



ANONIEM BINDEND ADVIES

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

Zaak : Geneeskundige zorg, GGZ, onderzoek ADHD, niet-gecontracteerde zorgaanbieder, hoogte vergoeding

Zaaknummer : 201503068

Zittingsdatum : 11 mei 2015

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 2015, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2015)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

- 1) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar UA, en
- 2) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar UA, beide te Tilburg,
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 PZP Zorg-op-Maatpolis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1 onderdeel d Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Top PZP afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De eveneens afgesloten aanvullende verzekering Uitgebreide tandarts PZP is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

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 behandeling door ADHD Centraal (hierna: de aanspraak). Bij brief van 6 november 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat van het notabedrag € 1.750,93 wordt vergoed, hierop is het nog openstaande eigen risico van € 108,98 in mindering gebracht; de resterende € 705,39 blijft voor rekening van verzoeker.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij e-mailberichten van 9 en 10 november 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar op 12 november 2015 telefonisch nogmaals verzocht om heroverweging van de onder 3.1 vermelde beslissing gevraagd. De ziektekostenverzekeraar heeft dit gesprek bij e-mailbericht van 12 november 2015 aan verzoeker bevestigd. De ziektekostenverzekeraar heeft aangeboden verzoeker gedeeltelijk tegemoet te komen met een bedrag van € 250,-, maar verzoeker heeft al tijdens het telefoongesprek verklaard van dit aanbod geen gebruik te maken.
- 3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.

- 3.5. Bij brief van 15 januari 2016 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).
- 3.6. 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.
- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 24 maart 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 30 maart 2016 aan verzoeker gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 2 april 2016 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 9 mei 2016 telefonisch medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.9. Verzoeker is op 11 mei 2016 in persoon gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch aan de zitting deelgenomen.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker is op 21 juli 2015 door de huisarts verwezen naar de specialistische GGZ voor onderzoek en advies in verband met het vermoeden van ADD/ADHD. De huisarts heeft hierbij vermeld dat verzoeker in februari 2014 last heeft gehad van "*paniekaanvallen/stoornis*".
- 4.2. Verzoeker heeft al vele jaren last van psychische problemen, zoals slechte concentratie, vermoeidheid, depressiviteit en angst. In verband met deze klachten is verzoeker in het verleden veelvuldig bij de huisarts geweest. Hij heeft verschillende therapieën gevolgd en medicatie gebruikt, maar dit alles heeft niet het gewenste resultaat gehad. Op 21 juli 2015 heeft hij zich weer tot de huisarts gewend, omdat de situatie voor hem onhoudbaar was geworden. De huisarts heeft naar aanleiding hiervan besloten verzoeker te laten onderzoeken op ADHD/ADD. De huisarts had verschillende zorgaanbieders op een lijstje, maar deze vielen één voor één af, tot er slechts één overbleef, te weten ADHDcentraal te Amsterdam. Bovendien kon verzoeker hier direct worden onderzocht (met direct aansluitend de diagnose) en zo nodig behandeld, terwijl bij de andere zorgaanbieders de wachttijd opliep tot drie maanden. Verzoeker is door zijn huisarts verwezen naar ADHDcentraal en heeft hierop zelf geen enkele invloed gehad. Verzoeker heeft zich op 22 juli 2015 gemeld bij de zorgaanbieder en is nog dezelfde dag onderzocht en gediagnosticeerd met ADHD. Tevens is direct aangevangen met de medicatie.
- 4.3. Verzoeker heeft de nota van de zorgaanbieder van € 2.565,30 ter declaratie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. Verzoeker verwachtte dat deze nota volledig zou worden vergoed, omdat hij een goede verzekering heeft met twee aanvullende pakketten. De ziektekostenverzekeraar heeft echter maar € 1.750,93 vergoed, waardoor € 705,39 voor rekening van verzoeker blijft. Hij had wel rekening gehouden met het verschuldigde eigen risico, maar niet met het voor zijn rekening blijven van een dergelijk hoog bedrag.
- 4.4. Verzoeker benadrukt dat hij geen invloed heeft gehad op de keuze voor ADHDcentraal. Het stoort hem daarom dat de ziektekostenverzekeraar stelt dat hij heeft gekozen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Bovendien moest verzoeker destijds zo snel mogelijk worden geholpen, hetgeen wordt bevestigd door het feit dat hij reeds de dag ná het consult bij de huisarts onder behandeling is gekomen bij ADHDcentraal. Daarnaast zat hij geestelijk er dusdanig doorheen, dat hij geen moment heeft gedacht aan de polisvoorwaarden van de ziektekostenverzekeraar.

- 4.5. Ten aanzien van de door de ziektekostenverzekeraar geboden tegemoetkoming in de kosten van € 250,--, merkt verzoeker op dat hij niet tegemoet gekomen wil worden. Hij is hiervoor verzekerd en wil daarom dat de betreffende nota volledig wordt vergoed, met uitzondering van het verschuldigde eigen risico.
- 4.6. Verzoeker beroept zich voor volledige vergoeding van de onderhavige kosten voorts op de aanvullende werking van de redelijkheid en billijkheid. Op grond hiervan moeten onredelijke of onbillijke situaties worden voorkomen, door niet halsstarrig vast te houden aan een overeenkomst.
- 4.7. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat de doorverwijzing niet is bedoeld om aan te tonen dat hij was aangewezen op de behandeling, maar om te laten zien hoe kort de tijd was tussen de verwijzing en de behandeling. Er was sprake van spoedeisende acute zorg, omdat de situatie zorgelijk was. Verzoeker zat bij de huisarts, en de huisarts ging rondbellen om te vragen waar verzoeker snel kon worden behandeld. Hieruit blijkt dat de huisarts ook van mening was dat snelheid geboden was. Overall was twee maanden wachttijd, met uitzondering van ADHDcentraal. Als hij had geweten dat het zo belangrijk was, had hij de huisarts gevraagd erbij te zetten dat het ging om een acute situatie. Zijn hoofd stond hier overigens op dat moment niet naar. Daarnaast gevraagd, licht verzoeker toe dat hij het coulanceaanbod van de ziektekostenverzekeraar in eerste instantie niet heeft geaccepteerd, omdat hij vond dat een en ander niet juist was afgehandeld. Hij vond daarom dat € 250,-- niet genoeg was om hem hierin tegemoet te komen. Verzoeker kent de regelgeving, maar hij vindt dat deze ruimer moet worden uitgelegd. In antwoord op de vraag van de commissie of hij ook een vergoeding heeft gekregen van ADHDcentraal, antwoordt verzoeker dat een bedrag in mindering is gebracht, maar dit bedrag was niet toereikend. Hij weet niet meer hoe hoog dit bedrag was.

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 een naturapolis. Als hij gebruik maakt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder heeft hij aanspraak op vergoeding van 75 percent van de kosten van de zorg. De zorgverlener heeft de declaratiecode 10B822 gedeclareerd. De omschrijving die bij deze code hoort is: "aandachtstekort - en gedrag - vanaf 800 tot en met 1799 minuten". Het bijbehorende marktconforme tarief is € 2.479,88. 75 percent hiervan is € 1.859,91. Dit tarief staat ook vermeld op de restitutietarievenlijst van de ziektekostenverzekeraar.
- 5.2. Bij verzoeker was sprake van het vermoeden van ADHD. Dit is geen situatie waarbij men direct zorg nodig heeft, en waarbij redelijkerwijs niet van iemand kan worden verwacht dat hij contact opneemt met de ziektekostenverzekeraar om na te vragen bij welke gecontracteerde zorgaanbieder hij op korte termijn terecht kan. De diagnostiek van ADHD kon destijds bij meerdere gecontracteerde zorgaanbieders (tijdig) plaatsvinden. Dit hoefde niet binnen één dag te gebeuren. Een wachttijd van één maand is niet vreemd in de geestelijke gezondheidszorg, en zou in het geval van verzoeker ook niet onredelijk zijn geweest. De ziektekostenverzekeraar merkt hierbij op dat uit het dossier, zoals de verwijzing van de huisarts, niet blijkt dat volgens de arts sprake was van een situatie waarin verzoeker met spoed moest worden geholpen. Het feit dat het om specialistische GGZ gaat en dat sprake is van een comorbide stoornis maakt evenmin dat het automatisch om spoedeisende zorg gaat. De ziektekostenverzekeraar had graag met verzoeker gekeken waar hij kon worden behandeld. Hoewel de ziektekostenverzekeraar er begrip voor heeft dat verzoeker snel en zonder navraag te doen contact heeft opgenomen met ADHDcentraal, had hij redelijkerwijs met goede begeleiding van zijn huisarts kunnen wachten tot de ziektekostenverzekeraar hem kon begeleiden naar een gecontracteerde zorgaanbieder. Verzoeker heeft met zijn handelen een financieel risico genomen. Als hij op dat moment zijn belangen niet goed zelf kon behartigen, had hij hiervoor bij iemand om hulp kunnen vragen.

- 5.3. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor de kosten die thans voor rekening van verzoeker blijven.
- 5.4. De ontstane financiële situatie is vervelend voor verzoeker. De ziektekostenverzekeraar kan zich voorstellen dat verzoeker snel wilde worden geholpen, maar dit maakt niet dat hij een hogere vergoeding aan verzoeker is verschuldigd. De ziektekostenverzekeraar is al zeer coulant geweest door verzoeker eerder onverplicht een extra vergoeding van € 250,- aan te bieden. Verzoeker heeft dit aanbod evenwel afgewezen.
- 5.5. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat in de verwijzing duidelijk staat waarvoor is verwezen. Het gaat erom dat verzoeker naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder is gegaan. Uit het dossier komt niet naar voren dat sprake was van een acute situatie. De ziektekostenverzekeraar begrijpt dat verzoeker snel geholpen wilde worden, maar de vraag is of het ook medisch gezien spoedeisend was. Dit staat niet vast. Uit de stukken blijkt voorts niet dat de zorg niet tijdig beschikbaar was bij een gecontracteerde zorgaanbieder. De ziektekostenverzekeraar had hierin kunnen bemiddelen. Verzoeker heeft hier echter niet om gevraagd, daarom heeft de ziektekostenverzekeraar hierop niet kunnen handelen.

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.22 van de zorgverzekering en van 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 verzoeker aanspraak heeft op volledige vergoeding van de kosten van de behandeling door ADHDcentraal, 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 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.1 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. Gespecialiseerde GGZ algemeen

(…)

Zorg: waar hebt u recht op?

De zorg omvat Gespecialiseerde GGZ, zoals psychiaters en klinisch psychologen die plegen te bieden, voor verzekerden vanaf 18 jaar.

(…)

Voorwaarden Algemeen

De voorwaarden met betrekking tot zorgverlener, verwijzing en voorgestelde behandeling (voorschrift) staan vermeld in het Reglement GGZ.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. De hoogte van het tarief hangt af van de zorgverlener naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20. (...)"

- 8.4. In artikel A.20 van de zorgverzekering is bepaald welke tarieven de ziektekostenverzekeraar hanteert bij het vergoeden van zorgkosten die ten laste van de zorgverzekering komen. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

"A.20.1. Omschrijving van de tarieven

In de artikelen van Hoofdstuk B en op uw Vergoedingen Overzicht staat op welke zorg u recht hebt of hoe hoog de vergoeding is die u ontvangt. Vaak staat daar een percentage, bijvoorbeeld 100%. Maar dat wil niet altijd zeggen dat wij dan uw nota volledig voor onze rekening nemen. Wij gaan uit van verschillende tarieven:

1. Afgesproken tarief

Dit is het tarief dat, of het gemiddelde van de tarieven die we in een zorg- en/of internet-overeenkomsten met zorgverleners hebben vastgelegd. Op onze internetsite vindt u de tarieven voor de verschillende zorgvormen.

2. Vast, wettelijk (punt)tarief

Dit is het vaste tarief dat op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg is vastgesteld voor bepaalde zorg. Het zijn tarieven waarbij geen marge (speelruimte) is aangegeven. Het tarief dat een zorgverlener hanteert, mag dus niet hoger maar ook niet lager zijn. Deze tarieven worden ook wel punttarieven genoemd. Ze zijn dus nooit hoger dan de maximale aanspraken vanuit uw verzekering.

3. Marktconform tarief of redelijke marktprijs

Dit is het tarief dat voor bepaalde zorg in Nederland gebruikelijk is. Dat is tot ten hoogste het tarief dat in de Nederlandse markt in redelijkheid passend is te achten. De gedeclareerde kosten van de zorg moeten in redelijke verhouding staan tot de prijs van soortgelijke zorg die soortgelijke zorgverleners in Nederland declareren. Als een nota voor zorg buitensporig afwijkt van nota's voor soortgelijke zorg door soortgelijke zorgverleners is in dat geval niet meer sprake van een marktconform tarief of redelijke marktprijs. Wij betalen in dat geval niet het deel van de nota, dat uitkomt boven het marktconform tarief of de redelijke marktprijs; we betalen dus maximaal het marktconform tarief of de redelijke marktprijs.

4. Gedeclareerde tarief

Het bedrag dat op de nota staat.

(...)

A.20.2.1. Zorgverzekering Natura en Zorgverzekering Natura Select

a. Afgesproken tarief

Gaat u naar een zorgverlener met wie wij een zorgovereenkomst hebben voor die behandeling/zorg?

Dan hebt u recht op de behandeling volgens het afgesproken tarief.

b. Verlaging van het vast wettelijk of afgesproken tarief

Gaat u naar een zorgverlener met wie wij geen zorgovereenkomst hebben voor die behandeling/zorg? En had u in uw situatie wel tijdig passende zorg kunnen krijgen van een zorgverlener met wie wij wel een zorgovereenkomst hebben gesloten? U maakt dus geen gebruik van zorg door een gecontracteerde zorgverlener.

o U hebt dan recht op een verlaagde vergoeding. Wij vergoeden dan een bepaald percentage (deel) van het wettelijk bepaalde, vaste tarief (het zogenaamde "punttarief").

o Is er geen punttarief, dan vergoeden wij een percentage van het afgesproken tarief.

o Als het in rekening gebrachte bedrag lager is dan het afgesproken tarief, dan gaan we voor deze berekening uit van dit lagere in rekening gebrachte bedrag.

Hoe hoog het vergoedingspercentage is, kunt u vinden in de bijlage "Premies en vergoedings-tarieven" of in de inleiding van uw Vergoedingen Overzicht.

c. Volledig tarief (100%) van het vast wettelijk of afgesproken tarief

Wij vergoeden dit tarief alleen als:

o u de zorg niet of niet tijdig kunt krijgen bij een zorgverlener met wie wij een zorg- of internet-overeenkomst hebben gesloten. Wat tijdige zorgverlening is, hangt ervan af wat als wachttijd medisch inhoudelijk verantwoord en algemeen maatschappelijk geaccepteerd is; of
o u de zorg alleen op grote afstand van uw woonplaats kunt krijgen bij een zorgverlener met wie wij een zorgovereenkomst hebben gesloten; of
o u acute (spoed)zorg nodig hebt, die niet kan worden uitgesteld.

d. Gedeclareerd tarief

Gaat u naar een zorgverlener met wie wij geen zorgovereenkomst hebben voor die behandeling/zorg? En hebben wij voor de soort behandeling/zorg ook geen zorg- en/of internetovereenkomst gesloten met andere zorgverleners? En er bestaat ook geen wettelijk tarief en het marktconform tarief / de redelijke marktprijs is niet of nauwelijks vast te stellen?

*Dan vergoeden wij het gedeclareerde tarief. Dit vergoeden wij tot maximaal het bedrag waar u recht op hebt vanuit uw verzekering. De vergoeding is nooit hoger dan de kosten van zorg die u werkelijk hebt gemaakt.
(...)"*

- 8.5. In de inleiding van het Vergoedingen Overzicht is bepaald dat 75 percent van het wettelijke of afgesproken tarief wordt vergoed, indien de verzekerde naar een zorgaanbieder gaat met wie de ziektekostenverzekeraar geen overeenkomst heeft gesloten.
- 8.6. De artikelen A.20 en B.19 van de zorgverzekering en het Vergoedingen Overzicht 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.
Geneeskundige zorg, waaronder ook geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 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 ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder.
- 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. Uit het polisblad blijkt dat verzoeker een naturaverzekering heeft, hetgeen betekent dat hij aanspraak heeft op verstrekking van de verzekerde zorg en diensten waaraan hij behoefte heeft. Hierbij geldt als uitgangspunt dat hij deze zorg dient te betrekken bij een door de ziektekostenverzekeraar daartoe gecontracteerde zorgaanbieder. Indien de zorg wordt betrokken bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt conform artikel A.20.2.1 een lagere vergoeding, tenzij de zorg niet of niet tijdig beschikbaar is bij een gecontracteerde zorgaanbieder, of de zorg alleen op grote afstand van de woonplaats van de verzekerde beschikbaar is, of als de verzekerde acute (spoed)zorg nodig heeft, die niet kan worden uitgesteld. In de inleiding van het Vergoedingen Overzicht is bepaald dat de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg 75 percent van het wettelijke of afgesproken tarief bedraagt.

9.2. Verzoeker heeft gesteld dat hij direct zorg nodig had, die niet kon worden uitgesteld, en dat de door hem benodigde zorg niet tijdig beschikbaar was bij een gecontracteerde zorgaanbieder. Verzoeker heeft deze stellingen evenwel niet met stukken onderbouwd. Uit de verwijsbrief van de huisarts volgt niet dat sprake was van een acute zorgbehoefte. Het is begrijpelijk dat verzoeker zo spoedig mogelijk geholpen wilde worden, maar dit betekent niet dat daarmee sprake was van een situatie als bedoeld in artikel 20.2.1 onder c van de zorgverzekering. Verzoeker heeft daarom geen aanspraak op de door hem gevorderde volledige vergoeding van de door ADHDcentraal verleende zorg.

9.3. Gezien hetgeen onder 9.1 en 9.2 is overwogen, heeft verzoeker aanspraak op vergoeding van 75 percent van de kosten van het voor de betreffende zorg gecontracteerde tarief. Uit de informatie van de ziektekostenverzekeraar blijkt dat voor deze zorg een tarief van gemiddeld € 2.479,88 is gecontracteerd. De vergoeding bedraagt derhalve € 1.859,91. Hierop is het nog openstaande eigen risico van € 108,98 in mindering gebracht. Verzoeker heeft niet bestreden dat ten tijde van het toekennen van de vergoeding voornoemd bedrag nog open stond voor het eigen risico. De commissie neemt dit daarom als vaststaand aan. De ziektekostenverzekeraar heeft derhalve terecht € 1.750,93 aan verzoeker vergoed.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

9.4. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde, zodat het verzoek niet op basis hiervan kan worden ingewilligd.

9.5. Het feit dat verzoeker heeft gekozen voor een zorgverzekering met twee aanvullende verzekeringen betekent niet dat hij zonder meer recht heeft op volledige vergoeding van de door hem gemaakte kosten.

Beroep op de redelijkheid en billijkheid

9.6. Verzoeker beroept zich voor de vergoeding van de kosten van zijn behandeling door ADHDcentraal voorts op de redelijkheid en billijkheid, omdat hij direct zorg nodig had, die niet kon worden uitgesteld, en de door hem benodigde zorg niet tijdig beschikbaar was bij een door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder. De commissie overweegt dat kan worden geoordeeld dat een tussen partijen, als gevolg van een overeenkomst, geldende regel niet van toepassing is voor zover dit in de gegeven omstandigheden zou leiden tot een uitkomst die naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is. Mede gelet op hetgeen onder 9.2 is overwogen, is een zodanige situatie is hier niet aan de orde.

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, 25 mei 2016,

J.A.M. Strens-Meulemeester