



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen ASR Basis Ziektekosten-verzekeringen N.V. en ASR Aanvullende Ziektekostenverzekeringen N.V., beide te Amersfoort, in deze vertegenwoordigd door Aevitae B.V. te Heerlen

Zaak : Wijziging risicodrager, eigen risico, schadevergoeding

Zaaknummer : 201502012

Zittingsdatum : 23 november 2016

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. P.J.J. Vonk, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden zorgverzekering 2012 en 2013, artt. 10, 11, 19, 21 en 23 Zvw, 2.1, 2.17, 2.18 en 2.19 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2012 en 2013, artt. 6:217 BW)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

- 1) ASR Basis Ziektekostenverzekeringen N.V., en
- 2) ASR Aanvullende Ziektekostenverzekeringen N.V., beide te Amersfoort, hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar, in deze vertegenwoordigd door Aevitae B.V. te Heerlen, hierna te noemen: de gevolmachtigde.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster - via de gevolmachtigde - bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de ASR Zorgverzekering natura (2012) en de ASR Zorgverzekering Natura (2013) (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1 onderdeel d Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen VPZ Royaal en VPZ Tand € 1.150,-- incl. techniekkosten (2012) en Aevitae Royaal en Tand € 1.150,-- incl. techniekkosten (2013) afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. De gevolmachtigde heeft bij brief van 5 juni 2013 een bedrag van € 78,88 bij verzoekster in rekening gebracht in verband met het verplicht eigen risico 2012 ter zake van een op 16 april 2012 geopende DBC. Bij brief van 6 september 2013 is een bedrag van € 258,52 bij verzoekster in rekening gebracht in verband met het verplicht eigen risico 2013 ter zake van een op 4 maart 2013 geopende DBC. Voorts zijn bij brief van 22 februari 2013 bedragen van € 76,71 en € 92,26 bij verzoekster in rekening gebracht in verband met het verplicht eigen risico 2012 van haar (eveneens op de polis verzekerde) dochter ter zake van een op 14 augustus 2012 geopende DBC.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de gevolmachtigde om heroverweging van voormelde beslissingen gevraagd. Zij hebben hierover uitvoerig gecorrespondeerd. De gevolmachtigde heeft hierbij vastgehouden aan het door hem ingenomen standpunt.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de gevolmachtigde.
- 3.4. Bij e-mailbericht van 29 april 2016 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen (i) dat de gevolmachtigde zonder haar toestemming haar verzekeringen heeft gewijzigd, (ii) dat de gevolmachtigde gehouden is het over de jaren 2012 en 2013 in rekening gebrachte verplicht eigen risico, voor zover dit betrekking heeft op een DBC uit

het B-segment, kwijt te schelden, en (iii) het door verzoekster berekende verschil in premie over de jaren 2012 en 2013 aan haar te betalen bij wijze van schadevergoeding (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 gevolmachtigde 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 gevolmachtigde heeft de commissie bij brief van 16 augustus 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 17 augustus 2016 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 29 augustus 2016 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De gevolmachtigde heeft op 7 oktober 2016 schriftelijk medegedeeld eveneens in persoon te willen worden gehoord.
- 3.8. Op grond van artikel 114 lid 3 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, 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.
- 3.9. Verzoekster en de gevolmachtigde zijn op 23 november 2016 in persoon gehoord.
- 3.10. Ter zitting is afgesproken dat de ziektekostenverzekeraar de commissie de polisvoorwaarden van 2010 en 2011 zal sturen, en dat verzoekster de commissie de volledige brief met als onderwerp "uw zorgverzekering 2012" zal doen toekomen. Partijen hebben voornoemde stukken aan de commissie gezonden. Afschriften hiervan zijn ter kennisname aan de wederpartijen gestuurd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. De gevolmachtigde heeft de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering van verzoekster en haar dochter gewijzigd, zonder dat verzoekster hierom heeft gevraagd. Verzoekster heeft hiervoor evenmin toestemming verleend. Hierdoor heeft de gevolmachtigde de meest elementaire rechtsbeginselen met voeten getreden. Voornoemde wijziging is in strijd met artikel 6:217 BW en de artikelen 5 en 7 Zvw.
- 4.2. Bij de oude risicodragers (hierna: risicodragers 1) hoefde verzoekster nooit het verplicht eigen risico te betalen voor medisch specialistische zorg die onder het B-segment valt. Zij ziet niet in waarom zij dit in 2012 en 2013 wel zou moeten doen. Blijkbaar betreft het hier prijsafspraken tussen een ziektekostenverzekeraar en een ziekenhuis waarvan verzoekster niet op de hoogte is. Daarom is zij hieraan niet gebonden. De onderhandelingsvaardigheid van risicodragers 1 was goed. Die van de nieuwe risicodragers (hierna: risicodragers 2) is volgens verzoekster slecht, en daar hoeft zij geen slachtoffer van te worden. *"Dit betreft de geringe onderhandelingscapaciteit van de zorgverzekeraar, dit behoort niet op de consument afgewenteld te worden, daarnaast is dit volledig NIET transparant voor de consument"*, aldus verzoekster. Verzoekster merkt op dat zij een zorgverzekering met een zeer uitgebreide aanvullende ziektekostenverzekering heeft.
- 4.3. Risicodragers 1 had in de polisvoorwaarden van 2009, 2010, en 2011 opgenomen dat het verplicht eigen risico niet geldt voor een aantal zorgaanbieders en zorgarrangementen, die zijn vermeld op het 'overzicht vrijstelling eigen risico'. De verzekering van risicodragers 2 kent deze bepaling niet. De verzekeringen van risicodragers 2 zijn dus niet gelijk aan de verzekeringen van risicodragers 1.

- 4.4. Verzoekster voelt zich ernstig gedupeerd door de wijziging van risicodrager. Door deze wijziging is de premie hoger geworden, en moet zij – anders dan voorheen – ook het verplicht eigen risico betalen voor medisch specialistische zorg die onder het B-segment valt. Bovendien is de bejegening veel slechter geworden, waardoor zij in twee jaar tijd 25 betalingsherinneringen, aanmaningen en sommaties heeft ontvangen, alsmede zes deurwaardersexploaten. Verzoekster vordert daarom restitutie van de door haar teveel betaalde premie van € 1.467,08 over 2012 en 2013, en kwijtschelding van het verplicht eigen risico conform de polisvoorwaarden van risicodrager 1.
- 4.5. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat sprake is van voortschrijdend inzicht: bij de overgang is gebruik gemaakt van de negatieve optie en verzoekster heeft hier een probleem mee. Als de negatieve optie wordt toegepast, mag dit de verzekerde geen nadeel opleveren. Verzoekster zat destijds in een onderzoekstraject en had een vrijstelling voor het eigen risico. Zij is door de wijziging erop achteruit gegaan. Sinds 2009 zijn meer verzekeraars gebruik gaan maken van de mogelijkheid om in het eigen risico te differentiëren. Zo had risicodrager 1 in artikel 7.3 van de polisvoorwaarden bepaald dat het eigen risico niet geldt voor een aantal zorgaanbieders en zorgarrangementen. Risicodrager 2 kent deze mogelijkheid niet. Bovendien is de premie van risicodrager 2 hoger dan die van risicodrager 1. Daarnaast gevraagd, bevestigt verzoekster dat zij destijds een ongedateerde brief heeft ontvangen ter zake van de overgang van risicodrager. Volgens de Gedragscode is het gebruik van de negatieve optie in dit geval niet toegestaan. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft zich ook uitgelaten over de negatieve optie. Inmiddels is verzoekster weer verzekerd bij risicodrager 1. Gevraagd naar de rechtsgevolgen die moeten worden verbonden aan haar stellingen, antwoordt verzoekster dat het eigen risico aan haar moet worden vergoed, omdat zij bij risicodrager 1 hiervoor een vrijstelling had voor zover het de kosten van medisch specialistische zorg uit het B-segment betrof. Daarnaast heeft zij een te hoge premie betaald, en zij wil het verschil terug. Belangrijker is dat de overgang van risicodrager 1 naar risicodrager 2 nietig wordt verklaard. Verzoekster benadrukt dat als zij goed was geïnformeerd, zij direct zou hebben gekozen voor risicodrager 1.
- 4.6. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de gevolmachtigde
- 5.1. Het verplicht eigen risico geldt voor alle zorgvormen die ten laste van de zorgverzekering worden vergoed, met uitzondering van huisartsenzorg, zorg in verband met zwangerschap, bevalling en kraambed, en mondzorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar. De onderhavige medisch specialistische zorg is ten laste van de zorgverzekering vergoed. De kosten hiervan zijn derhalve terecht verrekenend met het nog openstaande verplicht eigen risico.
- 5.2. Verzoekster heeft in het verleden een contract gesloten met de gevolmachtigde. Tot en met 2011 was de verzekering ondergebracht bij risicodrager 1. De gevolmachtigde heeft ervoor gekozen voor de kalenderjaren 2012 en 2013 van risicodrager te veranderen en is overgestapt naar risicodrager 2. Verzoekster had de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering afgesloten via een assurantiemakelaar die zijn verzekerden collectief heeft ondergebracht bij de gevolmachtigde. De uitvoering, verwerking, uitbetaling van alle declaraties en het versturen van zorgpolissen werden verzorgd door de gevolmachtigde. De respectievelijke risicodragers droegen het verzekeringstechnische risico. De gevolmachtigde bleef in alle gevallen het aanspreekpunt en de volledige uitvoerder van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 5.3. Verzoekster is op 20 november 2011 per brief geïnformeerd over de wijziging van risicodrager. Zij is in de gelegenheid gesteld de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering op te zeggen, maar dit heeft zij niet gedaan. Indien de zorgverzekering en/of de aanvullende

 ziektekostenverzekering niet worden opgezegd vóór 1 januari, vindt stilzwijgend verlenging plaats voor de duur van één kalenderjaar.

-  5.4. Verzoekster is niet gedupeerd door de 'overstap'. Als deze niet had plaatsgevonden, was verzoekster in 2012 en 2013 het betreffende verplicht eigen risico ook verschuldigd geweest. Het verplicht eigen risico is in beide jaren volledig vol gemaakt.
-  5.5. De tarieven van de DBC's die onder het A-segment vallen, worden door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) vastgesteld. De tarieven van de DBC's die onder het B-segment vallen, komen tot stand door onderhandeling tussen de ziektekostenverzekeraar (i.c. de risicodragers) en het ziekenhuis. Dit onderscheid geldt zowel voor de oude als de nieuwe risicodragers. De in 2011 ondergane behandelingen vielen alle onder het A-segment. Daarom zijn in 2011 geen kosten van een DBC uit het B-segment ten laste van het verplicht eigen risico 2011 gebracht. De behandelingen uit 2012 en 2013 vielen met name onder het B-segment. De gevolmachtigde merkt nog op dat in 2012 en 2013 de tarieven van de betreffende DBC's bij risicodragers 2 wat lager waren dan die bij risicodragers 1.
-  5.6. Anders dan verzoekster stelt, heeft zij in 2010 en 2011 ook het verplicht eigen risico betaald voor een 'DBC-declaratie' en laboratoriumkosten.
-  5.7. De stelling van verzoekster ter zake van de uitsluiting van het verplicht eigen risico van vóór 2012 is niet correct. Het arrangement waar zij naar verwijst is nooit van toepassing geweest op zorg onder de DBC-systematiek valt.
-  5.8. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar herhaald dat verzoekster via een assurantietussenpersoon was verzekerd. Destijds heeft deze tussenpersoon de gevolmachtigde verzocht te kijken naar de verzekeraar met de laagste premie. Risicodragers 2 bood de verzekering met de laagste premie, en daarom zijn de polissen van deze assurantietussenpersoon overgezet naar risicodragers 2.
Gevraagd naar hetgeen destijds aan de betrokken verzekerden is medegedeeld, antwoordt de gevolmachtigde dat zij zijn ingelicht over de wijziging van risicodragers, de hoogte van de premie en de wettelijke maatregelen.
In reactie op de stelling dat verzoekster voorbij risicodragers 1 heen geen eigen risico had, antwoordt de gevolmachtigde dat dit niet correct is. Ook voorheen was het eigen risico van toepassing.
-  5.9. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

 6. De bevoegdheid van de commissie

-  6.1. Gelet op de artikelen 17 van de zorgverzekering en 7 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 (i) of de gevolmachtigde zonder toestemming van verzoekster haar verzekeringen heeft gewijzigd, waardoor deze overgang nietig is, en (ii) of de gevolmachtigde gehouden is het over de jaren 2012 en 2013 in rekening gebrachte verplicht eigen risico, voor zover dit betrekking heeft op een DBC uit het B-segment, kwijt te schelden, en (iii) het door verzoekster berekende verschil in premie over de jaren 2012 en 2013 aan haar te betalen bij wijze van schadevergoeding.

 8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

- 8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.
- 8.2. De zorgverzekering betreft een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen 18.1 e.v. van de zorgverzekering.
- 8.3. Artikel 18.12 van de zorgverzekering (2012 en 2013) bepaalt dat aanspraak bestaat op medisch-specialistische zorg.
- 8.4. Artikel 5 van de zorgverzekering 2012 regelt het verplicht eigen risico en luidt, voor zover hier van belang:
- “5.1 Voor iedere verzekerde van achttien jaar of ouder geldt een verplicht eigen risico van € 220,- aan kosten van zorg of overige diensten die voor rekening van verzekerde blijft.
Op het verplichte eigen risico zijn niet van toepassing:*
- de kosten van het gebruik van zorg zoals huisartsen die plegen te bieden, met uitzondering van de kosten van met deze zorg samenhangend onderzoek dat elders wordt verricht en apart in rekening wordt gebracht, op voorwaarde dat de betreffende persoon of instelling gerechtigd is het daartoe door de NZa vastgestelde tarief in rekening te brengen,*
 - de kosten van verloskundige zorgen kraamzorg,*
 - de kosten van nacontroles van levende donoren van een nier of lever ten behoeve van nier- of levertransplantaties. Het gaat om die controles, die ten laste van de zorgverzekering van de donor komen. Dit zijn de nacontroles die plaatsvinden nadat een periode van 13 weken, respectievelijk een half jaar zijn verstreken,*
 - de kosten van ketenzorg bij diabetes, vasculair risicomanagement en COPD. Onder ketenzorg wordt verstaan zorg die wordt bekostigd met toepassing van de op grond van de Wet Marktordening Gezondheidszorg vastgestelde beleidsregel voor de prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen.”*
- In 2013 was een vergelijkbare bepaling opgenomen in artikel 5 van de zorgverzekering. In dat jaar gold een verplicht eigen risico van € 350,--.
- 8.5. In artikel 16.2 van de zorgverzekering (2012) is de duur van de verzekering geregeld. Hierin is bepaald dat de zorgverzekering vóór 31 december van ieder jaar kan worden opgezegd met ingang van 1 januari van het volgende kalenderjaar. Indien de zorgverzekering niet (tijdig) is opgezegd, vindt stilzwijgend verlenging plaats voor de duur van één kalenderjaar.
- 8.6. De artikelen 5, 16.2 en 18.12 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.7. Artikel 11 lid 1 onderdeel a Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.
Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.
Het verplicht eigen risico is geregeld in de artikelen 19, 21 en 23 Zvw en nader uitgewerkt in de artikelen 2.17, 2.18 en 2.19 Bzv.
- 8.8. 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.

- 8.9. Artikel 6:217 BW regelt de totstandkoming van een overeenkomst, en luidt, voor zover hier van belang:

*"1 Een overeenkomst komt tot stand door een aanbod en de aanvaarding daarvan.
(...)"*

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de wijziging van de verzekering

- 9.1. Verzoekster heeft op enig moment, via een assurantiemakelaar, een overeenkomst gesloten met de gevolmachtigde. De gevolmachtigde heeft met ingang van 2012 het verzekeringstechnische risico, op verzoek van de assurantiemakelaar - die in dit verband optreedt als vertegenwoordiger van verzoekster - ondergebracht bij een andere partij, risicodragers 2, maar is daarbij zelf verantwoordelijk gebleken voor de uitvoering van de verzekering. Verzoekster is hierover bij brief van 20 november 2011 geïnformeerd. Daarnaast is in november 2011 aan verzoekster het polisblad voor 2012 gestuurd. Op dit polisblad staan de naam van risicodragers 2 en de naam van de betreffende zorgverzekering vermeld. Op het polisblad staan dezelfde aanvullende ziektekostenverzekeringen vermeld als in 2011. Verzoekster had haar verzekeringen, al dan niet met tussenkomst van haar assurantiemakelaar, vóór 1 januari 2012 bij de gevolmachtigde kunnen opzeggen, maar heeft dit niet gedaan. Op het polisblad van 2013 staan de naam van risicodragers 2 en de naam van de betreffende zorgverzekering vermeld, alsmede de naam van de - gewijzigde - aanvullende ziektekostenverzekering. Verzoekster had haar verzekering vóór 1 januari 2013 eveneens bij de gevolmachtigde kunnen opzeggen, maar heeft dit ook toen niet gedaan.
- 9.2. De stelling van verzoekster dat de gevolmachtigde haar verzekeringen zonder haar toestemming heeft gewijzigd, is onjuist. Verzoekster heeft immers, via haar assurantiemakelaar, een overeenkomst afgesloten met de gevolmachtigde en deze situatie is bij de wijziging van risicodragers in 2012 niet veranderd. Het stond de gevolmachtigde vrij te besluiten de overeenkomst die hij met risicodragers 1 had gesloten te beëindigen en met risicodragers 2 een overeenkomst aan te gaan. Dit raakt de contractuele verhouding tussen de gevolmachtigde en verzoekster niet. Zij is bovendien tijdig en schriftelijk over een en ander geïnformeerd. Daarbij is verzoekster in de gelegenheid gesteld haar verzekeringsrelatie met de gevolmachtigde te beëindigen. Dat verzoekster hiervan - om haar moverende redenen - geen gebruik heeft gemaakt, maakt het voorgaande niet anders.
- 9.3. Ten aanzien van het door verzoekster aangevoerde argument dat de dekking en de premie van de verzekering van risicodragers 2 niet exact gelijk zijn aan de dekking en de premie van de verzekering van risicodragers 1, en dat daarom de zogenoemde 'negatieve optie' niet mocht worden toegepast, merkt de commissie het volgende op. Zoals uit het vorenoverwogene blijkt, is geen sprake van een nieuwe overeenkomst met de gevolmachtigde en dus ook niet van het gebruik van de negatieve optie. Met betrekking tot het gestelde verschil in dekking en premie geldt dat ieder jaar de premie en/of de dekking van zowel de zorgverzekering als de aanvullende verzekeringen opnieuw worden vastgesteld, zodat deze per jaar kunnen verschillen. Verzekerden worden daarom na het bekend maken van de nieuwe premie en voorwaarden in de gelegenheid gesteld de zorgverzekering en/of de aanvullende verzekering te beëindigen en over te stappen naar een andere verzekeraar. Het lag op de weg van verzoekster zich, naar aanleiding van de door haar van de gevolmachtigde ontvangen informatie, te verdiepen in de wijzigingen in de overeenkomst. Het nalaten hiervan ligt in haar risicosfeer. Overigens is de commissie gebleken dat de premie voor de zorgverzekering van risicodragers 1 in 2012 € 108,25 per maand bedroeg en van risicodragers 2 € 107,40. De maandpremie van risicodragers 2 was derhalve in het jaar van de 'overstap' lager.

Voor zover het verzoek de wijziging van de verzekering met ingang van 2012 betreft, dient dit dan ook te worden afgewezen.

Ten aanzien van het verplichte eigen risico

- 9.4. Ingevolge artikel 5 van de zorgverzekering is verzoekster in 2012 respectievelijk 2013 maximaal € 220,- respectievelijk € 350,- aan verplicht eigen risico verschuldigd voor zorg en overige diensten die ten laste van de zorgverzekering komen. Tussen partijen is niet in geschil dat het eigen risico 2012 respectievelijk 2013 op het moment dat de onderhavige kosten werden gemaakt nog open stond. Voorts geldt dat de onderhavige kosten op grond van de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden niet zijn uitgesloten van de eigen risicoregeling. De ziektekostenverzekeraar heeft derhalve terecht de door middel van een DBC gedeclareerde kosten van medisch specialistische zorg ten laste van het eigen risico 2012 respectievelijk 2013 gebracht. De stelling van verzoekster dat deze kosten tot en met 2011 bij risicodragers 1 niet ten laste van het eigen risico kwamen - hetgeen door de gevolmachtigde gemotiveerd is bestreden - is in het kader van de beoordeling van de aanspraken in 2012 en 2013 niet relevant. Hierbij merkt de commissie op dat in het door verzoekster in dit verband aangehaalde artikel 7.3 van de polisvoorwaarden van risicodragers 1 uit 2011 is bepaald dat risicodragers 1 *de mogelijkheid heeft* om zorgaanbieders aan te wijzen waarvoor geen of een gedeeltelijk bedrag aan verplicht eigen risico is verschuldigd. Het betreft hier dus nadrukkelijk een 'kan'-bepaling. Door verzoekster is evenwel niet aannemelijk gemaakt dat door risicodragers 1 van deze mogelijkheid gebruik is gemaakt en dat de door haar genoten zorg onder toepassing van voornoemd artikel inderdaad door risicodragers 1 was vrijgesteld van het eigen risico. Kwijtschelding van het eigen risico 2012 en 2013 is zodoende niet aan de orde.

Schadevergoeding

- 9.5. Ten aanzien van het door verzoekster bij wijze van compensatie gevorderde bedrag van € 1.467,08 overweegt de commissie als volgt. Aangezien de primaire vordering wordt afgewezen, dient ook het verzoek om schadevergoeding te worden afgewezen.

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, 11 januari 2017,

J.A.M. Strens-Meulemeester