

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, tegen C te D
Zaak : EU/EER, farmaceutische zorg, eigen risico
Zaaknummer : 2011.02705
Zittingsdatum : 12 september 2012

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2011, artt. 10, 11, 19 en 21 Zvw, 2.1, 2.8, 2.17 en 2.19 Bzv, 2.5 en bijlagen 1 en 2 Rzv)

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

C te B, 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 [naam zorgverzekeraar] Basispolis (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 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 vergoeding van de kosten van consulten bij een huisarts en van enkele geneesmiddelen, afgenomen in Frankrijk (hierna: de aanspraak). Verzoekster ontving van de zorgverzekeraar twee uitkeringsberichten, gedateerd 20 juni respectievelijk 5 juli 2011, waarop was vermeld dat een bedrag was gedeclareerd van € 1,--. Vergoeding werd afgewezen op de grond dat geen aanvullende verzekering was afgesloten.

3.2. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 16 september 2011 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld een bedrag van € 303,91 na te betalen. De zorgverzekeraar heeft hierbij aangetekend dat dit bedrag gedeeltelijk ten laste zou kunnen komen van het verplichte eigen risico van € 170,--, indien dit eigen risico nog niet (volledig) was vol gemaakt.

3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft ertoe geleid dat de zorgverzekeraar heeft besloten een bedrag van € 225,62 na te betalen.

3.4. Bij brief van 18 juni 2012 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is een aanvullende vergoeding te verlenen van € 78,71 (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 1 augustus 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 2 augustus 2012 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster en de zorgverzekeraar hebben op 9 respectievelijk 17 augustus 2012 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Door de zorgverzekeraar is een bedrag aan verplicht eigen risico ingehouden van € 152,73, zodat nog € 17,27 resteerde. Op 3 oktober 2011 is door de zorgverzekeraar een bedrag ingehouden van € 17,27, zonder daarbij een naam van de verzekerde of een klantnummer te vermelden, zodat verzoekster ten onrechte aanvankelijk heeft aangenomen dat zij haar verplichte eigen risico voor 2011 volledig had voldaan. Nadien bleek dat door haar echtgenoot twee nota's waren gedeclareerd, toevallig eveneens ten bedrage van € 17,27. Aangezien twee nota's onbetaald zijn gebleven, en gelet op het voorgaande nog € 17,27 aan eigen risico open staat, heeft zij thans nog recht op een bedrag van ($€ 56,70 + € 39,28 - € 17,27 =$) € 78,71.
- 4.2. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

- 5.1. De twee nota's van € 56,70 en € 39,28 zijn terecht ten laste van het verplichte eigen risico van verzoekster gebracht. In het jaar 2011 is in totaal een bedrag van € 128,09 gedeclareerd, waarvan € 95,98 ten laste van haar eigen risico is gekomen. De overige bedragen die op het verplichte eigen risico zijn ingehouden (€ 152,73 en € 17,27), hebben betrekking op de echtgenoot van verzoekster.
- 5.2. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op artikel 18 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.
- 6.2. In artikel 18 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering wordt voor geschillenbeslechting verwezen naar de commissie. Er is echter geen verwijzing naar de bevoegde rechter opgenomen, hoewel dit zou moeten. Dit maakt de bepaling waarin naar de commissie wordt verwezen op grond van de wet vernietigbaar. Om te voorkomen dat de commissie niet over de kwestie kan adviseren, omdat in de loop van de procedure tot vernietiging wordt besloten, en verzoekster zich (alsnog) tot de bevoegde rechter moet wenden, heeft de commissie verzoekster hierop bij brief van 2 juli 2012 gewezen. Verzoekster heeft de commissie bij brief van 4 juli 2012 bevestigd dat zij gebruik wil maken van de in de verzekeringsvoorwaarden geboden mogelijkheid een bindend advies te vragen aan de commissie. Hierdoor is in geval van vernie-

tiging van bedoelde bepaling toch een formele basis aanwezig voor de bindende advisering.

7. Het geschil

7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is verzoekster een aanvullende vergoeding te verlenen van € 78,71.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.

8.2. Artikel 12 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering regelt het verplichte eigen risico en luidt, voor zover hier van belang:

- "1 Voor deze polis geldt overeenkomstig artikel 19 van de Zorgverzekeringswet een eigen risico van € 170,- per kalenderjaar voor de verzekerde van 18 jaar en ouder.*
- 2 Van dit eigen risico zijn uitgezonderd de kosten voor:*
- huisartsenzorg, met uitzondering van kosten van samenhangend (laboratorium) onderzoek;*
 - zorg die wordt bekostigd met toepassing van de op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde beleidsregel voor de prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen;*
 - verloskundige zorg en kraamzorg;*
 - nacontroles van levende donoren van beenmerg, een nier of lever ten behoeve van beenmerg-, nier- of levertransplantaties, nadat de periode, genoemd in artikel 2k onder Omschrijving, is verstreken.*
- 3 Bedragen, die op grond van deze polis voor rekening van de verzekerde komen of blijven, worden voor beantwoording van de vraag of een verplicht eigen risico wordt overschreden buiten beschouwing gelaten.*
- 4 Voor de vaststelling van het verplicht eigen risico wordt de dbc toegerekend aan het jaar waarin deze wordt geopend.*
- 5 Een door de zorgverzekeraar voorgeschoten en door de verzekeringnemer verschuldigd eigen risicobedrag dient op het 1e schriftelijke verzoek aan de zorgverzekeraar te worden terugbetaald. Als de verzekeringnemer niet tijdig voldoet aan deze verplichting gelden de bepalingen van artikel 14 lid 4d tot en met k. Bij beëindiging van de polis zal de invordering van het verschuldigde bedrag onmiddellijk plaatsvinden.*
- 6 Als een verzekerde de leeftijd van achttien jaar bereikt, is hij vanaf de eerste dag van de kalendermaand volgend op de maand waarin hij de leeftijd van achttien jaar heeft bereikt premieplichtig. Vanaf dat moment heeft de verzekerde ook een verplicht eigen risico.*
- 7 Als een zorgverzekering niet op 1 januari van een kalenderjaar ingaat of eindigt, is het in dat kalenderjaar voor die overeenkomst geldende bedrag van het verplicht eigen risico en indien dat van toepassing is, vrijwillig eigen risico, gelijk aan het voor het gehele kalenderjaar geldende bedrag, vermenigvuldigd met een breuk waarvan de teller gelijk is aan het aantal dagen in het kalenderjaar waarover de zorgverzekering zal lopen of heeft gelopen, en de noemer van het aantal dagen in het desbetreffende kalenderjaar.*
- 8 De zorgverzekeraar brengt kosten van zorg of overige diensten die zowel ten laste van het verplicht als het vrijwillig eigen risico kunnen komen, eerst ten laste van het verplicht eigen risico. (...)"*

- 8.3. Artikel 12 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering is volgens artikel 4 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.4. Het verplicht eigen risico is naar aard en omvang geregeld in de artikelen 19 en 21 Zvw en verder uitgewerkt in de artikelen 2.17 en 2.19 Bzv.
- 8.5. 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
- 9.1. Niet in geschil is dat de kosten van de door verzoekster gebruikte geneesmiddelen in aanmerking komen voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering. Hetgeen partijen verdeeld houdt, is de vraag of deze kosten terecht door de zorgverzekeraar ten laste van het verplichte eigen risico 2011 van verzoekster zijn gebracht.
- 9.2. Uit de afrekeningsspecificatie van 20 september 2011, waarnaar verzoekster in haar brief van 18 juni 2012 aan de commissie verwijst, blijkt dat een bedrag van € 152,73 ten laste van het verplichte eigen risico van haar echtgenoot is gebracht. Voorts bevat het dossier een afrekeningsspecificatie van 19 augustus 2011, waaruit naar voren komt dat € 17,27 is verrekend. Het eigen risico 2011 van de echtgenoot van verzoekster zou aldus zijn 'vol gemaakt'.
- 9.3. Mede naar aanleiding van hetgeen door verzoekster is aangevoerd, heeft de commissie nader onderzoek verricht naar het bedrag van € 152,73. Dit bedrag blijkt te bestaan uit drie posten ter grootte van respectievelijk € 145,79, € 31,43, en € 7,24. Volgens het declaratieformulier, gedateerd 14 juni 2011, hebben de eerste twee posten betrekking op verzoekster. Haar klantnummer en geboortedatum worden namelijk vermeld, en dat dit niet juist zou zijn is door de zorgverzekeraar gesteld noch gebleken. Het zelfde geldt voor de derde post indien, gelet op de datum, wordt aangenomen dat de kosten van € 7,24 zijn begrepen in het bedrag van € 15,48, waarbij als specificatie is vermeld: "Pharmacie des Fontaines".
- 9.4. Uit het voorgaande volgt dat het verplichte eigen risico 2011 van verzoekster voor € 152,73 is 'vol gemaakt' en dat na verrekening hiervan nog € 17,27 resteert. Indien de in het geding zijnde nota's van € 56,70 en € 39,28 hiermee worden verrekend, heeft verzoekster nog aanspraak op € 78,71, welk bedrag de zorgverzekeraar haar dient na te betalen. Voor zover deze correctie van invloed is op het eigen risico van de echtgenoot van verzoekster, moet de commissie dit laten rusten, aangezien de onderhavige procedure hier niet op ziet.

Conclusie

- 9.5. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen, met inachtneming van hetgeen hiervoor is overwogen.
- 9.6. Aangezien het verzoek wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld aan verzoekster te vergoeden.
10. Het bindend advies
 - 10.1. De commissie wijst het verzoek toe met inachtneming van hetgeen onder 9.9 is overwogen.
 - 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden een bedrag van € 37,--.

Zeist, 12 september 2012,

Voorzitter