



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A, vertegenwoordigd door B, beiden te C, tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem
Zaak : Geneeskundige zorg, medisch-specialistische zorg, niet-gecontracteerde zorgaanbieder,
hoogte vergoeding, telefonische toezegging, misleiding
Zaaknummer : 201601963
Zittingsdatum : 22 februari 2017



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



(Voorwaarden zorgverzekering 2015, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.4 Bzv)

1. Partijen

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

tegen

VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 
- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de zorgverzekeraar 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 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 
- 3.1. Verzoekster heeft bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op volledige vergoeding van de kosten van een knieoperatie ten bedrage van € 9.385,10 (verder: de aanspraak). De zorgverzekeraar heeft een gedeeltelijke vergoeding uitgekeerd van € 4.364,71. Bij telefonisch contact van 12 juli 2016 heeft de zorgverzekeraar aan de echtgenoot van verzoekster medegedeeld een nabetaling van 25% van het marktconforme tarief, zijnde een bedrag van € 2.182,36, te doen, hetgeen is bevestigd bij brief 27 juli 2016.
- 
- 3.2. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de zorgverzekeraar.
- 
- 3.3. Bij brief van 3 november 2016 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig in te willigen, 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 zorgverzekeraar 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 zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 25 januari 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. De zorgverzekeraar heeft hierin toegezegd een aanvullende vergoeding te verlenen van € 327,84. Een afschrift hiervan is op 26 januari 2017 aan verzoekster gezonden, waarbij haar is gevraagd of het geschil, met de door de zorgverzekeraar toegezegde aanvullende vergoeding, is opgelost. Verzoekster heeft de commissie op 30 januari 2017 telefonisch medegedeeld dat het geschil niet is opgelost. De commissie heeft daarom bij brief van 30 januari 2017 aan de zorgverzekeraar medegedeeld dat het geschil hiermee nog niet is opgelost en dat de procedure wordt voortgezet naar de stand van dat moment.
- 
- 

 3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster en de zorgverzekeraar hebben op respectievelijk 2 en 8 februari 2017 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.

 3.7. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10 lid 9 van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat de onderhavige zaak enkelvoudig wordt afgedaan.

 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 zorgverzekeraar zijn op 22 februari 2017 telefonisch gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

 4.1. Verzoekster is sinds 2012 bij de zorgverzekeraar verzekerd op grond van de zorgverzekering. Dit is een 'normale' basisverzekering. Jaarlijks ontvangt verzoekster hiervan een bevestiging, in de vorm van het polisblad dat door de zorgverzekeraar is opgemaakt. Op 1 oktober 2015 is verzoekster aan haar knie geopereerd in het Slingeland Ziekenhuis. Het ziekenhuis heeft meer dan 50% van de totale kosten bij verzoekster in rekening gebracht. Blijkens de toelichting van het ziekenhuis komen deze kosten voor rekening van verzoekster omdat zij bij de zorgverzekeraar een 'budgetpolis' heeft afgesloten. Verzoekster vindt het onbegrijpelijk dat meer dan de helft van het totale bedrag van de operatie voor haar rekening blijft. Verzoekster en haar echtgenoot hebben jarenlang in de veronderstelling verkeerd dat zij verzekerd waren op grond van een 'normale' basisverzekering. Nu wordt hen ineens tegengeworpen dat het gaat om een 'budgetpolis'. De echtgenoot van verzoekster heeft hierover een klacht ingediend bij de zorgverzekeraar. Verzoekster voelt zich bedrogen en verkeerd geïnformeerd. De zorgverzekeraar heeft hierop telefonisch contact met de echtgenoot van verzoekster opgenomen. Tijdens dit contact is toegezegd dat verzoekster een tegemoetkoming zou ontvangen van 50% van het nog openstaande bedrag. Verzoekster heeft twee weken na het telefonisch contact van de zorgverzekeraar een nabetaling ontvangen van 43% van het nog openstaande bedrag. Dit bedrag is in dank aanvaard, maar verzoekster blijft van mening dat de zorgverzekeraar gehouden is het totale bedrag te vergoeden. Daarnaast is de zorgverzekeraar verzocht de polis tussentijds te wijzigen, hetgeen echter niet mogelijk bleek. Het is voor verzoekster niet duidelijk waarom dit pas met ingang van het volgende kalenderjaar mogelijk is. Tot slot merkt verzoekster op dat op het polisblad voor 2017, dat zij eind november 2016 van de zorgverzekeraar ontving, het volgende is vermeld: *'Kijk na of uw zorgaanbieder een contract heeft voor de zorg die u nodig hebt. Dat doet u eenvoudig op www.bewuzt.nl/vergelijk-en-kies*. Indien de zorgverzekeraar voorgaande regel ook de afgelopen vier jaar op het polisblad had vermeld, had zij zich elders laten opereren en had nu geen geschil bestaan tussen verzoekster en de zorgverzekeraar.

 4.2. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat de zorgverzekeraar niet reageert op de vraag die voorligt, te weten dat niet duidelijk is gecommuniceerd welke zorgverzekering verzoekster heeft. Sinds 2012 is op de polisbladen alleen vermeld dat het een 'basisverzekering' betreft, maar kennelijk was al jaren sprake van een 'budget selectief verzekering'. Dit was haar eerder niet duidelijk.

Verzoekster begrijpt niet waarom de zorgverzekeraar denkt dat zij akkoord zou gaan met een vergoeding van 50 percent van de resterende kosten.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

- 5.1. Verzoekster was in 2015 verzekerd op grond van de zorgverzekering bij het label 'Bewuzt'. De zorgverzekeraar biedt voor het label Bewuzt één basisverzekering aan. Dit is geen budget- of selectief polis. Om een relatief lage premie te kunnen aanbieden, heeft de zorgverzekeraar er onder andere voor gekozen om slechts met een beperkt aantal ziekenhuizen een contract af te sluiten. Ook zijn sommige behandelingen in de contracten net bepaalde ziekenhuizen uitgesloten. In de polisvoorwaarden van de zorgverzekering is opgenomen dat wanneer een verzekerde gebruik maakt van zorg bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, deze een vergoeding ontvangt van maximaal 50% van het geldende Wmg-tarief (artikel 1.4 zorgverzekering).
- 5.2. Verzoekster is in 2015 in het Slingelandziekenhuis geopereerd aan de knie. Het ziekenhuis heeft DBC-zorgproduct 131999104 gedeclareerd met de omschrijving: *"Implanteren van een knieprothese tijdens een ziekenhuisopname bij een ziekte van botspierletsel"*. De ingangsdatum van de DBC is 1 oktober 2015 en de einddatum is 24 november 2015. In 2015 was het Slingelandziekenhuis niet gecontracteerd voor knieoperaties. Op basis van de 'Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgaanbieders 2015' heeft verzoekster aanspraak op een maximale vergoeding van € 4.364,72 voor de uitgevoerde knieoperatie. Dit bedrag is vergoed. Nadat de echtgenoot van verzoekster een klacht had ingediend bij de zorgverzekeraar, is besloten verzoekster tegemoet te komen. Conform een arrest van de Hoge Raad over het hinderpaalcriterium bij de vergoeding van niet-gecontracteerde zorg, is een nabetaling van € 2.182,36 gedaan. Hierdoor bedraagt de totale vergoeding 75% van het marktconforme tarief. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar kenbaar gemaakt hem 'zeer erkentelijk' te zijn voor de geboden oplossing. De zorgverzekeraar meent dat de klacht met de nabetaling geheel en naar tevredenheid was afgewikkeld. Uit de contactregistraties blijkt niet dat aan de echtgenoot van verzoekster een toezegging is gedaan over volledige vergoeding van de kosten. De zorgverzekeraar ziet geen aanleiding verzoekster nog verder tegemoet te komen door de volledige kosten te vergoeden. Verzoekster had kunnen nagaan dat een maximumvergoeding gold voor de knieoperatie. Evenmin heeft zij voorafgaand aan de operatie contact met de verzekeraar opgenomen.
- 5.3. De zorgverzekeraar merkt nog op dat, nu hij voor het label 'Bewuzt' maar één zorgverzekering aanbiedt, het niet mogelijk is om bij dit label tussentijds van verzekering te wijzigen.
- 5.4. Bij brief van 25 januari 2017 heeft de zorgverzekeraar aan de commissie medegedeeld alsnog een voorstel te willen doen aan verzoekster. Tijdens het telefoongesprek van 12 juli 2016 heeft de zorgverzekeraar toegezegd 50 percent van de kosten die voor rekening van verzoekster waren gebleven aan haar te vergoeden. De kosten voor eigen rekening bedroegen € 5.020,39. De zorgverzekeraar heeft vervolgens € 2.182,36 aan verzoekster betaald, terwijl 50 percent van de kosten voor eigen rekening neerkomt op € 2.510,20. Het verschil bedraagt € 327,84. De zorgverzekeraar biedt aan dit verschil aan haar over te maken. Ook het door verzoekster betaalde entreegeld voor de onderhavige procedure zal aan haar worden vergoed. De zorgverzekeraar merkt hierbij op dat de echtgenoot van verzoekster in de brief van 13 juli 2016 heeft medegedeeld akkoord te gaan met een vergoeding van 50 percent van de kosten die voor eigen rekening komen.
- 5.5. Ter zitting is door de zorgverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat in eerste instantie een vergoeding is verleend op grond van de zorgverzekering die verzoekster op dat moment had. Bij de zorgverzekering is er keuze tussen natura en restitutie. Als wordt gekozen voor een naturaverzekering ligt het voor de hand dat gebruik wordt gemaakt van gecontracteerde ziekenhuizen. Indien zorg wordt afgenomen bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een lagere vergoeding. Verzoekster heeft gebruik gemaakt van een niet-gecontracteerd ziekenhuis, daarom is een deel van de kosten voor haar rekening gebleven. In totaal is een bedrag van 75% van het gemiddeld gecontracteerde tarief vergoed.

De zorgverzekeraar merkt op dat niet de naam van de zorgverzekering bepalend is voor de aard van de verzekering, maar de geldende polisvoorwaarden.
Daarnaar gevraagd, antwoordt de zorgverzekeraar dat het marktconforme tarief voor de onderhavige ingreep € 8.729,42 bedraagt.

5.6. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 10 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 zorgverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig in te willigen, 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 gecontracteerde zorg van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 tot en met 37 van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 15 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“Artikel 15. Medisch specialistische zorg

Omschrijving

U hebt recht op geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten deze plegen te bieden (...).

Let op

Wij hebben op basis van kwaliteitscriteria voor goede zorg de zorgaanbieders gecontracteerd. Dit betekent dat wij bepaalde medisch specialistische zorg alleen inkopen bij zorgaanbieders die voldoen aan deze criteria. Dat geldt met name voor:

(...)

5. knie vervanging;

(...)

Het kan zijn dat het dichtstbijzijnde ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum niet door ons in gecontracteerd voor deze zorg.

Wilt u weten met welke zorgaanbieder wij een contract hebben gesloten voor welke zorg? U vindt deze informatie op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

(...)”.

- 8.4. In artikel 1 lid 4 is bepaald wat de gevolgen zijn indien een verzekerde kiest voor een zorgaanbieder die voor de betreffende zorg niet door de zorgverzekeraar is gecontracteerd. De betreffende passage luidt:

"1.4 Vergoeding voor zorg verleend door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Dan kan het zijn dat u een deel van de nota zelf moet betalen. De kosten van zorg vergoeden wij tot maximaal 50% van de gemiddelde tarieven, zoals deze voor de betreffende vormen van zorg zijn overeengekomen met de betreffende zorgaanbieders. Als er voor de betreffende zorg geen tarieven met zorgaanbieders zijn afgesproken en er gelden wettelijke Wmg-tarieven, dan worden de kosten vergoed tot maximaal 50% van de Wmg-tarieven.

U vindt de maximale vergoedingen in de Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgaanbieders. Deze lijst vindt u op onze website. Bij de vaststelling van de maximale tarieven is geen rekening gehouden met een eigen risico of eigen bijdrage. Deze bedragen worden nog in mindering gebracht op de maximale vergoeding. (...)"

- 8.5. De artikelen 15 en 1 lid 4 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 lid 9 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.6. 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.
Medisch-specialistische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.
Artikel 13 Zvw regelt de aanspraak op vergoeding indien een verzekerde kiest voor een zorgaanbieder die niet door de zorgverzekeraar is gecontracteerd.
- 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 zorgverzekeraar 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

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Niet in geschil is dat een knieoperatie een verzekerde prestatie vormt onder de zorgverzekering en dat verzoekster hiervoor ten tijde van de ingreep een indicatie had. Hetgeen partijen verdeeld houdt is de hoogte van de hiervoor door de zorgverzekeraar verleende vergoeding.
- 9.2. Vast staat dat verzoekster een naturaverzekering heeft, hetgeen betekent dat aanspraak bestaat op verstrekking van de verzekerde zorg en diensten waaraan zij behoefte heeft. Hierbij geldt als uitgangspunt dat zij gecontracteerde zorg dient te betrekken bij een door de zorgverzekeraar daartoe gecontracteerde zorgaanbieder. Indien niet-gecontracteerde zorg wordt betrokken bij een gecontracteerde zorgaanbieder geldt conform artikel 1 lid 4 van de zorgverzekering een lagere vergoeding. In artikel 1 lid 4 van de zorgverzekering is bepaald dat de vergoeding in dat geval maximaal 50 percent van de gemiddelde tarieven, zoals deze voor de betreffende vormen van zorg zijn overeengekomen met de betreffende zorgaanbieders bedraagt. Als voor de betreffende zorg

geen tarieven met zorgaanbieders zijn afgesproken, en er gelden wettelijke Wmg-tarieven, dan worden de kosten vergoed tot maximaal 50 percent van de Wmg-tarieven.

De knieoperatie die verzoekster heeft ondergaan betreft niet-gecontracteerde zorg bij een door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder. Dit betekent dat aanspraak bestaat op vergoeding van 50 percent van de kosten van het voor de betreffende zorg gecontracteerde tarief. Uit de door de zorgverzekeraar overgelegde 'Lijst maximale vergoeding niet-gecontracteerde zorgaanbieders 2015', blijkt dat bij DBC-zorgproductcode 131999104, 50 percent van het gemiddeld gecontracteerde tarief € 4.364,72 bedraagt. Dit bedrag is aanvankelijk door de zorgverzekeraar vergoed.

- 9.3. De zorgverzekeraar heeft nadien verwezen naar het 'hinderpaalcriterium' en het door de Hoge Raad hierover gewezen arrest van 11 juli 2014 (ECLI:NL:HR:2014.1646).

De commissie heeft de lijn van de Hoge Raad in zijn eerdere bindende adviezen gevolgd. Dit betekent dat voor zorg verleend door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder in Nederland en de andere lidstaten van de Europese Unie, geldt dat een vergoeding van minimaal 75 percent van het wettelijke dan wel het gecontracteerde tarief geen feitelijke hinderpaal oplevert, althans zolang dit percentage binnen de markt breed wordt gedragen. De zorgverzekeraar heeft verklaard dat het marktconforme tarief € 8.729,42 bedraagt. Verzoekster heeft dit niet dan wel onvoldoende gemotiveerd bestreden, daarom neemt de commissie dit als vaststaand aan.

De zorgverzekeraar heeft in eerste instantie € 4.364,72 aan verzoekster vergoed. Vervolgens is een bedrag van € 2.182,36 aan verzoekster nabetaald. Bij brief van 25 januari 2017 is toegezegd nog een nabetaling van € 327,84 aan verzoekster te verrichten. Hiermee komt de totale vergoeding op € 6.874,92. Dit is 78,76 percent van het marktconforme tarief, zodat de vraag of de vergoeding voor verzoekster een feitelijke hinderpaal oplevert, gelet op het voorgaande, negatief wordt beantwoord.

Telefonische toezegging

- 9.4. Verzoekster stelt dat de zorgverzekeraar aan haar echtgenoot telefonisch heeft toegezegd dat een nabetaling zou worden gedaan van 50 percent van de nog openstaande kosten van € 5.020,39. De zorgverzekeraar heeft een nabetaling van € 2.182,36 verricht, zodat volgens verzoekster feitelijk 43 percent van de openstaande kosten is nabetaald. De zorgverzekeraar heeft een zodanige toezegging bestreden, en door hem zijn contactregistraties overgelegd. Met betrekking tot de toezegging over de nabetaling is in de contactregistraties het volgende vermeld: *"Heb afgesproken met meneer dat hij de nota die hij heeft ontvangen naar mij stuurt en dat ik van [het] marktconforme tarief 75% vergoed ipv 50% wat het ziekenhuis nu heeft ontvangen"*.

De commissie is van oordeel dat uit de contactregistraties niet volgt dat door de zorgverzekeraar is toegezegd dat 50 percent van de nog openstaande kosten zou worden vergoed. De zorgverzekeraar heeft toegezegd dat verzoekster van de nota een totale vergoeding van 75 percent van het gemiddeld gecontracteerde tarief zou ontvangen. Gezien hetgeen onder 9.1 en 9.2 is overwogen, stelt de commissie vast dat de zorgverzekeraar hetgeen telefonisch aan de echtgenoot van verzoekster is toegezegd, is nagekomen en dat aan verzoekster, vanwege de hiervoor reeds uitgezette gronden, geen hogere vergoeding toekomt.

Misleiding

- 9.5. Verzoekster voelt zich door de zorgverzekeraar misleid en onjuist geïnformeerd, nu zij eerst bij de vergoeding van de kosten van de knieoperatie werd geconfronteerd met het feit dat zij een 'budgetpolis' heeft afgesloten, terwijl zij jarenlang in de veronderstelling verkeerde dat zij een 'normale' basisverzekering had afgesloten.

Dienaangaande overweegt de commissie dat de polis een bevestiging is van de door verzoekster afgesloten verzekering (art. 7:925 lid 1 BW). Op het polisblad dat verzoekster van de zorgverzekeraar ontvangt is onder 'Pakketomschrijving' vermeld dat het een Basisverzekering betreft. Voorts heeft de zorgverzekeraar toegelicht dat hij onder het label 'Bewuzt' één verzekering aanbiedt: de Basisverzekering. Verzoekster had dit kunnen opmaken uit de voorwaarden van de zorgverzekering, waarbij mag worden verondersteld dat verzoekster hiervan kennis heeft genomen. De stelling van verzoekster treft, gelet op het voorgaande, geen doel. Dat de zorgverzekeraar op het

polisblad voor 2017 heeft vermeld: *'Kijk na of uw zorgaanbieder een contract heeft voor de zorg die u nodig hebt'*, kan worden gezien als een vorm van service van de zorgverzekeraar waartoe geen verplichting bestaat. De opmerking van verzoekster dat het geschil met de zorgverzekeraar niet was ontstaan indien de zorgverzekeraar het voorgaande ook op de polisbladen van eerdere jaren had vermeld, neemt de commissie voor kennisgeving aan.

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, 22 maart 2017,

H.A.J. Kroon