

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vs C te D
Zaak : no-claimteruggave
Zaaknummer : ANO06.51
Zittingsdatum : 27 september 2006

Zaak: ANO06.51, no-claimteruggave

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

(art. 22 Zvw, 2.18 Bzv)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen verzoekster,

tegen

C te D, hierna te noemen de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen het besluit van de zorgverzekeraar d.d. 23 juni 2006 inzake de verrekening van kosten van farmaceutische zorg bij de (tussentijdse) vaststelling van de no-claimteruggave.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1 Verzoekster is bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Basisverzekering Noord Nederland, een verzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), (hierna: de zorgverzekering).
- 3.2 Bij brief van 23 juni 2006 heeft de zorgverzekeraar verzoekster bericht dat het bedrag van de no-claimteruggave, na verwerking van de ingediende declaraties, is bepaald op € 36,13.
- 3.3 Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 13 juli 2006 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4 Bij brief van 1 augustus 2006 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is af te zien van het verrekenen van kosten van farmaceutische zorg bij de vaststelling van de no-claimteruggave.
- 3.5 Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, heeft verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 37,00 voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren.
- 3.6 De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie op 24 augustus 2006 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt.
- 3.7 Op 28 augustus 2006 is verzoekster een afschrift van de reactie van de zorgverzekeraar gezonden. Tevens zijn verzoekster en de zorgverzekeraar in de gelegenheid gesteld zich te doen horen.
- 3.8 Van de mogelijkheid zich te doen horen is door verzoekster en de zorgverzekeraar gebruik gemaakt. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 27 september 2006 telefonisch gehoord.

4. Het standpunt van verzoekster

- 4.1 Verzoekster is bekend met fibromyalgie en kampt met een tremor links. In verband met deze tremor heeft zij van haar huisarts en de behandelend neuroloog verschillende geneesmiddelen voorgeschreven gekregen. Verzoekster stelt dat geen van deze geneesmiddelen heeft geholpen. Zij meent als “proefkonijn” te zijn gebruikt en acht het daarom niet terecht dat de met de geneesmiddelen gemoeide kosten op de no-claimteruggave in mindering worden gebracht.
- 4.2 Verzoekster geeft aan dat zij een WAO-uitkering geniet en geconfronteerd wordt met diverse kosten, zoals tandartskosten en reiskosten, die voor haar rekening blijven. Zij vraagt in dat verband tevens aandacht voor het feit dat zij, in verband met de onderhavige procedure, een entreegeld heeft moeten betalen.

5. Het standpunt van de zorgverzekeraar

- 5.1 De zorgverzekeraar stelt zich op het standpunt dat de kosten van farmaceutische zorg tot de verzekerde prestaties behoren en dat deze als zodanig ten laste van de zorgverzekering zijn vergoed. Er is geen sprake van een uitzondering als genoemd in artikel 6, lid 11 van de zorgverzekering. De betreffende kosten zijn daarom in mindering gebracht op de no-claimteruggave.

6. De bevoegdheid van de commissie

Voor zover het onderhavige geschil betrekking heeft op de zorgverzekering, acht de commissie zich bevoegd daarvan kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. De commissie is daarentegen niet bevoegd ten aanzien van de aanvullende verzekering(en).

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1 Tussen partijen is met ingang van 1 januari 2006 een verzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het BW tot stand gekomen. Deze verzekeringsovereenkomst betreft een zorgverzekering. Een ‘zorgverzekering’ in de zin van artikel 1 onder d van de Zvw, dient te voldoen aan de wettelijke eisen van de Zorgverzekeringswet. De aard en omvang van de in de zorgverzekering op te nemen verzekerde prestaties is omschreven in Hoofdstuk 3, de artikelen 10 tot en met 14a van de Zvw en de daarop gebaseerde regelgeving, met name het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv). Slechts voor zover de verzekering voldoet aan de wettelijke eisen – dat wil zeggen niet meer en niet minder biedt – is sprake van een zorgverzekering en heeft de verzekerde, door deze verzekering te sluiten, voldaan aan de op hem rustende verzekeringsplicht. Met betrekking tot de in deze procedure aan de orde zijnde no-claimteruggave, overweegt de commissie het volgende.
- 7.2 In artikel 6, lid 1 van de zorgverzekering is bepaald dat indien de waarde van de verzekerde prestaties die in een kalenderjaar ten behoeve van een verzekerde zijn verstrekt, lager is dan het in lid 5 van de zorgverzekering genoemde bedrag, de verzekerde jegens de zorgverzekeraar recht heeft op een bedrag (de no-claimteruggave) dat gelijk is aan het verschil tussen het in lid 5 genoemde bedrag van € 255,00 en eerder bedoelde waarde. Vervolgens zijn in lid 11 bepaalde kosten voor de toepassing van lid 1 buiten beschouwing gelaten, die voor onderhavige geval niet relevant zijn.

- 7.3 De regeling van artikel 6 van de zorgverzekering is volgens artikel 2, lid 1, van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Bzv en de Rzv.
- 7.4 Ten aanzien van het aan de commissie voorgelegde geschil geldt het volgende. Artikel 22 lid 1 van de Zvw komt hierop neer dat indien de waarde van de verzekerde prestaties die in een kalenderjaar ten behoeve van een verzekerde zijn verstrekt, lager is € 255,00 (op grond van artikel 2.18 lid 1 Bzv), de verzekerde jegens de zorgverzekeraar recht heeft op een no-claimteruggave die gelijk is aan het verschil tussen het eerder genoemde bedrag en de waarde van de verzekerde prestaties. In artikel 2.18, eerste lid, van het Bzv is het hiervoor bedoelde bedrag vastgesteld op € 255,00.
- 7.5 De commissie constateert dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.6 Vervolgens stelt de commissie vast dat tussen partijen geen verschil van mening bestaat over de vraag of de gebruikte geneesmiddelen tot de verzekerde prestaties op basis van de zorgverzekering behoren.
- 7.7 Nu de kosten van de geneesmiddelen ten laste van de zorgverzekering zijn vergoed, en deze geneesmiddelen niet vallen onder de uitzondering van artikel 6 lid 11 van de zorgverzekering, meent de commissie dat de betreffende kosten op de no-claimteruggave in mindering mogen worden gebracht. Van een kennelijk door verzoekster bepleit criterium – dat verrekening op de no-claimteruggave slechts mogelijk is indien de geneesmiddelen ook effectief zijn gebleken – is in deze geen sprake.
De commissie tekent hierbij nog wel aan dat de omstreden vaststelling van de no-claimteruggave een voorlopig karakter heeft. De definitieve vaststelling zal als regel pas na afloop van het kalenderjaar kunnen plaatsvinden. Artikel 6 lid 13 van de zorgverzekering laat de mogelijkheid van een correctie achteraf dan ook uitdrukkelijk open.
- 7.8 Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
8. Het bindend advies
- 8.1 De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 27 september 2006

Voorzitter