moet worden gebracht. Ter zitting heeft verzoeker zich beroepen op het rekenvoorbeeld op pagina 3 van de brochure. De commissie kan zich voorstellen dat verzoeker hierdoor op het verkeerde been is gezet. Echter, het voorbeeld gaat over gecontracteerde zorg, waardoor geen sprake is van het toepassen van een korting. Daarom is in voornoemd voorbeeld uitgegaan van het notabedrag.
- 9.4. Verzoeker heeft voorts gesteld dat de ziektekostenverzekeraar, bekend met zijn zorgvraag, niet heeft voldaan aan de op hem rustende zorgplicht. De commissie deelt deze stelling niet. De ziektekostenverzekeraar heeft inderdaad een zorgplicht, maar deze strekt niet zo ver dat hij uit eigen beweging een verzekerde moet benaderen, en naar gecontracteerde zorg moet begeleiden, indien een niet-gecontracteerde zorgaanbieder belt om te informeren naar de vergoeding van de kosten van een behandeling. Door verzoeker is niet gesteld dat hij de ziektekostenverzekeraar heeft benaderd met het verzoek om bemiddeling naar een gecontracteerde zorgaanbieder. Ook anderszins is uit het dossier niet gebleken dat hiervan sprake is geweest. Dat destijds de door verzoeker benodigde zorg niet (tijdig) beschikbaar was bij een gecontracteerde zorgaanbieder is niet komen vast te staan. Gezien het voorgaande is de commissie van oordeel dat de ziektekostenverzekeraar zijn zorgplicht niet heeft geschonden.
- 9.5. Gezien hetgeen onder 9.1 tot en met 9.4 is overwogen, heeft verzoeker aanspraak op een vergoeding van 80 percent van € 4.581,63. Dit is € 3.665,30. Hierop dient het nog openstaande verplicht en vrijwillig eigen risico van € 587,78 in mindering te worden gebracht. Derhalve diende de uit te keren vergoeding € 3.077,52 te bedragen. De commissie is gebleken dat het door de ziektekostenverzekeraar betaalde bedrag van € 1.826,54 op een later moment weer van de rekening van verzoeker is afgeschreven. Voorts is gebleken dat de door de ziektekostenverzekeraar genoemde nabetalings van € 603,58 en € 2.414,32 niet aan verzoeker zijn betaald. Ter zitting is door verzoeker verklaard dat de ziektekostenverzekeraar ongeveer € 3.200,- aan hem heeft betaald. De ziektekostenverzekeraar heeft ter zitting verklaard dat aan verzoeker ter zake van de onderhavige behandeling de volgende bedragen zijn betaald: € 2.430,12, € 418,32 en € 229,08. Dit is door verzoeker niet weersproken, daarom neemt de commissie dit als vaststaand aan. Aan verzoeker is dus - verdeeld over drie betalingen - € 3.077,52 vergoed. Hiermee is aan hem het bedrag vergoed waarop hij op grond van de polisvoorwaarden recht heeft.


#### **Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering**

- 9.6. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde, zodat de aanspraak niet op die grond kan worden ingewilligd.



 **Conclusie**

-  9.7. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen, aangezien de ziektekostenverzekeraar reeds (in drie betalingen) het bedrag aan verzoeker heeft betaald waarop hij op grond van de polisvoorwaarden recht heeft.
-  9.8. Aangezien de ziektekostenverzekeraar onvoldoende duidelijk is geweest over de uitgekeerde vergoedingen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,-- aan verzoeker te vergoeden.
-  10. Het bindend advies
-  10.1. De commissie wijst het verzoek af.
-  10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden het entreegeld van € 37,--.

 Zeist, 20 april 2016,

 J.A.M. Strens-Meulemeester

