



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht en Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist

Zaak : Geneeskundige zorg, medisch-specialistische zorg, niet-gecontracteerde zorgaanbieder, hoogte vergoeding, informatieplicht

Zaaknummer : 201801246

Zittingsdatum : 12 december 2018



Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester, mr. L. Ritzema)

(Voorwaarden zorgverzekering 2018, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2018, artt. 13 en 14 Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (TH/NR-010))

---

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door C te D,

tegen

- 1) Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, 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 verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis Budget (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Genoemde verzekering is een schadeovereenkomst als bedoeld artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De eveneens afgesloten verzekeringen Aanvullend\*\* en Aanvullend Tand\*\* zijn niet in geschil en blijven om die reden verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op medisch specialistische zorg in verband met een behandeling bij het VieCuri Medisch Centrum (hierna: de aanspraak). Bij brief van 2 juni 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is toegewezen en dat 75% van de kosten wordt vergoed.
- 3.2. Verzoekster is het niet eens met de hoogte van de vergoeding en heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 27 juli 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. Bij brief van 2 augustus 2018 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van de behandelingen alsnog volledig te vergoeden ten laste van de zorgverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.4. 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.
- 3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 12 oktober 2018 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 16 oktober 2018 aan verzoekster gezonden.

3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 25 oktober 2018 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 7 november 2018 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.

3.7. 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.

3.8. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 12 december 2018 gehoord.

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

4.1. In 2018 is bij verzoekster borstkanker geconstateerd. Zij heeft zich voor de behandeling hiervan tot het VieCuri Medisch Centrum gewend, waar onderzoeken zijn uitgevoerd en zij thans chemotherapie ondergaat. Verzoekster werd vervolgens geconfronteerd met facturen van de zorgaanbieder met daarop de mededeling dat de ziektekostenverzekeraar niet het volledige bedrag vergoedt, omdat zij een budgetpolis heeft.

4.2. Verzoekster verklaart dat zij noch door de ziektekostenverzekeraar, noch door de zorgaanbieder, tijdig is geïnformeerd over het gegeven dat de zorgaanbieder vanaf 1 januari 2018 niet langer is gecontracteerd en derhalve een lagere vergoeding geldt. Onder verwijzing naar de uitspraak van de Rechtbank Denk Haag van 6 juni 2018 (ECLI:NL:RBDHA:2018:6611) voert verzoekster aan dat het aan de ziektekostenverzekeraar is zijn verzekerden hierover te informeren. Als de ziektekostenverzekeraar dit had gedaan, had verzoekster kunnen besluiten zich te wenden tot een andere zorgaanbieder. Nu de ziektekostenverzekeraar dit heeft nagelaten, is hij gehouden de kosten van de behandelingen volledig te vergoeden.

4.3. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat zij in 2017 behandelingen heeft ondergaan in het VieCuri Medisch Centrum en dat zij hiervoor nooit een rekening heeft ontvangen, noch van de zorgaanbieder, noch van de ziektekostenverzekeraar. Zij mocht er derhalve redelijkerwijs vanuit gaan dat deze kosten volledig zijn vergoed door de ziektekostenverzekeraar.

4.4. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

#### 5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Het staat de ziektekostenverzekeraar vrij te beslissen met welke partijen hij wel of geen overeenkomsten sluit (selectief contracteren) of te besluiten minder te contracteren (gedifferentieerde inkoop). Dit uitgangspunt werd bij de invoering van de Zvw noodzakelijk geacht. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) staat hier ook positief tegenover.

5.2. Verzoekster heeft reeds in 2014 gekozen voor een naturapolis met selectieve contractering, zijnde de Basis Budget polis. Ook in 2018 is zij nog verzekerd op grond van deze verzekering. In dat jaar heeft verzoekster behandelingen ondergaan bij het VieCuri Medisch Centrum. Dit betreft een zorgaanbieder die niet is gecontracteerd voor de Basis Budget polis, zodat op grond van de polisvoorwaarden recht bestaat op een vergoeding van 75% van het gemiddeld gecontracteerde tarief. Overigens is VieCuri Medisch Centrum al sinds 2016 niet meer gecontracteerd voor de Basis Budget polis. Dit staat sindsdien op de website van de ziektekostenverzekeraar vermeld. Hiermee voldoet de ziektekostenverzekeraar aan de informatieplicht die op hem rust, zoals is vastgelegd in

artikel 14 van de 'Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (TH/NR-010)' van de NZa.

- 5.3. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster op verschillende momenten en bovendien meerdere malen geïnformeerd over de Basis Budget polis, waarbij extra aandacht is besteed aan de mogelijke (financiële) gevolgen van selectieve contractering. Voor het eerst tijdens een telefoongesprek op 19 november 2014 en daarna door middel van de reguliere einde jaars communicatie. In de brief van 19 november 2015 staat:

*"U heeft gekozen voor de Basis Budget polis verzekering, maar let op! Voor de Basis Budget polis heeft Zilveren Kruis voor 2016 opnieuw een aantal ziekenhuizen geselecteerd. Misschien is het ziekenhuis van uw keuze voor 2016 niet( meer) gecontracteerd. U checkt dit eenvoudig op [zilverenkruis.nl/zorgzoeker](http://zilverenkruis.nl/zorgzoeker). Zo voorkomt u dat u een deel van de rekening zelf moet betalen. Voor spoedeisende hulp en geboortezorg kunt u wel overal terecht."*

In december 2015 is via de nieuwsbrief nogmaals de dekking van de Basis Budget polis onder de aandacht gebracht van verzoekster. Ook op de website van de ziektekostenverzekeraar wordt hieromtrent informatie verstrekt. Eén en ander is bovendien opgenomen in artikel 4.3.2. van de verzekeringsvoorwaarden. Verzoekster is derhalve tijdig en volledig geïnformeerd.

- 5.4. Voorts voert de ziektekostenverzekeraar aan dat uit de door verzoekster aangehaalde rechterlijke uitspraak volgt dat de verantwoordelijkheid om na te gaan welke zorgaanbieders al dan niet zijn gecontracteerd primair bij de verzekerde ligt. Het is daarnaast de verantwoordelijkheid van de ziektekostenverzekeraar zijn verzekerden hierover correct en volledig te informeren. Verzoekster heeft evenwel nagelaten voorafgaand aan de behandeling(en) contact op te nemen met de ziektekostenverzekeraar. Als gezegd is de betreffende informatie eveneens te vinden in de polisvoorwaarden, op de website, via de zorgzoeker en is verzoekster hierover ook telefonisch en per post geïnformeerd.

Verder voert de ziektekostenverzekeraar aan dat nog maar de vraag is of de rechter, mede gelet op bijvoorbeeld overweging 4.29, tot een gelijklopende uitspraak zou zijn gekomen wanneer de behandeling was aangevangen ná 1 januari 2016.

- 5.5. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat het VieCuri Medisch Centrum geen declaraties bij hem heeft ingediend ten behoeve van verzoekster met betrekking tot zorg die zij daar heeft genoten in 2017. Van een (gedeeltelijke) vergoeding van deze declaraties is derhalve geen sprake.

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

## 7. Het geschil

- 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de behandelingen die verzoekster in 2018 heeft ondergaan bij het VieCuri Medisch Centrum volledig te vergoeden, ten laste van de zorgverzekering.

## 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 1 tot en met 40 van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 30 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 medisch specialistische zorg en verblijf. Deze zorg kan plaatsvinden in:*

*a een ziekenhuis;*

*b een zelfstandig behandelcentrum of*

*c de praktijk aan huis van een medisch specialist (extramuraal werkend specialist) verbonden aan een op grond van de Wet toelating zorginstellingen (WTZI) toegelaten instelling.*

*De zorg bestaat uit:*

*a medisch-specialistische zorg;*

*b uw behandeling en eventuele verblijf op basis van de laagste klasse in een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum, inclusief verpleging en verzorging, paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij die behandeling horen.*

*De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat medisch specialisten als zorg plegen te bieden.*

*(...)*

*Selectieve contractering Basis Budget*

*Let op! Heeft u de Basis Budget? Dan is op dit artikel selectieve contractering van toepassing. Meer hierover leest u in artikel 4.3.2 van de 'Algemene voorwaarden basisverzekeringen'. Wilt u weten met welke ziekenhuizen wij speciaal voor de Basis Budget een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op [www.zk.nl/zorgzoeker](http://www.zk.nl/zorgzoeker) of neem contact met ons op. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde ziekenhuizen vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen. (...)"*

8.4. Artikel 4 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering bevat bepalingen over de hoogte van de vergoeding van zorg en luidt, voor zover hier van belang:

*"4.1 Met deze basisverzekering heeft u recht op zorg. Wij vergoeden het deel van deze zorg dat niet onder de eigen bijdragen (inclusief het eigen risico) valt. Hoe hoog uw vergoeding is, hangt onder andere af van de zorgverlener, zorginstelling of leverancier die u kiest. U kunt kiezen uit:*

*• zorgverleners, zorginstellingen of leveranciers die een contract met ons hebben afgesloten (gecontracteerde zorgverleners, zorginstellingen of leveranciers. Hierna te noemen gecontracteerde zorgverleners);*

*• zorgverleners, zorginstellingen of leveranciers met wie wij geen contract hebben (niet-gecontracteerde zorgverleners, zorginstellingen of leveranciers. Hierna te noemen niet-gecontracteerde zorgverleners).*

*(...)*

*4.3 Niet-gecontracteerde zorgverleners*

*Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan dit gevolgen hebben voor de hoogte van uw vergoeding. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van uw basisverzekering. Hieronder geven wij per (soort) basisverzekering aan welke tarieven er gelden bij niet-gecontracteerde zorgverleners.*

*(...)*

*4.3.2 Naturapolis met selectieve contractering (Basis Budget)*

*Naast de in artikel 4.2 genoemde beperking bij zorg en/of behandelingen die wij niet in elk ziekenhuis of zbc hebben gecontracteerd, geldt dat u met een Basis Budget voor medisch specialistische zorg (artikel 25, 26 lid 1, 27 en 30) bij een beperkt aantal gecontracteerde ziekenhuizen in Nederland terecht kunt. Dit noemen wij selectieve contractering. De voor de Basis Budget gecontracteerde ziekenhuizen kunt u vinden op onze website of bij ons opvragen.*

*Gaat u naar een ziekenhuis dat niet gecontracteerd is voor de Basis Budget? Dan krijgt u een lagere vergoeding. Deze vergoeding is net als bij een gewone naturapolis maximaal 75% van het gemiddelde tarief waarvoor wij deze zorg hebben ingekocht (bij gecontracteerde zorgverleners). (...)"*

- 8.5. Artikel 4 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering en artikel 30 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 1 van de algemene voorwaarden 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 en verder uitgewerkt in artikel 2.1 Rzv.
- 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.
- 8.8. Artikel 13 van de Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (TH/NR-010) van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) bepaalt welke algemene informatie de ziektekostenverzekeraar dient te verstrekken over (niet-)gecontracteerde zorg en luidt, voor zover hier van belang:
- "De zorgverzekeraar vermeldt op de website de volgende punten, indien het contracteren van zorg door de zorgverzekeraar mogelijk consequenties heeft voor de verzekerde:*
- a. of er sprake is van gecontracteerde zorg;*
  - b. zo ja, voor welke vormen van zorg er sprake is van gecontracteerde zorg, of voor welke vormen van zorg er niet sprake is van gecontracteerde zorg en dat er voor de overige vormen van zorg wel sprake is van gecontracteerde zorg;*
  - c. of de keuze voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder leidt tot een vergoedingsbeperking;*
  - d. de hoogte van het percentage van de vergoeding bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder;*
  - e. de tarieflijsten met vergoedingen waarover de vergoedingsbeperking voor niet-gecontracteerde zorg berekend wordt, wanneer de verzekeraar van zulke tarieflijsten gebruik maakt;*
  - f. de wijze waarop de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg berekend wordt;*
  - g. of de zorgverzekeraar selectief is in het contracteren van zorgaanbieders, en zo ja, hoe de zorgverzekeraar deze zorgaanbieders selecteert. (...)"*



- 8.9. Artikel 14 van de genoemde regeling van de NZa bepaalt welke informatie de ziektekostenverzekeraar dient te verstrekken over het gecontracteerde zorgaanbod en luidt, voor zover hier van belang:

*"14.1 Als de zorgverzekeraar met gecontracteerde zorgaanbieders werkt en dit mogelijk consequenties heeft voor de verzekerde, vermeldt de zorgverzekeraar in een actueel overzicht op de website welke zorgaanbieders op dat moment per polis zijn gecontracteerd.*

*14.2 Het overzicht van gecontracteerde zorgaanbieders bevat tevens informatie over de volgende punten:*

- a. hoe vaak het overzicht van gecontracteerde zorgaanbieders wordt geactualiseerd;*
- b. wanneer het overzicht voor het laatst is gewijzigd;*
- c. indien van toepassing, een algemeen toelichtende tekst inhoudende:*
  - dat tijdens de overstapperiode nog niet alle contracten afgesloten zijn;*
  - dat alle gecontracteerde zorgaanbieders zodra ze zijn afgesloten op de website worden geplaatst;*
  - welke de mogelijke gevolgen zijn voor de verzekerde van het afsluiten van een zorgverzekering wanneer nog niet alle contracten zijn afgesloten.*
- d. voor welke periode de contracten zijn afgesloten.*

*14.3 De zorgverzekeraar verwijst in de polisvoorwaarden naar het overzicht van gecontracteerde zorgaanbieders op de website van de zorgverzekeraar met daarbij een weblink. (...)"*

- 8.10. Artikel 16 van de genoemde regeling van de NZa bepaalt welke informatie de ziektekostenverzekeraar dient te verstrekken over de financiële gevolgen van zijn (toekomstige) keuze voor een specifieke behandeling en luidt, voor zover hier relevant:

*"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. (...)"*

9. Beoordeling van het geschil

### **Ten aanzien van de zorgverzekering**


- 9.1. Tussen partijen is niet in geschil dat verzoekster aanspraak heeft op medisch specialistische zorg en dat zij hiervoor een verzekeringsindicatie heeft. Tevens is niet in geschil dat bij niet-gecontracteerde zorg een lagere vergoeding van toepassing is en dat VieCuri Medisch Centrum in 2018 niet was gecontracteerd voor de verzekering Basis Budget. Hetgeen partijen verdeeld houdt, is de vraag of de ziektekostenverzekeraar een informatieplicht heeft op grond waarvan hij verzoekster over het voorgaande diende te informeren en of de eventuele schending van die informatieplicht ertoe leidt dat de ziektekostenverzekeraar de zorgkosten alsnog volledig dient te vergoeden.




- 9.2. De commissie overweegt dat de informatieplicht die op de ziektekostenverzekeraar rust nader is uitgewerkt in de 'Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraar aan consumenten (TH/NR-010)' van de NZa. In de artikelen 13 en 14 van de genoemde regeling staat onder andere dat de ziektekostenverzekeraar verplicht is op zijn website een overzicht te publiceren van gecontracteerde zorgaanbieders, of de keuze van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder leidt tot een vergoedingsbeperking en op welke wijze de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg wordt berekend.
- Door de ziektekostenverzekeraar is aangevoerd dat hij aan deze verplichtingen heeft voldaan, waarbij hij in het bijzonder heeft gewezen op de zorgzoeker op zijn website. Naar de commissie begrijpt, kan een (aspirant)verzekerde door middel van deze zorgzoeker nagaan of een bepaalde zorgaanbieder is gecontracteerd, op basis van de door hem of haar afgesloten zorgverzekering. Door de ziektekostenverzekeraar is verder aangevoerd dat uit deze zorgzoeker volgt dat het VieCuri Medisch Centrum in 2018 geen gecontracteerde zorgaanbieder was in het kader van de zorgverzekering. Het voorgaande is door verzoekster niet bestreden, zodat de commissie dit als vaststaand aanneemt. Ook anderszins is niet gebleken dat de ziektekostenverzekeraar niet aan de in de regeling genoemde verplichtingen heeft voldaan. Naar het oordeel van de commissie heeft de ziektekostenverzekeraar daarmee op dit onderdeel aan zijn informatieplicht voldaan.
- Verder staat in artikel 16 van de genoemde regeling dat de ziektekostenverzekeraar verplicht is een consument te informeren over de financiële gevolgen van zijn (toekomstige) keuze voor een specifieke behandeling bij een specifieke zorgverlener, indien de consument daar om vraagt. Door de ziektekostenverzekeraar is in dit verband aangevoerd - en door verzoekster niet betwist - dat zij voorafgaand aan de behandeling hierover geen contact heeft opgenomen met de ziektekostenverzekeraar. Dit betekent dat de ziektekostenverzekeraar ook de informatieplicht die op hem rust op grond van dit artikel niet heeft geschonden.
- Nu vaststaat dat de ziektekostenverzekeraar de op hem rustende informatieplicht niet heeft geschonden, bestaat geen aanleiding verzoekster een hogere vergoeding toe te kennen dan die reeds op grond van de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden is toegekend.
- 9.3. Overigens heeft de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat het VieCuri Medisch Centrum sinds 2016 niet langer is gecontracteerd op grond voor de zorgverzekering. Verzoekster had derhalve - hetzij via de zorgzoeker, hetzij door navraag bij de ziektekostenverzekeraar - reeds vanaf het moment dat zij in 2018 behandelingen heeft ondergaan, kunnen weten dat de door haar gekozen zorgaanbieder niet was gecontracteerd en daarom een deel van de kosten voor haar rekening zou blijven.
- Hetgeen verzoekster in dit kader heeft aangevoerd, namelijk dat de ziektekostenverzekeraar de kosten van de behandelingen in 2017 bij het VieCuri Medisch Centrum volledig heeft vergoed, treft geen doel. De ziektekostenverzekeraar heeft namelijk aangevoerd dat de zorgaanbieder geen declaraties bij hem heeft ingediend in verband met deze behandelingen en van een vergoeding derhalve geen sprake is geweest.
- 9.4. Hetgeen verzoekster overigens heeft gesteld, met name met betrekking tot de uitspraak van de Rechtbank Den Haag, maakt de uitkomst niet anders. Uit de aangehaalde uitspraak volgt enerzijds dat het de verantwoordelijkheid is van een verzekerde om na te gaan of zijn zorgverzekeraar een vergoeding biedt voor de zorg die hij of zij in een ziekenhuis wil ondergaan (r.o. 4.9) en anderzijds dat op de zorgverzekeraar een bepaalde informatieplicht rust (r.o. 4.10). Zoals hiervoor overwogen heeft de ziektekostenverzekeraar de bedoelde informatieplicht niet geschonden. Of al dan niet eveneens een informatieplicht rust op de zorgaanbieder kan in het midden blijven, omdat dit verder niet af doet aan de verantwoordelijkheid van de verzekerde of aan de informatieplicht van de zorgverzekeraar.




**Conclusie**




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




10. Het bindend advies



10.1. De commissie wijst het verzoek af.



Zeist, 28 december 2018,



J.A.M. Strens-Meulemeester