



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist en Zilveren Kruis Ziektekostenverzekeringen N.V. te Amersfoort
Zaak : Paramedische zorg, Cranio Sacraal therapie, eigen risico, GGZ, eigen bijdrage, hoogte betalingsachterstand, verrekeningen
Zaaknummer : 201601015
Zittingsdatum : 8 februari 2017

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden zorgverzekering 2015 en 2016, artt. 10, 11, 19 en 21 Zvw, 2.1, 2.4, 2.6, 2.17 en Bijlage 1 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2015 en 2016)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

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

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige kwesties was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Pro Life Principe Polis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1 onderdeel d Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Largepolis 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).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van Cranio Sacraal therapie in 2015 en 2016. Tevens komt verzoekster op tegen de beslissingen van de ziektekostenverzekeraar bij haar bedragen van € 200,--, € 365,-- en € 221,37 in rekening te brengen in verband met de eigen bijdrage GGZ en het verplicht eigen risico voor de jaren 2015 en 2016. Voorts bestrijdt verzoekster de constatering van de ziektekostenverzekeraar dat sprake is van een betalingsachterstand. Tot slot vordert verzoekster de door haar te veel betaalde bedragen terug (hierna: de aanspraak).

3.2. Nadat de ziektekostenverzekeraar de aanspraak bij brieven en e-mailberichten van verschillende data had afgewezen, heeft verzoekster de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van de betreffende beslissingen gevraagd. Bij brieven en e-mailberichten van verschillende data heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissingen te handhaven.

3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.

3.4. Bij e-mailbericht van 31 augustus 2016 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen – althans zo begrijpt de commissie het verzoek – dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog 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 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 9 december 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 13 december 2016 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar hebben op respectievelijk 29 december 2016 en 17 januari 2017 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 27 december 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 25 januari 2017 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016139296) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering en betrekking heeft op de vergoeding van cranio sacraal therapie, af te wijzen op de grond dat de indicaties van verzoekster niet voorkomen op de chronische lijst voor fysiotherapie, als bedoeld in bijlage 1 Bzv. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 31 januari 2017 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 8 februari 2017 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.10. Bij brief van 10 februari 2017 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 15 februari 2017 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 verzoekster
- 4.1. Verzoekster stelt dat zij bewust heeft gekozen voor de zorgverzekering omdat zij zich met de uitgangspunten van deze verzekering kan verenigen. Sinds de administratie van dit label wordt uitgevoerd door de ziektekostenverzekeraar ervaart verzoekster vele problemen. Zo worden veel door verzoekster ingediende declaraties verkeerd verwerkt of wordt uitbetaling toegezegd maar ontvangt verzoekster niets. Een voorbeeld hiervan is een nota van € 175,40 ter zake van geneesmiddelen. Bij brief van 25 januari 2016 is verzoekster toegezegd dat zij dit bedrag zou ontvangen, maar de ziektekostenverzekeraar is nimmer tot uitbetaling overgegaan. Andere declaraties worden door de ziektekostenverzekeraar zonder nadere toelichting afgewezen. Zo heeft de ziektekostenverzekeraar vergoeding van de lidmaatschapskosten van de Nederlandse Patiëntenvereniging voor 2013 zonder reden afgewezen.
- 4.2. Daarnaast is verzoekster van mening dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de voor haar noodzakelijke Cranio Sacraal therapie volledig te vergoeden. Uit meerdere e-mailberichten leidt verzoekster af dat de ziektekostenverzekeraar deze therapie wél wil vergoeden als het chronisch is. In dit verband voert verzoekster aan dat haar orthopedisch chirurg het volgende heeft verklaard: *"Anamnese: Schouderklachten beiderzijds waarvan links geleidelijk is ontstaan en rechts na een val in huis. Rechts is dat nl heel lang geleden (rond 2000). Voelde links een knap tijdens de kerst, bij het optillen van de arm. Heeft ook een chronische whiplash klacht. Hiervoor al jaren cranosacrale fysiotherapie. (...) Beleid: Ik heb uitgelegd dat een operatieve ingreep aan de linker schouder in de zin van een cuffrepair waarschijnlijk niet veel gaat opleveren gezien het degeneratieve weefsel. (...) Ik verwacht dat fysiotherapie wat verbetering kan brengen, patiënte kijkt zelf eerst in hoeverre de haar bekende fysiotherapie kan helpen."*

In aanvulling op hetgeen de orthopedisch chirurg heeft verklaard stelt verzoekster dat zij sinds 1997 wekelijks Cranio Sacraal therapie krijgt. Dit in verband met WADI/I, ALR en schouder immobiliteit. Inmiddels krijgt verzoekster een soortgelijke behandeling bij Ortho Visio in Schagen, waar zij veel baat bij heeft.

4.3. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar bij verzoekster een bedrag van € 200,-- gevorderd ter zake van een GGZ-behandeling. Verzoekster voert met betrekking hiertoe aan dat zij nimmer is behandeld door een GGZ-therapeut; zij is immers zelf werkzaam in de geestelijke gezondheidszorg.

Ook de door de ziektekostenverzekeraar bij verzoekster gevorderde bedragen van € 365,-- en € 221,37 zijn ten onrechte. Verzoekster meent dan ook dat geen sprake is van een betalingsachterstand, zoals de ziektekostenverzekeraar beweert, maar van een betalingsoverschot van € 382,90. Verzoekster heeft namelijk meer betaald dan de werkelijk door haar verschuldigde bedragen.

4.4. Ter zitting heeft verzoekster desgevraagd bevestigd dat het geschil betrekking heeft op (i) de vergoeding van de kosten van Cranio Sacraal therapie, (ii) de bij haar in rekening gebrachte bedragen van € 200,--, € 365,-- en € 221,37 ter zake van de eigen bijdrage GGZ en het verplicht eigen risico voor de jaren 2015 en 2016, alsmede (iii) de hoogte van de betalingsachterstand. Voorts heeft verzoekster ter zitting haar visie gegeven op bovengenoemde onderwerpen waarbij door haar is benadrukt dat zij geen betalingsachterstand heeft. Voorts herhaalt verzoekster dat zij niet onder behandeling is geweest van GGZ Noord-Holland Noord.

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. Verzoekster vraagt vergoeding van Cranio Sacraal therapie. Met betrekking hiertoe geldt dat op grond van de zorgverzekering aanspraak bestaat op langdurige fysiotherapie als het een medische indicatie betreft die voorkomt op bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering (Bzv). Dit besluit is vastgesteld door de overheid en is onderdeel van de verzekeringsvoorwaarden. Uit de brief van de orthopedisch chirurg van 5 januari 2016 blijkt niet dat bij verzoekster sprake is van een chronische indicatie zoals omschreven in bijlage 1 Bzv.

De aanvullende ziektekostenverzekering biedt wel dekking voor fysiotherapie. Op grond van deze verzekering heeft de ziektekostenverzekeraar vanaf 2013 ieder jaar 27 behandelingen vergoed. Over de niet vergoede behandelingen in 2014 heeft de rechter zich inmiddels uitgesproken.

5.2. Verder stelt verzoekster dat bij haar ten onrechte een bedrag van € 200,-- in rekening is gebracht voor een GGZ-traject waaraan zij niet heeft deelgenomen. Naar aanleiding van deze klacht heeft de ziektekostenverzekeraar contact gehad met een medewerker van het secretariaat van de Stichting GGZ Noord-Holland Noord. Hieruit is naar voren gekomen dat verzoekster op 3 december 2012, 22 maart 2013 en 5 augustus 2013 behandelgesprekken heeft gehad. Daarnaast heeft verzoekster een gesprek gevoerd met een bij naam genoemde psychiater. Voor het behandeltraject heeft de Stichting GGZ Noord-Holland Noord op 14 september 2012 een DBC geopend die is gesloten op 5 augustus 2013. De omschrijving van deze DBC is: "geen verblijf met behandeling kort vanaf 100 tot en met 199 minuten € 286,60". In 2012 gold voor een GGZ DBC vanaf 100 minuten een wettelijke eigen bijdrage van € 200,--.

5.3. Verder stelt verzoekster dat de ziektekostenverzekeraar onduidelijk is over het verplicht eigen risico dat bij haar in rekening is gebracht. Met betrekking hiertoe verklaart de ziektekostenverzekeraar dat hij in 2013, 2014, 2015 en 2016 bij verzoekster bedragen van respectievelijk € 350,--, € 360,--, € 375,-- en € 221,37 in rekening heeft gebracht. Het eigen risico voor 2013 (€ 350,--) en voor 2014 (€ 360,--) heeft verzoekster volledig voldaan. Ter delging van de resterende twee vorderingen heeft verzoekster alleen op 20 november 2015 een bedrag van € 125,-- betaald.

5.4. Gezien het voorgaande meent de ziektekostenverzekeraar dat hij bij verzoekster terecht bedragen van € 200,--, € 350,--, € 360,--, € 375,-- en € 221,37 in rekening heeft gebracht. Omdat verzoekster recht had op bepaalde vergoedingen zijn deze niet aan haar uitbetaald, maar verrekend met de openstaande bedragen. Het betreft hierbij de uitbetalingen van € 8,74, € 12,50, € 175,40, € 22,32 en € 12,50. Per saldo is een bedrag van totaal € 231,46 verrekend. Derhalve bedroeg het openstaande saldo naar de stand van 9 juni 2016 € 439,91 (€ 200,-- + € 375,-- + € 221,37 - € 125,-- - € 231,46). Na 9 juni 2016 zijn bij verzoekster nog een bedrag van € 105,95 ter zake van het verplicht eigen risico 2016 en incassokosten (€ 10,--) in rekening gebracht. Ook heeft verzoekster sindsdien ter delging van de vorderingen een bedrag van € 192,50 betaald. Per saldo bedraagt de betalingsachterstand naar de stand van 5 augustus 2016 € 363,36 (€ 439,91 + € 105,95 + € 10,-- - € 192,50). Van een betalingsoverschot, zoals door verzoekster is gesteld, is geen sprake.

5.5. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt herhaald en ter aanvulling aangevoerd dat de behandelingen Cranio Sacraal therapie in beginsel noch onder de zorgverzekering, noch onder de aanvullende ziektekostenverzekering vergoed kunnen worden. Desondanks heeft de ziektekostenverzekeraar de behandelingen tot 2016 vergoed onder de noemer fysiotherapie omdat het ook als zodanig werd gedeclareerd. Vanaf 2016 zijn de betreffende behandelingen gedeclareerd als Cranio Sacraal therapie en deels vergoed als alternatieve geneeswijzen. Gelet op het feit dat voor alternatieve geneeswijzen maximaal € 40,-- per dag kan worden gedeclareerd blijft een deel van de kosten voor rekening van verzoekster.

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 18 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering en 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 verzoekster aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van Cranio Sacraal therapie. Tevens zijn in geschil de beslissingen van de ziektekostenverzekeraar bij verzoekster bedragen van € 200,--, € 365,-- en € 221,37 in rekening te brengen in verband met de eigen bijdrage GGZ en het verplicht eigen risico voor de jaren 2015 en 2016. Aangezien het eigen risico 2013 en 2014 wel door verzoekster is voldaan, vormt dit kennelijk geen onderwerp van geschil. Voorts bestrijdt verzoekster de constatering van de ziektekostenverzekeraar dat sprake is van een betalingsachterstand. Tot slot vordert verzoekster het volgens haar te veel betaalde bedrag van € 382,90 terug.

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.

8.3. Artikel 3 van de zorgverzekering (2012) bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op geneeskundige geestelijke gezondheidszorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"b Niet-klinische geestelijke gezondheidszorg (ambulante zorg met uitzondering van eerstelijnspsychologische zorg)

Omschrijving: onderzoek en behandeling in verband met complexe psychiatrische aandoeningen, verleend door een GGZ-instelling, een psychiatrische afdeling in een ziekenhuis (PAAZ), een psychiatrische universiteitskliniek (PUK) of door een extramuraal werkend psychiater, klinisch (neuro-)psycholoog of psychotherapeut. De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeenpsychiaters en klinisch psychologen als zorg plegen te bieden.

(...)

Prestatie: vergoeding van kosten conform art. 7 van de Algemene Voorwaarden.

Voor niet-klinische geestelijke gezondheidszorg zijn verzekerden vanaf 18 jaar een eigen bijdrage verschuldigd. Die bedraagt per kalenderjaar maximaal € 200,- voor dbc-zorgproducten vanaf 200 minuten, tenzij het gaat om een dbc-zorgproduct 'diagnostiek' of 'behandeling kort' tot 100 minuten, dan bedraagt de eigen bijdrage per kalenderjaar € 100,-. Voor de dbc-zorgproducten 'indirecte tijd' en 'crisis' geldt geen eigen bijdrage evenals zorg verleend aan een verzekerde die verblijft met toepassing van de Wet bijzondere opnemings psychiatrische ziekenhuizen (Wet bopz). (...)"

- 8.4. Artikel 3.1 van de zorgverzekering (2015) bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op fysiotherapie en/of oefentherapie vanaf 18 jaar bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"3.1 Fysiotherapie, oefentherapie voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Bent u 18 jaar of ouder? Dan heeft u aanspraak op de 21e behandeling (per aandoening) en de daaropvolgende behandelingen door een fysiotherapeut of door een oefentherapeut. Het moet dan wel gaan om een aandoening die staat op een door de minister van VWS vastgestelde lijst "Bijlage 1 bij artikel 2.6 van het Besluit zorgverzekering". U kunt deze lijst vinden op onze website of bij ons opvragen. Op de door de minister van VWS vastgestelde lijst is voor een aantalaandoeningen ook een maximale behandelperiode opgenomen. (...)"

In de voorwaarden van de zorgverzekering van 2016 is een soortgelijke bepaling opgenomen.

- 8.5. Artikel 6 van de zorgverzekering (2015) regelt 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 eigen risicobedrag is. In 2015 is het verplicht eigen risico € 375,-per verzekerde per kalenderjaar.

6.2 Eerste € 375,- 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 € 375,-.

(...)

6.10 Verplicht eigen risico in mindering brengen

Ontvangt u zorg van een gecontracteerde zorgverlener, zorginstelling of een zorgverlener met wie wij een overeenkomst hebben? Dan vergoeden wij de kosten van die zorg direct aan de zorgverlener of zorginstelling. Heeft u nog een bedrag aan verplicht eigen risico openstaan? Dan zal dit bedrag worden verrekend of bij u worden teruggevorderd. Wij innen het bedrag via een automatische incasso. Door deze verzekering met ons aan te gaan, wordt u (verzekeringnemer) namelijk geacht ons een machtiging te hebben verleend. (...)"

In de verzekeringsvoorwaarden van 2016 is een soortgelijke bepaling opgenomen met dien verstande dat het verplicht eigen risico in 2016 € 385,- bedraagt.

8.6. Artikel 9.2 van de zorgverzekering (2015) bepaalt ten algemene:

"Moet u (verzekeringnemer) nog achterstallige premie aan ons betalen, en declareert u schadekosten bij ons die wij aan u (verzekeringnemer) moeten betalen? Dan verrekenen wij de premie met de schadekosten.

Als u (verzekeringnemer) niet op tijd betaalt, kunnen wij administratiekosten, invorderingskosten en de wettelijke rente aan u (verzekeringnemer) in rekening brengen."

8.7. De voorwaarden van de zorgverzekering zijn gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.8. 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.

Fysiotherapie is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.6 en Bijlage 1 Bzv.

Het verplicht eigen risico is geregeld in de artikelen 19 en 21 Zvw en verder uitgewerkt in artikel 2.17 Bzv.

8.9. 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.

8.10. Artikel 11 van de aanvullende ziektekostenverzekering (2015) regelt de aanspraak op fysiotherapie en oefentherapie en luidt, voor zover hier van belang:

"11.1 Fysiotherapie, oefentherapie voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Wij vergoeden de kosten van behandeling door een fysiotherapeut en/of door een oefentherapeut.

Bij manuele lymfedrainage in verband met ernstig lymfoedeem vergoeden wij de kosten ook, als u door een huidtherapeut wordt behandeld.

(...)

Large/3 sterren: maximaal 27 behandelingen per persoon per kalenderjaar. Wordt u behandeld door een zorgverlener die wij niet hebben gecontracteerd? Dan vergoeden wij maximaal 75% van het gemiddeld door ons gecontracteerde tarief

(...)"

In de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering voor 2016 is een soortgelijke bepaling opgenomen.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

Behandelingen fysiotherapie

9.1. Vast staat dat bij verzoekster regelmatig Cranio Sacraal therapie (CST) wordt toegepast. Uit onder meer het e-mailbericht van 8 juli 2016 leidt de commissie af dat de ziektekostenverzekeraar deze

therapie vergoedt indien is voldaan aan de voorwaarden voor fysiotherapie. Met betrekking hiertoe geldt dat fysiotherapeutische behandelingen op basis van de zorgverzekering in bepaalde gevallen onbeperkt worden vergoed, doch uitsluitend indien sprake is van een chronische aandoening die is opgenomen in Bijlage 1 Bzv en voor de behandeling van die aandoening geen beperking in tijd is opgenomen. Gesteld noch gebleken is dat bij verzoekster een zodanige aandoening aan de orde is. Derhalve bestaat geen aanspraak op CST ten laste van de zorgverzekering.

Eigen bijdrage GGZ

- 9.2. De ziektekostenverzekeraar heeft bij verzoekster een bedrag van € 200,- in rekening gebracht in verband met een eigen bijdrage. Verzoekster meent dat dit bedrag ten onrechte van haar wordt gevorderd aangezien zij nimmer door Stichting GGZ Noord-Holland Noord is behandeld; zij is zelf in de geestelijke gezondheidszorg werkzaam. De ziektekostenverzekeraar heeft de stelling van verzoekster gemotiveerd bestreden en aangevoerd dat hij telefonisch contact heeft gehad met het secretariaat van de Stichting GGZ Noord-Holland Noord. Uit dit contact is naar voren gekomen dat verzoekster op 3 december 2012, 22 maart 2013 en 5 augustus 2013 behandelgesprekken heeft gehad. Daarnaast heeft verzoekster gesproken met een psychiater. Voor de genoten zorg heeft de Stichting GGZ Noord-Holland Noord op 14 september 2012 een DBC geopend die is gesloten op 5 augustus 2013. De omschrijving van de DBC is "geen verblijf met behandeling kort vanaf 100 tot en met 199 minuten". De gedetailleerde informatie over de data van de behandelgesprekken is door verzoekster niet bestreden.
- 9.3. Gezien het voorgaande, in combinatie met het feit dat van een zorgaanbieder moet worden verondersteld dat hij de identiteit van zijn patiënt controleert, is de commissie van oordeel dat de ziektekostenverzekeraar aannemelijk heeft gemaakt dat verzoekster in 2012 GGZ-zorg heeft genoten. In artikel 3 van de zorgverzekering (2012) is bepaald dat bij behandeling door een GGZ-instelling een eigen bijdrage geldt. Deze bedraagt voor een DBC vanaf 100 minuten € 200,-. Aangezien de behandeltijd in het onderhavige geval meer dan 100 minuten bedraagt, is verzoekster gehouden de eigen bijdrage van € 200,- aan de ziektekostenverzekeraar te voldoen.

Eigen risico 2015 en 2016

- 9.4. Verzoekster heeft zonder verdere inhoudelijke onderbouwing gesteld dat de ziektekostenverzekeraar ten onrechte bedragen ter grootte van € 375,- en € 221,37 van haar heeft gevorderd. De ziektekostenverzekeraar heeft toegelicht dat deze bedragen betrekking hebben op het verplicht eigen risico 2015 en 2016. Ingevolge artikel 6 van de zorgverzekering is verzoekster over het kalenderjaar 2015 en 2016 bedragen van maximaal € 375,- respectievelijk € 385,- aan wettelijk verplicht eigen risico verschuldigd. De ziektekostenverzekeraar dient, wanneer hij kosten die vallen onder het eigen risico aan een zorgaanbieder vergoedt, conform artikel 6.10 van de zorgverzekering de gedeclareerde kosten eerst te verrekenen met het openstaande verplicht eigen risico. Door verzoekster is niet bestreden dat zij in 2015 en 2016 zorg heeft genoten die ten laste van de zorgverzekering is vergoed. Voorts is gesteld noch gebleken dat het hier zorgkosten betreft die van het eigen risico zijn uitgezonderd dan wel dat het eigen risico 2015 reeds was volgemaakt. De commissie acht de vordering voldoende onderbouwd door de ziektekostenverzekeraar zodat de bedragen van € 375,- en € 221,37 terecht bij verzoekster in rekening zijn gebracht.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.5. Op grond van artikel 11 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering (2015) bestaat aanspraak op maximaal 27 behandelingen fysiotherapie en oefentherapie per persoon per jaar. De commissie begrijpt dat dit aantal door verzoekster is gedeclareerd en dat door de ziektekostenverzekeraar hiervoor vergoeding is verleend. Verzoekster heeft geen recht op een hogere vergoeding dan reeds gegeven. Voor het overige biedt de aanvullende ziektekostenverzekering geen dekking voor het gevraagde, zodat de andere onderdelen van het verzoek niet op basis van deze verzekering kunnen worden toegewezen.

Hoogte betalingsachterstand

9.6. Gelet op hetgeen hiervoor is overwogen, is de commissie van oordeel dat de ziektekostenverzekeraar bij verzoekster terecht bedragen van € 200,-- (eigen bijdrage GGZ), € 375,-- (eigen risico 2015) en € 221,37 (eigen risico 2016) heeft gevorderd. Door de ziektekostenverzekeraar is gesteld, en door verzoekster niet gemotiveerd bestreden, dat zij ter delging van deze bedragen slechts € 125,-- heeft voldaan. Aangezien per saldo nog sprake was van een openstaande vordering, stond het de ziektekostenverzekeraar op grond van de artikelen 6.10 en 9.2 van de zorgverzekering vrij geen uitkeringen aan verzoekster te doen, maar deze te verrekenen met de nog openstaande vorderingen.

9.7. Uit de brief van de ziektekostenverzekeraar van 9 juni 2016 blijkt dat deze een vijftal uit te keren bedragen, ter hoogte van totaal € 231,46 (€ 8,74 + € 12,50 + € 175,40 + € 22,32 + € 12,50) niet aan verzoekster heeft voldaan, maar heeft verrekend met de nog openstaande bedragen. De stelling van verzoekster dat de ziektekostenverzekeraar niet alle vergoedingen heeft uitbetaald is derhalve in zoverre correct dat verzoekster geen bedragen heeft ontvangen. Hiermee is evenwel niet gezegd dat de ziektekostenverzekeraar de genoemde bedragen niet heeft betaald, aangezien betaling heeft plaatsgevonden door middel van verrekening van de genoemde bedragen met hetgeen de ziektekostenverzekeraar van verzoekster had te vorderen. Een dergelijke wijze van betaling is rechtens geoorloofd (zie art. 6:127 BW). In aanmerking nemende de door de ziektekostenverzekeraar toegepaste verrekeningen bedraagt het openstaande bedrag, volgens opgave van de ziektekostenverzekeraar naar de stand van 9 juni 2016 € 439,91 (€ 200,-- + € 375,-- + € 221,37 - € 125,-- - € 231,46). Na 9 juni 2016 zijn bij verzoekster nog bedragen van € 105,95 ter zake van het verplicht eigen risico 2016 en incassokosten (€ 10,--) in rekening gebracht. Ook heeft verzoekster sindsdien ter delging van de vorderingen een bedrag van € 192,50 betaald. Per saldo bedraagt de betalingsachterstand naar de stand van 5 augustus 2016 derhalve € 363,36 (€ 439,91 + € 105,95 + € 10,-- - € 192,50).

Daartoe door de commissie in de gelegenheid gesteld, heeft verzoekster niet aannemelijk gemaakt dat de verschuldigde bedragen over genoemd tijdvak wél steeds tijdig en volledig zijn betaald. Dat meer of andere betalingen zijn gedaan is in de procedure niet gebleken. Gezien het voorgaande is de commissie van oordeel dat het door het door de ziektekostenverzekeraar in zijn brief van 5 augustus 2016 openstaande bedrag van € 363,36 als juist heeft te gelden. Van een betalingsoverschot van € 382,90, zoals door verzoekster is gesteld, is dan ook geen sprake.

Conclusie

9.8. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 8 maart 2017,

A.I.M. van Mierlo