



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen De Friesland Zorgverzekeraar N.V. te Leeuwarden en Achmea  
Zorgverzekeringen N.V. te Zeist  
Zaak : Verplicht en vrijwillig eigen risico, DBC-systematiek, informatieplicht  
Zaaknummer : 201701695  
Zittingsdatum : 9 mei 2018

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden zorgverzekering 2017, artt. 19, 20 en 23 Zvw, 2.1, 2.4, 2.17 en 2.18 Bzv, artt. 16 en 17 Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (TH/NR-007))

---

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

- 1) De Friesland Zorgverzekeraar N.V. te Leeuwarden, 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 Zelf Bewust Polis (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 AV Extra afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).  
De aanvullende ziektekostenverzekering 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 in 2017 aanspraak gemaakt op medisch specialistische zorg. Deze zorg is ten laste van de zorgverzekering vergoed en de kosten hiervan zijn verrekend met het eigen risico 2017 van verzoeker. Verzoeker is het niet eens met (i) de hoogte van het gedeclareerde bedrag en (ii) de informatievoorziening van de ziektekostenverzekeraar ten aanzien van de DBC-systematiek en de gevolgen hiervan voor het eigen risico, voorafgaand aan het afsluiten van de zorgverzekering en de keuze voor een vrijwillig eigen risico. Bij e-mailberichten van 6 juli 2017 en 3 augustus 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de hoogte van declaratie juist is en dat het bedrag terecht is verrekend met het eigen risico 2017.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissingen gevraagd. Bij brief 7 september 2017 van heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft verzoeker bij brief van 11 oktober 2017 medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling.
- 3.4. Bij brief van 7 januari 2018 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is het bedrag van € 262,04, dat bij hem in rekening is gebracht ter zake van het eigen risico 2017 en dat inmiddels door hem werd voldaan, terug te betalen (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 22 maart 2018 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 27 maart 2018 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 9 april 2018 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 19 april 2018 schriftelijk medegedeeld af te zien van horen.
- 3.8. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10, negende lid, van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat de onderhavige zaak enkelvoudig wordt afgedaan.
- 3.9. Op grond van artikel 114, derde lid, 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 Zvw, 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.

3.10. Verzoeker is op 9 mei 2018 telefonisch gehoord.

#### 4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft een informatieplicht ten aanzien van de zorgverzekering zodat een verzekeringnemer een passende verzekering kan afsluiten. Eén van de productkenmerken van de zorgverzekering is de mogelijkheid tot het aangaan van een vrijwillig eigen risico. Om ten aanzien van dit productkenmerk een passende keuze te maken, moet de verzekeringnemer afgaan op de door de verzekeraar aangeboden informatie ten tijde van het afsluiten van het verzekeringsproduct. Verwacht mag worden dat deze informatie juist, volledig en begrijpelijk is. Verzoeker is pas achteraf door de ziektekostenverzekeraar geïnformeerd over de DBC-systematiek en de gevolgen hiervan voor het eigen risico. Deze informatie was voor hem niet beschikbaar ten tijde van het aangaan van de verzekering en de keuze voor een vrijwillig eigen risico. Indien verzoeker toentertijd had geweten dat de ziektekostenverzekeraar met het ziekenhuis was overeengekomen dat voor een polikliniekbezoek een DBC in rekening mocht worden gebracht van € 262,04 en dat dit bedrag ten laste zou komen van het eigen risico van het jaar 2017, had verzoeker andere keuzes gemaakt of kunnen maken. Zo had hij bijvoorbeeld er op kunnen aandringen bij het ziekenhuis de afspraak eerder te laten plaatsvinden, zodat deze nog onder de DBC viel die in 2016 was geopend, dan wel had hij ervoor kunnen kiezen een huisarts te bezoeken in plaats van naar het ziekenhuis te gaan, of had hij ervoor kunnen kiezen de behandeling te staken. Door het tekortschieten van de ziektekostenverzekeraar in zijn informatieplicht wordt verzoeker nu onnodig geconfronteerd met een nota van € 262,04 aan eigen risico.
- 4.2. Daarbij is het bedrag van € 262,04 in rekening gebracht voor een gesprek van tien minuten met een medisch specialist. Dit is disproportioneel en kan niet de bedoeling zijn, hoe het systeem ook is ingericht en welke kosten er ook allemaal worden gemaakt. Het ligt op de weg van de ziektekostenverzekeraar hierover betere afspraken te maken met het ziekenhuis, zodat een redelijk en billijk bedrag in rekening wordt gebracht. Temeer omdat dit bedrag mogelijk nog wordt verrekend met het eigen risico van een verzekerde.

- 4.3. In tegenstelling tot hetgeen de Ombudsman Zorgverzekeringen stelt, spitst het geschil zich niet toe op de DBC-systematiek of de inhoud van de overeenkomst tussen de ziektekostenverzekeraar en de zorgaanbieder, maar op de informatievoorziening door de ziektekostenverzekeraar omtrent deze systematiek. De DBC-systematiek is complex en het ligt op de weg van de ziektekostenverzekeraar hierover transparante en begrijpelijke informatie te geven, zodat een verzekeringnemer een weloverwogen keuze kan maken ten aanzien van zijn verzekering en het vrijwillig eigen risico. Indien verzoeker vooraf een goed geïnformeerde en weloverwogen keuze had kunnen maken, gebaseerd op juiste, volledige en transparante informatie, dan zou gesteld kunnen worden dat dit bijdraagt aan de beoogde marktwerking. Hiervan is in de onderhavige situatie echter geen sprake.
- 4.4. Ter zitting is door verzoeker zijn standpunt herhaald.
- 4.5. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. Conform de toepasselijke regelgeving declareren ziekenhuizen zorg door gebruik te maken van een DBC. In een DBC zijn alle zorgactiviteiten opgenomen die gericht zijn op het stellen van een diagnose, het doen van onderzoek en de eventuele behandeling van een patiënt. Een DBC kent een wettelijk vastgestelde looptijd, afhankelijk van de aard van de zorgvraag en de behandeling. Indien na het verstrijken van de looptijd de behandeling nog niet is afgerond, wordt een zogenoemde vervolg-DBC geopend. Aan een DBC is een tarief gekoppeld dat een ziekenhuis bij de ziektekostenverzekeraar in rekening mag brengen. Dit tarief wordt bepaald in contractafspraken tussen de ziektekostenverzekeraar en het ziekenhuis. Kosten van medisch specialistische zorg komen ten laste van het eigen risico. In artikel 2.8 van de verzekeringsvoorwaarden is opgenomen dat voor verzekerden van 18 jaar en ouder een wettelijk verplicht eigen risico van € 385,- geldt. In dit artikel is voorts bepaald dat het eigen risico in rekening wordt gebracht over het jaar waarin de DBC is geopend.
- 5.2. Verzoeker heeft op 9 oktober 2016 het ziekenhuis bezocht. Op dat moment is een DBC geopend met de omschrijving: *'onderzoek of behandeling tijdens een polikliniekbezoek of dagbehandeling bij een ziekte van het ademhalingsstelsel'*. De looptijd van deze DBC is maximaal negentig dagen. De DBC is daarom gesloten op 6 januari 2017. Aan deze DBC is een tarief gekoppeld van € 712,84. Aangezien de behandeling nog niet was afgerond is aansluitend een vervolg-DBC geopend op 7 januari 2017. Verzoeker heeft het ziekenhuis daadwerkelijk bezocht op 13 februari 2017. De omschrijving van de DBC luidt: *'1 of 2 polikliniekbezoek bij een ziekte van het ademhalingssysteem'*. Aan deze DBC is een tarief gekoppeld van € 262,04. Aangezien de eerste DBC is geopend in 2016, zijn de kosten hiervan verrekend met het eigen risico 2016. De vervolg-DBC is geopend in 2017 en de kosten hiervan zijn verrekend met het eigen risico 2017. De declaratie van de zorg en de verrekening van de betreffende kosten met het eigen risico hebben op juiste wijze plaatsgevonden.
- 5.3. Ten aanzien van de hoogte van het tarief geldt dat wordt uitgegaan van de gemiddelde kosten van een DBC. Dit betekent dat in sommige gevallen de rekening voor de ontvangen zorg hoger is dan de werkelijk gemaakte kosten en in andere gevallen juist lager. In de situatie van verzoeker vallen de in rekening gebrachte kosten relatief hoog uit. Voorts geldt dat in Nederland gemiddeld € 240,- in rekening wordt gebracht voor de DBC die ten behoeve van verzoeker in 2017 is gedeclareerd. Met het ziekenhuis dat verzoeker heeft bezocht, is hiervoor een tarief van € 262,04 afgesproken. Het verschil van € 22,04 met het landelijk gemiddelde is acceptabel.
- 5.4. De ziektekostenverzekeraar kan niet voorzien op welke zorg verzoeker zal zijn aangewezen. Hoewel verzoeker de mogelijkheid had voorafgaand aan de behandeling te informeren naar de gecontracteerde prijzen, is het ook op dat moment lastig exacte informatie te verstrekken over de kosten, omdat op dat moment vaak nog niet bekend is tot welk DBC-product een medische behandeling zal leiden.

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 2.12 van de zorgverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover een bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar is gehouden het eigen risico 2017 ten bedrage van € 262,04, dat bij verzoeker in rekening is gebracht en inmiddels door hem werd voldaan, terug te betalen.

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 zorg van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen 3.1 tot en met 3.24 van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 3.11 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

*"U heeft recht op zorg zoals medisch specialisten plegen te bieden.*

*(...)*

*Wie mag deze zorg verlenen*

*Een medisch specialist of sportarts werkzaam in een ziekenhuis of in de huispraktijk van een medisch specialist, of in een zelfstandig behandelcentrum.*

*(...)*

*Vergoeding*

*Als u gebruikmaakt van een gecontracteerde zorgaanbieder worden de kosten volledig vergoed.*

*(...)"*

8.4. Artikel 2.8.1 van de zorgverzekering regelt het verplicht eigen risico en luidt, voor zover hier van belang:

*"Het verplichte eigen risico is het bedrag aan kosten van zorg of overige diensten, genoemd in hoofdstuk 3 van deze verzekeringsvoorwaarden, dat verplicht voor uw rekening blijft.*

*Voor verzekerden van achttien jaar of ouder geldt een verplicht eigen risico van € 385,- per kalenderjaar."*

8.5. Artikel 2.8.2 van de zorgverzekering regelt het vrijwillig eigen risico en luidt, voor zover hier van belang:

*"Het vrijwillige eigen risico is het met u als verzekeringnemer overeengekomen bedrag per kalenderjaar aan kosten van zorg of overige diensten, genoemd in hoofdstuk 3 van deze verzekeringsvoorwaarden, dat u naast het verplichte eigen risico voor uw eigen rekening neemt. Als u kiest voor een vrijwillig eigen risico, ontvangt u van De Friesland een premiekorting. U kunt kiezen voor een vrijwillig eigen risico van € 100,-, € 200,-, € 300,-, € 400,- of € 500,-."*

- 8.6. Artikel 2.8.4 van de zorgverzekering regelt de berekening van het vrijwillig en verplicht eigen risico en luidt, voor zover hier van belang:

*"e. Kosten van zorg of een andere dienst worden toegerekend aan het kalenderjaar waarin de zorg is genoten. Wanneer in twee achtereenvolgende kalenderjaren zorg is genoten die door de zorgaanbieder in één bedrag in rekening wordt gebracht, worden de kosten toegerekend aan het kalenderjaar waarin met de zorg is begonnen. Voor de vaststelling van het eigen risico wordt een DBC dus toegerekend aan het jaar waarin deze is geopend.*

*f. Als De Friesland de kosten van verleende hulp rechtstreeks aan de zorgaanbieder heeft vergoed, dan brengt De Friesland u achteraf het eventueel verschuldigde eigen risico in rekening. Voorafgaand aan het incasseren van het eigen risico krijgt u een specificatie van de kosten die ten laste komen van het eigen risico. Hierop wordt ook aangegeven wanneer en op welke manier het verschuldigde bedrag zal worden geïncasseerd. (...)"*

- 8.7. De artikelen 2.8.1, 2.8.2, 2.8.4 en 3.11 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2.2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.8. Artikel 11, eerste lid, Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft. Degene die is verzekerd op basis van een zuivere restitutiepolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten. Degene die is verzekerd op grond van een naturapolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit de zorg of overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Naast zuivere restitutiepolissen en naturapolissen bestaan er combinatiepolissen, waarbij de invulling van de zorgplicht per dekkingsrubriek verschilt. Verzekerden op basis van een zuivere restitutiepolis hebben, op grond van artikel 2.2, tweede lid, onder b, Bzv aanspraak op vergoeding van de betreffende kosten, tenzij deze hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden passend is te achten. Voor de naturapolissen en combinatiepolissen stelt de zorgverzekeraar, overeenkomstig artikel 13, eerste en tweede lid, Zvw, de vergoeding vast in het geval de verzekerde gebruik maakt van een niet door de zorgverzekeraar voor die zorg of dienst gecontracteerde aanbieder, en deze neemt hij op in zijn verzekeringsvoorwaarden. Hierbij houdt de zorgverzekeraar rekening met eventueel van toepassing zijnde eigen bijdragen.


Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.


Het verplicht en vrijwillig eigen risico is opgenomen in de artikelen 19 en 20 Zvw en verder uitgewerkt in artikel 2.17 e.v. Bzv.

In artikel 23 Zvw is bepaald dat de kosten van zorg of een andere dienst worden toegerekend aan het kalenderjaar waarin de zorg of dienst is genoten, met dien verstande dat de kosten van zorg of een andere dienst die in twee achtereenvolgende jaren is genoten, en door de zorgaanbieder of andere dienstverlener in één bedrag in rekening zijn gebracht, worden toegerekend aan het kalenderjaar waarin de zorg of dienst is aangevangen.

- 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. De 'Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten' (TH/NR-007) van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) beschrijft welke informatie ziektekostenverzekeraars ten minste aan consumenten moeten verstrekken.

 8.11. Artikel 16 van de 'Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten' luidt, voor zover hier van belang:

*16.1 Wanneer een consument vraagt om informatie over de financiële gevolgen van zijn (toekomstige) keuze voor een specifieke behandeling of dienst bij een specifieke zorgaanbieder, verstrekt de zorgverzekeraar de consument alle informatie die de consument nodig heeft om de financiële gevolgen van zijn keuze te kunnen overzien. Dit omvat, wanneer van toepassing, ten minste de volgende informatie:*

*a. het percentage dat de consument zelf zal moeten betalen:*

*i. van de kosten van de behandeling of dienst, of*

*ii. van het door de verzekeraar gehanteerde tarief voor de behandeling of dienst;*

*b. het absolute bedrag waar het percentage bedoeld in onderdeel a over berekend wordt voor zover de consument dit nodig heeft om te kunnen bepalen welk bedrag de consument zelf zal moeten betalen;*

*c. de eigen bijdrage die de consument in totaal moet betalen, in een absoluut bedrag;*

*d. het eigen risico dat de consument in totaal moet betalen, in een absoluut bedrag;*

*e. het totale bedrag dat voor rekening komt van de consument waarin bovenstaande informatie samengenomen wordt.*

*(...)*

*16.2 Wanneer de zorgverzekeraar niet kan beschikken over één of meerdere van de gegevens genoemd in lid 1 omdat de consument niet exact kan aangeven welke behandeling of dienst de consument in de toekomst verwacht te krijgen, geeft de zorgverzekeraar de informatie genoemd in lid 1 zover als mogelijk en geeft de zorgverzekeraar de verzekerde een indicatie van de overige punten.*


*(...)*

*16.5 Als de zorgverzekeraar informatie verstrekt aan de consument over de gevolgen van een behandeling of dienst voor het eigen risico van de consument, informeert de zorgverzekeraar de consument tegelijkertijd over de volgende punten:*

*a. over welk polisjaar het eigen risico verrekend zou kunnen worden, afhankelijk van de startdatum van de behandeling of dienst;*

*b. bij zorg die als dbc wordt gedeclareerd: dat een vervolg-dbc kan leiden tot tweemaal betalen van het eigen risico als de startdatum van de vervolg-dbc in een ander kalenderjaar valt dan de startdatum van de initiële dbc;*

*c. dat de verzekerde bij de zorgaanbieder kan navragen of en wanneer er een vervolg-dbc gestart wordt. (...)"*

 8.12. Artikel 17 van de 'Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten' bepaalt welke informatie de ziektekostenverzekeraar over het eigen risico op zijn website moet vermelden en luidt, voor zover hier van belang:

*"17.1 De zorgverzekeraar vermeldt op de website ten minste de volgende informatie over het eigen risico:*

*a. de hoogte van het verplicht eigen risico;*

*b. de vormen van zorg waarvoor het verplicht eigen risico niet geldt;*

*c. het systeem van verrekenen en betalen van het eigen risico waaronder de informatie dat als de zorgaanbieder de nota rechtstreeks naar de zorgverzekeraar stuurt, de zorgverzekeraar het verplicht eigen risico in rekening brengt bij de verzekerde, en dat wanneer de verzekerde de nota zelf betaalt, de zorgverzekeraar slechts een gedeelte van de nota restitueert omdat de verzekerde op die manier het deel van de nota dat onder het eigen risico valt zelf heeft voldaan;*

*d. over welk polisjaar het eigen risico verrekend kan worden, afhankelijk van de startdatum van een behandeling;*

*e. wat een vervolg-dbc is en dat een vervolg-dbc kan leiden tot tweemaal betalen van het eigen risico, als de vervolg-dbc in een ander kalenderjaar start dan de eerste behandeling;*  
*f. dat de verzekerde bij de zorgaanbieder kan navragen of en wanneer er een vervolg-dbc gestart wordt. (...)"*

9. Beoordeling van het geschil

9.1. Tussen partijen is niet in geschil dat verzoeker op 13 februari 2017 het ziekenhuis heeft bezocht, dat hiervoor door het ziekenhuis kosten in rekening zijn gebracht bij de ziektekostenverzekeraar en dat de ziektekostenverzekeraar deze kosten heeft verrekend met het eigen risico 2017 van verzoeker. Voorts staat vast dat verzoeker voor het jaar 2017 een verplicht eigen risico had van € 385,- en dat hij daarnaast had gekozen voor een vrijwillig eigen risico van € 500,-.

Het geschil spitst zich toe op (i) de hoogte van het bedrag dat door het ziekenhuis is gedeclareerd en (ii) de informatievoorziening van de ziektekostenverzekeraar ten aanzien van de DBC-systematiek voorafgaand aan het afsluiten van de zorgverzekering en de keuze voor een vrijwillig eigen risico.

9.2. De commissie stelt voorop dat zij niet bevoegd is te oordelen over de juistheid van de door het ziekenhuis ingediende declaratie. Gelet op de toepasselijke regelgeving is het aan het ziekenhuis en de ziektekostenverzekeraar afspraken te maken over het tarief dat voor een specifieke DBC in rekening mag worden gebracht. Het is niet aan de commissie hierin te treden.


In het kader van de onderhavige procedure heeft de ziektekostenverzekeraar onderzoek gedaan naar de DBC en naar aanleiding hiervan heeft hij de commissie geïnformeerd over de toepasselijke omschrijving en het bijbehorende tarief. De ziektekostenverzekeraar heeft hierbij vastgesteld dat het in rekening gebrachte bedrag juist is. Dat verzoeker van mening is dat het bedrag niet in verhouding staat tot de geleverde prestatie neemt de commissie voor kennisgeving aan, aangezien de DBC-systematiek - zoals door de ziektekostenverzekeraar is toegelicht - is gebaseerd op gemiddelden. Omdat de kosten van medisch specialistische zorg meetellen voor het eigen risico en gesteld noch gebleken is dat het eigen risico 2017 reeds was 'vol gemaakt' heeft de ziektekostenverzekeraar het bedrag van € 262,04 terecht verrekend met het eigen risico 2017 van verzoeker.

Rest de vraag of de ziektekostenverzekeraar is tekortgeschoten in de informatievoorziening ten aanzien van de DBC-systematiek en, zo ja, welke (financiële) gevolgen hieraan moeten worden verbonden.


9.3. Met betrekking tot de informatieplicht van de ziektekostenverzekeraar geldt dat hij, conform artikel 16 van 'Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten', verplicht is een verzekerde alle informatie te verstrekken die een consument nodig heeft om de financiële gevolgen van zijn (toekomstige) keuze voor een specifieke behandeling of dienst, bij een specifieke zorgaanbieder, te overzien. Deze informatie hoeft echter enkel te worden verstrekt, indien de consument hierom vraagt.

Het staat vast dat verzoeker voorafgaand aan het ziekenhuisbezoek op 13 februari 2017 geen contact heeft opgenomen met de ziektekostenverzekeraar, maar dat hij dit pas heeft gedaan nadat hij de nota voor het eigen risico had ontvangen. Op dat moment heeft de ziektekostenverzekeraar hem van de informatie voorzien waar hij om vroeg. Gelet op voornoemd artikel, wordt van een ziektekostenverzekeraar niet verwacht dat hij de bedoelde informatie ongevraagd aan een verzekerde verstrekt. Dit is feitelijk ook onmogelijk aangezien een verzekeraar meestal niet weet dat kosten gaan worden gemaakt, tenzij in geval van een toestemmingsvereiste vooraf. Evenmin wordt van een ziektekostenverzekeraar verwacht dat hij de bedoelde informatie, bijvoorbeeld in de vorm van de afgesproken tarieven per DBC en per zorgaanbieder, openbaar maakt.






9.4. Ingevolge artikel 17 van de 'Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten' dient de ziektekostenverzekeraar op zijn website informatie te vermelden over het eigen risico, waaronder informatie over wat een vervolg-DBC is en welke gevolgen dit heeft voor het eigen risico. De commissie is van oordeel dat de ziektekostenverzekeraar aan deze verplichting heeft voldaan, zodat verzoeker hiervan kennis had kunnen nemen op het moment dat hij de zorgverzekering afsloot en koos voor een vrijwillig eigen risico. Dat in het kader van de zorgverzekering een verplicht eigen risico van toepassing is, is naar het oordeel van de commissie een feit van algemene bekendheid.




9.5. Gelet op het voorgaande concludeert de commissie dat de ziektekostenverzekeraar aan zijn informatieplicht heeft voldaan, zoals die is opgenomen in de toepasselijke regelgeving, en dat het eigen risico conform de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden bij verzoeker in rekening is gebracht.




**Conclusie**




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




10. Het bindend advies



10.1. De commissie wijst het verzoek af.



Zeist, 23 mei 2018,



H.A.J. Kroon