

# **ANONIEM BINDEND ADVIES**

Partijen : Mevrouw A te B, tegen C te D  
Zaak : Geneeskundige zorg, stoppen met roken, eigen risico  
Zaaknummer : 2013.00717  
Zittingsdatum : 4 december 2013

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden zorgverzekering 2011, artt. 10, 11, 19, 20, 21 en 23 Zvw, 2.5b, 2.17 en 2.18 Bzv)

---

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

C te D, 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 basis van de Beter Af Polis (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. Bij brief van 8 juni 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat zij een bedrag van € 242,-- aan hem is verschuldigd voor het verplicht en vrijwillig eigen risico 2011 in verband met de kosten van deelname aan een stoppen-met-rokenprogramma.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 21 april 2013 heeft de zorgverzekeraar 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 zorgverzekeraar.
- 3.4. Bij e-mailbericht van 15 augustus 2013 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de kosten van het stoppen-met-rokenprogramma niet ten laste van het verplicht en vrijwillig eigen risico 2011 te brengen (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 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.
- 3.6. De zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 14 oktober 2013 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 17 oktober 2013 aan verzoekster gezonden.

3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster en de zorgverzekeraar hebben op respectievelijk 18 oktober en 19 november 2013 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden.

3.8. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 4 december 2013 telefonisch gehoord.

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

4.1. Verzoekster heeft zich begin 2011 aangemeld voor een stoppen-met-rokenprogramma bij Meditel. Op 19 januari 2011 heeft zij een intakegesprek gehad waarna op 4 februari 2011 een vervolgspraak is gepland. Tijdens dit laatste consult, dat niet langer dan vijf minuten heeft geduurd, heeft verzoekster medegedeeld het stoppen-met-rokenprogramma te willen beëindigen aangezien het voorgestelde programma niet bij haar past.

4.2. Op 7 februari 2011 heeft verzoekster de zorgverzekeraar bericht dat de factuur van Meditel niet zonder meer mocht worden vergoed om reden dat het onredelijk zou zijn ter zake van het programma het volledige bedrag in rekening te brengen voor twee consulten van elk maximaal vijf minuten. Ondanks dit bericht heeft de zorgverzekeraar zonder met verzoekster te overleggen de factuur ten bedrage van € 242,- aan Meditel vergoed. Voorts heeft de zorgverzekeraar genoemd bedrag verrekend met het op dat moment nog openstaande verplicht en vrijwillig eigen risico 2011. Verzoekster vindt het gedeclareerde bedrag buitensporig hoog en in geen verhouding staan tot de geleverde zorg.

4.3. Ter zitting heeft verzoekster haar eerder ingenomen standpunten herhaald.

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

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

5.1. De zorgverzekeraar heeft van Meditel een declaratie ten bedrage van € 242,- ontvangen. Het betrof een deelname aan het stoppen-met-rokenprogramma in de periode van 11 januari 2011 tot en met 4 februari 2011. In dat jaar bedroeg het wettelijk eigen risico € 170,-. Daarnaast had verzoekster in 2011 gekozen voor een vrijwillig eigen risico van € 400,-. De kosten van het stoppen-met-rokenprogramma worden vergoed ten laste van de zorgverzekering. Voordat deze kosten worden vergoed, vindt een correctie met het eigen risico plaats. Ten tijde van deze declaratie was reeds een bedrag van totaal € 55,46 in mindering gebracht op het verplicht eigen risico 2011. De kosten ter hoogte van € 242,- zijn daarom eerst verrekend met het resterende verplicht eigen risico (€ 114,54) en daarna met het door verzoekster gekozen vrijwillig eigen risico (€ 127,46).

5.2. De stelling van verzoekster dat zij niet is gestart met het stoppen-met-rokenprogramma is onjuist omdat artikel 4.2 van de Beleidsregel BR/CU-7019 van de Nederlandse Zorgautoriteit bepaalt dat het eerste contact de startdatum voor de prestatie is.

5.3. Ter zitting is door de zorgverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat in tegenstelling tot hetgeen verzoekster stelt wel degelijk is gereageerd. Zo is Meditel op 12 oktober 2012 op de zaak ingegaan en deze was daarvoor al in behandeling bij de zorgverzekeraar.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 16 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 ter zake van het stoppen-met-rokenprogramma terecht een bedrag van € 242,- ten laste van het op dat moment nog openstaande verplicht en vrijwillig eigen risico 2011 van verzoekster heeft gebracht.

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 mixpolis, zodat de verzekerde voor bepaalde zorgvormen is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners en voor andere zorgvormen kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg.

Artikel 24 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op het stoppen-met-rokenprogramma bestaat, en luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

**“Artikel 24 Stoppen-met-roken-programma**

*Wij vergoeden maximaal eenmaal per kalenderjaar de kosten van een stoppen-met-rokenprogramma met als doel te stoppen met roken.*

*Het stoppen-met-roken-programma bestaat uit:*

- erkende gedragsmatige ondersteuning zoals huisartsen, medisch specialisten, klinisch psychologen en verloskundigen die plegen te bieden, zoals korte ondersteunende interventies en de intensieve op gedragsverandering gerichte interventies.*
- en eventueel in combinatie met de noodzakelijke farmacotherapeutische ondersteuning met nicotinevervangende geneesmiddelen, nortriptyline en bupropion.*

*Wanneer u een programma volgt bij een hiervoor niet door ons gecontracteerde zorgverlener, dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een hiervoor gecontracteerde zorgverlener. Een lijst met gecontracteerde zorgverleners en een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet gecontracteerde zorgverleners kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.*

*Voorwaarden*

- U moet zijn doorwezen door een huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist of verloskundige.*
- Farmacotherapie wordt uitsluitend vergoed in combinatie met gedragsmatige ondersteuning. (...)*

8.3. De artikelen 7 en 8 van de ‘Algemene voorwaarden’ van de zorgverzekering zien op het verplicht en vrijwillig gekozen eigen risico, en luiden, voor zover hier van belang, als volgt:

**“Artikel 7 Verplicht eigen Risico**

7.1 Voor iedere verzekerde die premie verschuldigd is voor de basisverzekering, is het verplicht eigen risico van toepassing. De hoogte van het verplicht eigen risico bedraagt € 170,- per verzekerde per kalenderjaar.

7.2 Het verplicht eigen risico wordt in mindering gebracht op de vergoeding waarop volgens de basisverzekering aanspraak kan worden gemaakt.  
(...)"

#### **"Artikel 8 Vrijwillig gekozen eigen Risico**

8.1 Per kalenderjaar kan een verzekerde van 18 jaar en ouder al dan niet kiezen voor een vrijwillig gekozen eigen risico. De basisverzekering kan worden afgesloten zonder vrijwillig gekozen eigen risico of voor verzekerden van 18 jaar en ouder met een vrijwillig gekozen eigen risico van € 100,-, € 200,-, € 300,-, € 400,- of € 500,- per kalenderjaar. Bij de keuze voor een vrijwillig gekozen eigen risico geldt een premiekorting. Het overzicht waarin deze premiekortingen staan vermeld maakt onderdeel uit van deze polis.

8.2 Het per verzekerde vrijwillig gekozen eigen risico wordt in mindering gebracht op de vergoeding waarop volgens de basisverzekering aanspraak kan worden gemaakt.  
(...)"

- 8.4. De artikelen 7, 8 en 24 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.5. Artikel 11, lid 1, onderdeel b 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 vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.  
Het stoppen-met-rokenprogramma is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.5b Bzv.
- 8.6. De verschuldigdheid van het wettelijk verplicht eigen risico en de mogelijkheid tot het afsluiten van een vrijwillig eigen risico zijn geregeld in de artikelen 18a, 19, 20 en 21 (oud) Zvw en verder uitgewerkt in de artikelen 2.17 en 2.18 (oud) Bzv.  
Artikel 23 Zvw luidt, voor zover hier van belang:  
*"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

## **Ten aanzien van de zorgverzekering**

- 9.1. Verzoekster is ingevolge de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden voor het jaar 2011 een bedrag van maximaal € 170,- aan wettelijk verplicht eigen risico verschuldigd voor zorg die ten laste van de zorgverzekering komt. Daarnaast heeft verzoekster voor het jaar 2011 gekozen voor een vrijwillig eigen risico van maximaal € 400,-. Hiermee komt het totale eigen risico voor het jaar 2011 op maximaal € 570,-. Tussen partijen is niet in geschil dat dit eigen risico, behoudens een bedrag van totaal € 55,46, niet werd aangesproken. Voorts staat vast dat het onderhavige stoppen-met-rokenprogramma valt onder de zorgvormen waarop het eigen risico van toepassing is.
- 9.2. Uit het e-mailbericht van 12 oktober 2012 van Meditel blijkt dat het RookStopProgramma begint met een motivatietest. Vervolgens wordt geschikte kandidaten een intakegesprek aangeboden. Wanneer iemand tijdens of vlak na dit intakegesprek afziet van verdere deelname, worden bij een verzekerde geen kosten in rekening gebracht. Indien een verzekerde besluit verder te gaan, brengt Meditel bij de zorgverzekeraar een vast bedrag in rekening, ongeacht de feitelijke duur of het werkelijk aantal afgenomen hulpmiddelen. Niet ter discussie staat dat verzoekster op 19 januari 2011 een intakegesprek heeft gehad en dat verzoekster op dat moment te kennen heeft gegeven het programma te willen voortzetten. Aangezien verzoekster pas bij het vervolgconsult heeft medegedeeld te willen stoppen met het programma, is correct gedeclareerd.
- 9.3. Hetgeen verzoekster heeft aangevoerd met betrekking tot de duur van het gesprek, het feit dat het alleen twee telefonische consulten betreft, en de omstandigheid dat de zorgverzekeraar de kosten zonder verzoekster te berichten heeft vergoed, maakt het voorgaande niet anders. De commissie acht de vordering, gelet op het voorgaande, voldoende onderbouwd door de zorgverzekeraar, en laatstgenoemde heeft het bedrag van € 242,- terecht ten laste gebracht van het verplicht en vrijwillig eigen risico 2011.

## **Conclusie**

- 9.4. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 18 december 2013,

Voorzitter