



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen Menzis Zorgverzekeraar N.V. en Menzis N.V., beide te Wageningen  
Zaak : Eigen risico, DBC/DOT systematiek, ('lege') vervolg-DBC/DOT  
Zaaknummer : 201701381  
Zittingsdatum : 21 maart 2018

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

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

---

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

- 1) Menzis Zorgverzekeraar N.V., en
- 2) Menzis N.V., beide te Wageningen,  
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Menzis Basis (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 ExtraVerzorgd 3 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).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar verzocht de bij haar in rekening gebrachte kosten ter zake van het verplicht eigen risico 2016 en 2017 te corrigeren (hierna: het verzoek). De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch aan verzoekster medegedeeld hiertoe niet over te gaan.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 20 juni 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing 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 8 november 2017 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de bij haar in rekening gebrachte kosten ter zake van het verplicht eigen risico 2016 en 2017 te corrigeren (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 24 januari 2018 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 26 januari 2018 aan verzoekster gezonden.

3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar hebben op respectievelijk 13 en 15 februari 2018 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord.

3.8. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 21 maart 2018 in persoon gehoord.

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

4.1. Verzoekster heeft op 20 oktober 2015 het HagaZiekenhuis bezocht in verband met klachten aan haar rechterknie. Het advies van de behandelend arts luidde dat verzoekster een jaar moest wachten. Indien de klachten na een jaar nog aanwezig waren kon zij opnieuw contact opnemen. Omdat de klachten in september 2016 nog steeds bestonden, heeft verzoekster op 14 september 2016 gebeld met het HagaZiekenhuis om een afspraak te maken. Deze afspraak kon echter pas op 3 november 2016 plaatsvinden. Uiteindelijk is op 21 november 2016 een MRI-scan gemaakt en op 6 december 2016 is de uitslag van deze scan besproken. Tijdens dit laatste consult is besloten dat verzoekster aan haar knie moest worden geopereerd. Door de vakantie van de behandelend orthopeed heeft de betreffende operatie niet eerder dan op 16 januari 2017 kunnen plaatsvinden. Omdat de operatie niet het gewenste resultaat had, heeft verzoekster op 7 maart 2017 en op 22 mei 2017 nogmaals consulten gehad om de vervolgstappen te bespreken.

4.2. Verzoekster heeft vanwege de hiervoor vermelde consulten rekeningen gekregen die betrekking hadden op het verplicht eigen risico 2016 en 2017. Volgens verzoekster hanteert het HagaZiekenhuis in dit verband een onjuiste datum, aangezien zij op 3 november 2016 een eerste afspraak heeft gehad in het ziekenhuis. Door de handelwijze van zowel het ziekenhuis als de ziektekostenverzekeraar wordt verzoekster geconfronteerd met hoge kosten. Zowel het ziekenhuis als de ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster onjuist en onvolledig geïnformeerd. Een medewerker van de ziektekostenverzekeraar heeft op 30 of 31 mei 2017 telefonisch aan verzoekster medegedeeld dat "met het doorstarten van de behandeling binnen een jaar er geen sprake zou zijn van een vernieuwde eigen bijdrage; er zou sprake zijn van één DBC en dat zou mij slechts eenmalig een eigen bijdrage van een kalenderjaar kosten". Verder voert verzoekster aan dat het ziekenhuis een extreem lange wachttijd heeft gehanteerd en dat zij financieel is benadeeld door de planning van de vakantie van de orthopeed.

4.3. Gezien het feit dat zowel het ziekenhuis als de ziektekostenverzekeraar schuld heeft aan het gegeven dat verzoekster thans wordt geconfronteerd met hoge kosten, stelt verzoekster voor dat het ziekenhuis en de ziektekostenverzekeraar samen de verschuldigde bedragen ter zake van het eigen risico voldoen.

4.4. Ter zitting heeft verzoekster haar standpunt herhaald. Ter aanvulling heeft verzoekster aangevoerd dat zij de geldende DBC-systematiek inmiddels redelijk begrijpt. Verzoekster is dan ook tot de conclusie gekomen dat de door het ziekenhuis gehanteerde DBC-codes juist zijn. Desondanks meent verzoekster dat het ziekenhuis eind 2016 haar niet had moeten beschouwen als zijnde een nieuwe patiënt met nieuwe klachten. De ziektekostenverzekeraar had haar in bescherming moeten nemen tegen de handelwijze van het ziekenhuis. Dit laatste heeft de ziektekostenverzekeraar nagelaten.

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 heeft in de jaren 2015 tot en met 2017 medisch specialistische zorg genoten. Het ziekenhuis heeft de kosten van deze zorg bij de ziektekostenverzekeraar ter declaratie ingediend. Ter zake van deze vormen van zorg geldt dat vanaf 1 januari 2012 de DOT (DBC Op weg naar Transparantie) systematiek van toepassing is. Medisch specialistische zorg wordt gedeclareerd door

middel van een zorgproduct. Onder een zorgproduct vallen alle zorgactiviteiten die horen bij een bepaalde zorgvraag. Een zorgproduct heeft een looptijd die afhankelijk is van het behandeltraject, doch deze looptijd bedraagt nooit meer dan 120 dagen. Als sprake is van een vervolgbehandeling of een jaarlijkse controle, moet het ziekenhuis hiervoor een vervolg-DBC/DOT (zorgproduct) openen. Deze vervolg-DBC/DOT moet aansluiten op de voorafgaande DBC/DOT. De ingangsdatum van de vervolg-DOT hoeft dus niet per definitie de datum te zijn waarop men daadwerkelijk zorg heeft gekregen of bijvoorbeeld op consult is geweest. Wel moet in de periode tussen de opening van de vervolg-DBC/DOT en de sluiting in ieder geval een consult of contact hebben plaatsgevonden. Alleen dan mogen de kosten van een vervolg-DBC/DOT worden gedeclareerd. Als er geen contact binnen het behandeltraject heeft plaatsgevonden, moet de vervolg-DBC/DOT volgens de beleidsregels van de NZa worden geopend en gesloten, maar mag het zorgproduct niet worden gedeclareerd. Dit is dus enkel ter registratie. De ingangsdatum van een DBC/DOT bepaalt voor welk jaar het eigen risico wordt aangesproken.

- 5.2. Op 20 oktober 2015 is de DBC zorgproductcode 03/15B131.131999230 geopend en deze is gesloten op 17 januari 2016. In dit zorgproduct zijn de volgende zorgactiviteiten opgenomen: op 20 oktober 2015 een eerste polikliniekbezoek en onderzoek met röntgen van de knie en/of onderbeen. Dit is 90 dagen na opening. Indien alleen sprake is van een poliklinische niet-operatieve behandeling, dan is de looptijd van het DBC zorgproduct 90 dagen. Per 1 januari 2015 is de maximale looptijd van een DBC/DOT verkort tot 120 dagen. Als sprake is van een operatieve ingreep, wordt de DOT 42 dagen na ontslag uit het ziekenhuis gesloten. Vervolgens zijn twee lege DBC's gedeclareerd. Dit is vanaf 2015 een mogelijkheid, die in de meeste gevallen wordt gehanteerd bij patiënten die éénmaal per half jaar/jaar/twee jaar op controle komen bij de medisch specialist, bij wie zij onder behandeling zijn. Voor verzoekster is een lege DOT geregistreerd van 18 januari 2016 tot 16 mei 2016 (120 dagen) en van 17 mei 2016 tot 13 september 2016. (120 dagen).
- 5.3. Aansluitend heeft het HagaZiekenhuis op 14 september 2016 een vervolg-DOT geopend met zorgproductcode 131999165 en omschrijving '*Onderzoek(en) of behandeling tijdens een polikliniekbezoek of dagbehandeling bij een beschadiging van meniscus / (kruis)banden van de knie*'. De einddatum van deze vervolg-DOT is 11 januari 2017, 120 dagen na opening door het ziekenhuis. Binnen deze vervolg-DOT heeft verzoekster op 3 en 21 november 2016 en 6 december 2016 een bezoek gebracht aan het ziekenhuis. Op 12 januari 2017 heeft het HagaZiekenhuis wederom een vervolg-DOT geopend met zorgproductcode 131999199 en omschrijving '*Uitgebreide operatie knie bij een ziekte van botspierstelsel*'. Binnen deze vervolg-DOT is verzoekster op 16 januari 2017 geopereerd aan haar knie. Een vervolg-DOT dient altijd aansluitend te zijn aan de vorige (vervolg) DOT. Hoewel verzoekster op 12 januari 2017 dus niet daadwerkelijk in het ziekenhuis is geweest, is de openingsdatum van deze vervolg-DOT gesteld op 12 januari 2017, aansluitend aan de einddatum - 11 januari 2017 - van de vorige vervolg-DOT. De einddatum van de laatste vervolg-DOT is 27 februari 2017, zijnde 42 dagen na de operatieve ingreep.
- 5.4. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt herhaald.
- 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 A17 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 de ziektekostenverzekeraar gehouden is de bij verzoekster in rekening gebrachte bedragen ter zake van het verplicht eigen risico 2016 en 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 voorwaarden van de zorgverzekering.

8.3. Op pagina 8 en verder van de voorwaarden van de zorgverzekering (2016) is het eigen risico opgenomen. De betreffende passage luidt, voor zover hier van belang:

*"Eigen risico*

*U heeft een verplicht eigen risico van € 385 per kalenderjaar als u 18 jaar of ouder bent. U kunt naast uw verplicht eigen risico kiezen voor een vrijwillig eigen risico van € 100, € 200, € 300, € 400 of € 500 per kalenderjaar. In dat geval krijgt u een korting op de premiegrondslag. Deze korting bedraagt per maand bij een eigen risico van € 100 een bedrag van € 3, bij een eigen risico van € 200 een bedrag van € 6, bij een eigen risico van € 300 een bedrag van € 9, bij een eigen risico van € 400 een bedrag van € 12, bij een eigen risico van € 500 een bedrag van € 20.*

*Let op*

*Het (verplicht en vrijwillig) eigen risico geldt niet voor:*

- verloskundige zorg en kraamzorg (voor de kosten van laboratoriumonderzoek, geneesmiddelen en (ambulance)vervoer geldt het eigen risico wel),*
- hulpmiddelen die in bruikleen worden verstrekt (voor verbruiksartikelen van het hulpmiddel geldt het eigen risico wel),*
- de kosten van inschrijving bij een huisarts of bij een instelling die huisartsenzorg verleent,*
- huisartsenzorg met inbegrip van zorg die wordt bekostigd met toepassing van de op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde beleidsregel voor de prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen (ketenzorg). Door de huisarts aangevraagd laboratorium- en functieonderzoek valt wel onder het eigen risico, als dat onderzoek elders wordt uitgevoerd en apart in rekening wordt gebracht,*
- medicatiebeoordeling chronisch Uitsluitend Recept-geneesmiddelengebruik, als u naar een apotheker of huisarts gaat,*
- verpleging en verzorging,*
- vervoer van de donor bij transplantatie dat wordt genoemd in het artikel 'Transplantatie', bij het 8e en 9e punt van de opsomming onder 'Welke zorg',*
- nacontroles van de donor bij transplantatie, nadat de periode genoemd in het artikel 'Transplantatie', bij het 7e punt van de opsomming onder 'Welke zorg', is verstreken."*

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

8.4. Artikel A26 van de zorgverzekering (2016) luidt, voor zover hier van belang:

*"A26 Overig*

*• De datum waarop u bent behandeld, een geneesmiddel is bereid of een hulpmiddel is afgeleverd, is bepalend voor de vergoeding en het eigen risico. De datum waarop de nota is uitgeschreven of betaald is hiervoor niet van belang. Als een behandeling in meerdere kalenderjaren valt en de zorgaanbieder die behandeling in één bedrag in rekening mag brengen, is de datum waarop de behandeling is gestart bepalend. Als het gaat om een DBC (Diagnose Behandel Combinatie), dan is de ingangsdatum van de DBC bepalend in welk kalenderjaar de vergoeding toegekend wordt. (...)"*


- 8.5. Voormelde passages uit de verzekeringsvoorwaarden en artikel A26 van de zorgverzekering zijn volgens artikel A1 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 eigen risico is geregeld in de artikelen 19 tot en met 22 Zvw, en nader uitgewerkt in de artikelen 2.17 tot en met 2.19 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 kalenderjaren 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.
- 8.7. 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 declaraties. Hetgeen partijen dienaangaande hebben gesteld, neemt de commissie dan ook voor kennisgeving aan. Aangezien het ziekenhuis rechtstreeks bij de ziektekostenverzekeraar heeft gedeclareerd, heeft verzoekster niet vooraf inzage gehad in de nota's en heeft zij niet de mogelijkheid gehad betaling hiervan te weigeren. De financiële consequenties komen - in de vorm van het eigen risico - echter wel voor rekening van verzoekster. De vraag die ter beantwoording voorligt, is derhalve of de ziektekostenverzekeraar betaling van de nota's 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. Een DBC had aanvankelijk een maximale looptijd van 365 dagen. Later is dit teruggebracht tot maximaal 120 dagen, maar een DBC kan ook een looptijd hebben van 42 of 90 dagen, afhankelijk van de toepasselijke regels van de NZa. Indien sprake is van een doorlopende behandeling wordt steeds 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. Indien echter 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 A.26 van de zorgverzekering.
- 9.4. In casu staat vast dat het ziekenhuis op 20 oktober 2015 een eerste DOT heeft geopend met als omschrijving *"1 of 2 polikliniekbezoeken bij een beschadiging van de meniscus/(kruis)banden van de knie"*. Deze DOT is na 90 dagen, conform de destijds hiervoor geldende regels van de NZa, op 17 januari 2016 gesloten. Indien verdere behandeling noodzakelijk is, kunnen ('lege') 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. Vervolg-DOT's hebben een maximale looptijd van 120 dagen. Uit de brief van de ziektekostenverzekeraar van 8 augustus 2017 blijkt dat aansluitend op de initiële DOT twee ('lege') vervolg-DOT's van 120 dagen zijn geopend. De eerste 'lege' vervolg-DOT is geopend op 18 januari 2016 en gesloten op 16 mei 2016; de tweede 'lege' vervolg-DOT is geopend op 17 mei 2016 en gesloten op 13 september 2016. Aangezien tussen partijen niet in geschil is dat verzoekster onder andere op 21 november 2016 opnieuw in het ziekenhuis is geweest voor dezelfde zorgvraag, stond het ziekenhuis vrij op 14 september 2016 een vervolg-DOT van 120 dagen te openen. Deze vervolg-DOT diende namelijk aan te sluiten op de voorafgaande 'lege' DOT. Uit de brief van de ziektekostenverzekeraar van 8 augustus 2017 blijkt dat de vervolg-DOT op 11 januari 2017 is gesloten. Vast staat dat verzoekster op 16 januari 2017, derhalve ná 11 januari 2017, aan haar knie is geopereerd. Om die reden mocht het ziekenhuis op 12 januari 2017 opnieuw een vervolg-DOT openen. Gelet op het feit dat de zorgactiviteit een operatie betreft, dient volgens artikel 9 van de Regeling medisch specialistische zorg (NR/CU-249) van de NZa de vervolg-DOT 42 dagen na ontslag uit het ziekenhuis te worden gesloten. Dit betekent dat de op 12 januari 2017 geopende vervolg-DOT op 27 februari 2017 is gesloten. Gezien het voorgaande is de commissie van oordeel dat een en ander de ziektekostenverzekeraar geen aanleiding hoefde te geven de betreffende declaraties van het ziekenhuis te weigeren dan wel aan te dringen op correctie hiervan.
- 9.5. Uit artikel A.26 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 eerste vervolg-DOT 14 september 2016 en van de tweede vervolg-DOT 12 januari 2017, zodat de kosten dienen te worden verrekend met het verplicht eigen risico voor de betreffende jaren (2016 en 2017). Ingevolge het bepaalde in de voorwaarden van de zorgverzekering was verzoekster 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. Tussen partijen is niet in geschil dat het eigen risico 2016 en 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 de bedragen van € 341,47 en € 337,48 ten laste van het verplicht eigen risico 2016 en 2017 van verzoekster gebracht. Anders dan door verzoekster is gesuggereerd, bestaat ook geen grond deze kosten voor rekening van de ziektekostenverzekeraar of het ziekenhuis te laten komen, waarbij nog kan worden aangetekend dat het ziekenhuis in dezen geen partij is en de commissie ten aanzien van het ziekenhuis niet bevoegd is.

 **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, 4 april 2018,

 A.I.M. van Mierlo