



ANONIEM BINDEND ADVIES



Partijen : A te B, tegen FBTO Zorgverzekeringen N.V. te Leeuwarden en De Friesland Particuliere Ziektekostenverzekeringen N.V. te Leeuwarden
Zaak : Verplicht eigen risico, DBC-systematiek
Zaaknummer : 201701436
Zittingsdatum : 6 december 2017



Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo)

(Voorwaarden zorgverzekering 2016 en 2017, artt. 19, 21 en 23 Zvw, 2.17 Bzv)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen




- 1) FBTO Zorgverzekeringen N.V. te Leeuwarden, en
- 2) De Friesland Particuliere Ziektekostenverzekeringen N.V. te Leeuwarden, 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 grond van de Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De eveneens door verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar afgesloten aanvullende modules zijn niet in geschil en blijven om die reden verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. De ziektekostenverzekeraar heeft bij verschillende declaratieoverzichten bedragen van € 25,16 en € 359,84 ter zake van het verplicht eigen risico 2017 bij verzoeker in rekening gebracht.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij e-mailbericht van 1 augustus 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft verzoeker bij brief van 29 augustus 2017 medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling.
- 3.4. Bij klachtenformulier van 6 september 2017 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen, naar de commissie de stellingen van verzoeker begrijpt, dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de bij hem in rekening gebrachte kosten ter zake van het verplicht eigen risico 2017 te corrigeren (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 e-mailberichten van 2 en 3 november 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Afschriften hiervan zijn op 6 november 2017 aan verzoeker gezonden.

-  3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 8 november 2017 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 21 november 2017 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
-  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. Verzoeker is op 6 december 2017 in persoon gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch aan de hoorzitting deelgenomen.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

-  4.1. Verzoeker heeft in 2016 meegedaan aan het Landelijk Darmonderzoek inzake darmkanker. Op 23 oktober 2016 kreeg verzoeker de uitslag waarin stond dat er bloed in zijn ontlasting was gevonden en dat dit mogelijk zou duiden op darmkanker. Hierop heeft verzoeker zijn huisarts bezocht voor een preventieve prostaatcontrole alsmede een uitgebreider onderzoek naar de PSA-waarde. Op 31 oktober 2016 heeft verzoeker de uitslag van het bloedonderzoek besproken met een uroloog en op 14 november 2016 heeft hij voor het darmonderzoek in het ziekenhuis een intakegesprek gehad. Na deze bezoeken en het vernemen van de conclusie dat bij hem mogelijk sprake is van darm- en prostaatcancer heeft verzoeker een zeer emotionele en heftige periode meegemaakt. Uiteindelijk heeft verzoeker op 30 januari 2017 en 3 februari 2017 in het ziekenhuis behandelingen en onderzoeken ondergaan voor zijn prostaat en darmen.
-  4.2. Aangezien verzoeker gepensioneerd is en zijn inkomen bestaat uit AOW en een klein pensioen, is hij erg alert op onnodige uitgaven. Verzoeker heeft op 7 april 2017 een brief ontvangen van de ziektekostenverzekeraar waarin stond vermeld dat de nota's betreffende het uitgevoerde darmonderzoek en het bezoek aan het ziekenhuis zouden worden verrekend met het verplicht eigen risico 2016 van verzoeker. Na ontvangst van de betreffende brief heeft verzoeker contact gehad met de ziektekostenverzekeraar, waarna hij de startdatum van het zorgtraject accepteerde. Hierbij verkeerde hij in de veronderstelling dat de prostaatbehandeling ook onder het verplicht eigen risico 2016 viel.
-  4.3. Op 9 juni 2017 heeft verzoeker van de ziektekostenverzekeraar een brief ontvangen waarin hem werd medegedeeld dat een bedrag van € 25,16 ter zake van geneesmiddelen was verrekend met het verplicht eigen risico 2017. Volgens verzoeker moest hij de betreffende geneesmiddelen innemen voor de darmoperatie en maken deze derhalve deel uit van de behandeling in het ziekenhuis. Daarom dienen zij onder de door het ziekenhuis gedeclareerde DOT te vallen.
-  4.4. Op 5 juli 2017 heeft verzoeker een brief van de ziektekostenverzekeraar ontvangen waarin hem werd verzocht een bedrag van € 359,84 ter zake het verplicht eigen risico 2017 te voldoen. Het is verzoeker gebleken dat dit bedrag betrekking heeft op de kosten van het op 30 januari 2017 uitgevoerde prostaatonderzoek. Deze handelwijze kan volgens verzoeker niet kloppen en hij meent dan ook dat er ten onrechte kosten bij hem in rekening worden gebracht, aangezien hij voor de geleverde zorg al op 7 april 2017 een nota heeft gekregen.
-  4.5. Van de daarna door de ziektekostenverzekeraar gegeven uitleg over de DBC-systematiek snapt verzoeker helemaal niets. Volgens een eigen berekening van verzoeker vallen alle gemaakte afspraken binnen de genoemde termijn van 90 dagen. Daarnaast meent verzoeker dat indien de ziektekostenverzekeraar hem goed had geïnformeerd over deze termijn en de consequenties wat betreft de behandelingen en operaties, de kosten voor hem niet zo hoog hadden hoeven zijn. In het verleden heeft verzoeker een procedure gevoerd bij het Kifid en deze geschillencommissie heeft hem in het gelijk gesteld omdat hij niet was geïnformeerd. Verzoeker vraagt de commissie dan ook

te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de bij hem in rekening gebrachte bedragen van € 25,16 en € 359,84 (uit coulance) kwijt te schelden.

4.6. 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 in 2016 en 2017 medisch specialistische zorg genoten en medicijnen afgeleverd gekregen. Het ziekenhuis en de apotheek van het ziekenhuis hebben de kosten van deze zorg bij de ziektekostenverzekeraar ter declaratie ingediend.

5.2. Waar het de medisch specialistische zorg betreft, is de situatie dat verzoeker in het ziekenhuis is geweest voor zowel een prostaatonderzoek als een darmonderzoek. Ter zake van het prostaatonderzoek geldt dat het consult op 31 oktober 2016 heeft plaatsgevonden. Op deze datum heeft het ziekenhuis een DOT geopend. Aangezien hierna geen operatie heeft plaatsgevonden, diende de DOT na 90 dagen te worden afgesloten zodat het eerste traject duurde van 21 oktober 2016 tot 28 januari 2017. Aansluitend is op 29 januari 2017 een vervolg-DOT geopend. De vervolg-DOT is gesloten op 28 mei 2017. Alle kosten, die in deze periode zijn gemaakt, vallen onder de begindatum van de betreffende DOT, en deze liggen zowel in 2016 als in 2017. De kosten van de eerste DOT (€ 136,60) zijn om die reden verrekend met het eigen risico 2016 van verzoeker en de kosten van de tweede DOT (€ 507,91) gedeeltelijk (€ 359,84) met het verplicht eigen risico 2017 van verzoeker.

5.3. Ter zake van het darmonderzoek geldt dat dit een andere zorgvraag betreft dan het prostaatonderzoek. Gelet op het feit dat het consult op 14 november 2016 heeft plaatsgevonden en ook hier geen operatie is gevolgd, duurde dit traject van 14 november 2016 tot en met 11 februari 2017. De declaratie voor dit traject bedroeg totaal € 888,62. Omdat verzoeker al een groot deel van het eigen risico 2016 had volgemaakt, is € 112,86 verrekend met het restant van dit eigen risico.

5.4. Waar het de medicijnen betreft, geldt dat voor het bepalen van het eigen risico de afleverdatum bepalend is voor de vraag onder welk jaar de kosten vallen. Aflevering van de onderhavige geneesmiddelen maakt, in tegenstelling tot hetgeen verzoeker stelt, geen deel uit van de door het ziekenhuis gedeclareerde DOT's. Het geneesmiddel Moviprep (€ 25,16) dat in 2017 aan hem is afgeleverd valt om die reden onder het eigen risico van 2017.

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

7. Het geschil

7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de bij verzoeker in rekening gebrachte bedragen ter zake van het verplicht eigen risico 2017 te corrigeren.

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 zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De

aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen 1 e.v. van de 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' van de zorgverzekering.

- 8.3. Artikel 6 van de 'Algemene voorwaarden basisverzekeringen' van de zorgverzekering (2016) regelt het verplicht eigen risico. Deze bepaling 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 bedrag is. In 2016 is het verplicht eigen risico € 385,- per verzekerde per kalenderjaar.

6.2 *Eerste € 385,- van uw zorgkosten betaalt u zelf*

Wij brengen het verplicht eigen risico in mindering op uw recht op 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 (verzekeringsnemer) ontvangt vervolgens een nota van ons van € 385,-.

(...)

6.5 *Zorgkosten die wij niet vergoeden tellen niet mee voor het verplicht eigen risico*

In sommige gevallen betaalt u zelf een deel van de zorg vanuit de basisverzekering. Bijvoorbeeld bij kraamzorg en bepaalde medicijnen. Deze bedragen staan los van het verplicht eigen risico en tellen dus niet mee voor het volmaken van de € 385,- aan verplicht eigen risico die wij inhouden.

6.9 *Verplicht eigen risico bij een diagnose-behandelcombinatie*

Wordt een behandeling gedeclareerd in de vorm van een diagnose-behandelcombinatie (DBC)? Dan is het startmoment van de behandeling ook bepalend voor het verplicht eigen risico dat wij moeten toepassen. Meer over de vergoedingen bij DBC's leest u in artikel 5.5 van deze algemene voorwaarden.

(...)"

In de voorwaarden van de zorgverzekering van 2017 is een soortgelijke bepaling opgenomen.

- 8.4. Artikel 5.5 van de 'Algemene voorwaarden basisverzekeringen' van de zorgverzekering regelt ten algemene:

"5.5 *Verplichting: binnen een bepaalde tijd declareren*

Zorg ervoor dat u uw nota's zo snel mogelijk bij ons declareert. Doe dit in ieder geval binnen 12 maanden na afloop van het kalenderjaar waarin u bent behandeld.

Let op! Om te bepalen of u recht heeft op de zorg, is de behandeldatum bepalend en/of de leveringsdatum zoals die op de nota staat. Het is dus niet de datum waarop de nota is uitgeschreven die bepalend is.

Wordt een behandeling gedeclareerd in de vorm van een diagnose-behandelcombinatie (DBC)?

Dan is het startmoment van de behandeling bepalend voor het recht op zorg. Op het startmoment moet u bij ons verzekerd zijn. Wilt u weten wat voor uw situatie geldt? Neem dan contact met ons op (...)"

- 8.5. De artikelen 5.5 en 6 van de 'Algemene voorwaarden basisverzekeringen' van de zorgverzekering zijn volgens artikel 1.1. van de 'Algemene voorwaarden basisverzekeringen' van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.6. 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.

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

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

Artikel 23 Zvw bepaalt dat 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 kalenderjaren is genoten en door de zorgaanbieder of een andere dienstverlener in één bedrag in rekening zijn gebracht, worden toegerekend aan het kalenderjaar waarin de zorg of dienst is aangevangen.

- 8.7. De Zvw, het daarop gebaseerde Bzv en de Rzv, schrijven dwingend voor welke prestaties onder de zorgverzekering verzekerd dienen te zijn. De verzekerde die een zorgverzekering sluit heeft recht op niet meer of minder dan deze prestaties. De zorgverzekering is in dit opzicht een bijzondere, van overheidswege gereguleerde vorm van schadeverzekering. Het staat de ziektekostenverzekeraar niet vrij een dekking te bieden die hetzij ruimer dan wel beperkter is dan op grond van het bij of krachtens de Zvw bepaalde is voorgeschreven.

De hiervoor beschreven regeling, zoals opgenomen in de zorgverzekering, strookt met de toepasselijke regelgeving.

9. Beoordeling van het geschil

- 9.1. De commissie stelt voorop dat zij niet bevoegd is te oordelen over de juistheid van de door het ziekenhuis ingediende declaratie. Aangezien het ziekenhuis rechtstreeks bij de ziektekostenverzekeraar heeft gedeclareerd, heeft verzoeker niet vooraf inzage gehad in de nota en heeft hij niet de mogelijkheid gehad betaling hiervan te weigeren. De financiële consequenties komen - in de vorm van het eigen risico - echter wel voor rekening van verzoeker. De vraag die ter beantwoording voorligt is derhalve of de ziektekostenverzekeraar betaling van de nota had moeten weigeren dan wel bij het ziekenhuis had moeten aandringen op correctie. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.

- 9.2. Waar het gaat om nota's ter zake van medisch specialistische zorg geldt dat in Nederland behandeltrajecten vanaf de diagnose tot het eind van de behandeling worden voorzien van een code, de zogenoemde Diagnose Behandel Combinatie (DBC). Deze regeling is op 1 januari 2005 ingevoerd door de overheid. Een DBC omvat het gehele behandeltraject inclusief verpleging en verzorging, verband- en hulpmiddelen en de tijdens de behandeling plaatsgevonden paramedische zorg en geneesmiddelen. Indien sprake is van een doorlopende behandeling wordt na het bereiken van de maximale looptijd van de DBC aansluitend een vervolg-DBC geopend. Een DBC is niet gebonden aan kalenderjaren. Voorts is met ingang van 1 januari 2012 de term DBC vervangen door DOT (DBC's Op weg naar Transparantie).

- 9.3. Het verplicht eigen risico bestaat, conform de voorwaarden van de zorgverzekering, uit de bedragen aan kosten van zorg of overige diensten die per kalenderjaar voor rekening van de verzekerde blijven. De kosten van zorg of een andere dienst worden toegerekend aan het kalenderjaar waarin de zorg is genoten. Echter, indien de zorg of dienst die in twee achtereenvolgende kalenderjaren is genoten, wordt gedeclareerd met één DOT, dan wordt het eigen risico toegerekend aan het kalenderjaar waarin de DOT is geopend. Aldus volgt uit artikel 23 Zvw en artikel 6.9 van de 'Algemene voorwaarden basisverzekeringen' van de zorgverzekering.

- 9.4. Door het ziekenhuis zijn in 2016 en 2017 verschillende DOT's bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd ter zake van uitgevoerde prostaat- en darmonderzoeken. Zo heeft het ziekenhuis op 31 oktober 2016 een DOT geopend met als omschrijving "1 of 2 polikliniekbezoeken bij een goedaardige vergroting van de prostaat". Deze DOT is na 90 dagen, conform de destijds hiervoor geldende regels van de NZa, op 28 januari 2017 gesloten. Gelet op het feit dat verzoeker heeft verklaard dat het prostaatonderzoek op 31 oktober 2016 heeft plaatsgevonden, is de commissie van oordeel dat de ziektekostenverzekeraar mocht concluderen dat door het ziekenhuis de juiste DOT was gedeclareerd.
- Indien verdere behandeling noodzakelijk is kunnen vervolg-DOT's worden geopend. Ingevolge artikel 9 van de Regeling medisch specialistische zorg (NR/CU-249) van de NZa opent het ziekenhuis in een dergelijke situatie een vervolgtraject dat ingaat één dag na de sluitingsdatum van het voorgaande traject. Voorts was aanvankelijk bepaald dat vervolg-DOT's een maximale looptijd hebben van 365 dagen. Later is dit teruggebracht naar 120 dagen. Indien sprake is van een poliklinische behandeling zonder operatie bedraagt de maximale looptijd 90 dagen.
- Uit de brief van de ziektekostenverzekeraar van 1 augustus 2017 blijkt dat aansluitend op de op 28 januari 2017 gesloten DOT een vervolg-DOT van 90 dagen is geopend. Deze DOT is geopend op 29 januari 2017 en gesloten op 28 mei 2017. Aangezien tussen partijen niet in geschil is dat verzoeker in de tussentijdse periode opnieuw in het St. Antonius Ziekenhuis is geweest voor dezelfde zorgvraag, stond het het ziekenhuis vrij op 29 januari 2017 een vervolg-DOT van 90 dagen te openen. Gezien het voorgaande is de commissie van oordeel dat een en ander voor de ziektekostenverzekeraar geen aanleiding hoefde te geven de betreffende declaratie van het ziekenhuis te weigeren dan wel aan te dringen op correctie.
- 9.5. Uit artikel 6.9 van de 'Algemene voorwaarden basisverzekeringen' van de zorgverzekering volgt dat voor het antwoord op de vraag ten laste van welk kalenderjaar de kosten van medisch specialistische zorg komen, de openingsdatum van de DBC/DOT bepalend is. In dit geval is de openingsdatum van de initiële DOT 31 oktober 2016 en van de vervolg-DOT 29 januari 2017, zodat de kosten dienen te worden verrekend met het verplicht eigen risico voor de betreffende jaren. Ingevolge het bepaalde in de voorwaarden van de zorgverzekering was verzoeker zowel in 2016 als in 2017 een bedrag van € 385,- aan verplicht eigen risico verschuldigd voor de zorg en overige diensten die ten laste van de zorgverzekering komen. Het eigen risico 2016 is tussen partijen niet in geding. Voorts is tussen partijen niet in geschil dat, op een bedrag van € 25,16 voor farmaceutische zorg na, het verplicht eigen risico 2017 op het moment dat de onderhavige kosten werden gemaakt nog niet was 'volgemaakt'. Daarbij geldt dat de onderhavige kosten niet zijn uitgesloten van het eigen risico. De ziektekostenverzekeraar heeft derhalve terecht het bedrag van € 359,84 ten laste van het verplicht eigen risico 2017 gebracht.
- 9.6. Door de ziektekostenverzekeraar is toegelicht dat verzoeker op 27 januari 2017 het geneesmiddel Moviprep® afgeleverd heeft gekregen. Anders dan verzoeker stelt, vormt dit middel geen onderdeel van de (vervolg)-DOT (medisch specialistische zorg), maar valt het onder de aanspraak op farmaceutische zorg. Hiervoor geldt dat op grond van artikel 5.5 van de 'Algemene voorwaarden basisverzekeringen' van de zorgverzekering de afleverdatum bepalend is. De commissie is om die reden van oordeel dat de ziektekostenverzekeraar de betreffende kosten ten bedrage van € 25,16 terecht heeft verrekend met het nog openstaande verplicht eigen risico 2017 van verzoeker.
- 9.7. Door verzoeker is nog aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar de bij hem in rekening gebrachte bedragen van € 25,16 en € 359,84 dient kwijt te schelden omdat hij onvoldoende door de ziektekostenverzekeraar is geïnformeerd en anders uit coulance. Met betrekking hiertoe geldt in de eerste plaats dat het aan de verzekerde is kennis te nemen van de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden. Daarnaast dient de zorgaanbieder zijn patiënten in te lichten over de verwachten kosten. De zorgverzekeraar heeft hier ook een eigen verantwoordelijkheid. Hij moet zijn verzekerden op grond van de "Regeling informatieverstrekking ziekenverzekeraars aan consumenten" (TH/NR-007) van de Nederlandse Zorgautoriteit informeren over de financiële gevolgen van een (toekomstige) behandeling indien verzekerden daarom vragen. Aangezien gesteld noch gebleken is dat verzoeker voorafgaand aan de behandelingen met de ziektekostenverzekeraar

contact heeft gehad, kan laatstgenoemde ten aanzien van de informatievoorziening geen verwijt worden gemaakt op grond waarvan hij gehouden is de bedragen kwijt te schelden. Voor zover verzoeker de commissie verzoekt te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten uit coulance kwijt te schelden, geldt dat dat toepassing van coulance is voorbehouden aan de ziektekostenverzekeraar. In het door deze ter zake gevoerde beleid kan de commissie niet treden. Dit is slechts anders indien de ziektekostenverzekeraar een beleid zou voeren waarbij identieke gevallen verschillend worden behandeld. Gesteld noch gebleken is dat hiervan in de onderhavige situatie sprake is.

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, 20 december 2017,

A.I.M. van Mierlo