

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vs. C te D
Zaak : Eigen risico, zorg in woonland België, E106-formulier
Zaaknummer : 2008.01087

Zittingsdatum : 14-01-2009

Zaak: 2008.01087 (Eigen risico, zorg in woonland België, E106-formulier)

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2007 en 2008, paragraaf 3.4 Zvw)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

C te D, hierna te noemen: de zorgverzekeraar,

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen de beslissing van de zorgverzekeraar de door verzoeker rechtstreeks bij hem gedeclareerde kosten van zorg in België te verrekenen met het eigen risico.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker woont in België en werkt in Nederland. Ten tijde van de onderhavige verzoeken om vergoeding van de kosten was verzoeker bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorgverzekering (hierna: de zorgverzekering). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW) en betreft een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Per 1 januari 2007 heeft verzoeker gekozen voor een eigen risico van € 500,--. Deze verzekering is op 1 mei 2008 beëindigd. Tevens heeft verzoeker – met gebruikmaking van een E106-formulier – bij de mutualiteit in zijn woonland België een “woonlandverzekering” afgesloten.
- 3.2. Verzoeker heeft in België zorgkosten gemaakt. Deze kosten heeft hij rechtstreeks gedeclareerd bij de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar heeft deze kosten ten laste gebracht van het eigen risico. Voorzover deze kosten echter zagen op huisartsenzorg heeft de zorgverzekeraar zijn beslissing teruggedraaid.
- 3.3. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 22 november 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker meegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de zorgverzekeraar.
- 3.5. Bij e-mailbericht van 29 juli 2008 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is tot terugbetaling van het door verzoeker in 2007 en 2008 betaalde eigen risico

(hierna: het verzoek).

- 3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 37,00 voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek is een afschrift van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.7. De zorgverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief van 28 augustus 2008 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 23 oktober 2008 aan verzoeker gezonden. Tevens is verzoeker om aanvullende informatie verzocht. Bij faxberichten van 11 en 17 november 2008 heeft verzoeker de commissie aanvullende informatie doen toekomen. Afschriften hiervan zijn op 26 november 2008 aan de zorgverzekeraar gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 26 november 2008 meegedeeld telefonisch gehoord te willen worden.
- 3.9. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 14 januari 2008 telefonisch gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat hij vooraf bij de zorgverzekeraar heeft geïnformeerd naar de mogelijkheid van een verhoogd eigen risico voor Nederlanders die wonen in het buitenland. Hij verklaart op basis van het antwoord van de zorgverzekeraar zijn eigen risico te hebben verhoogd. Hij is het er niet mee eens dat deze het eigen risico in mindering is gebracht op de rechtstreeks bij de zorgverzekeraar gedeclareerde ziektekosten.
- 4.2. In het kader van de bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen, heeft de zorgverzekeraar bij brief van 3 juli 2008 de situatie voor werken in Nederland en wonen in België uiteengezet. Verzoeker stelt dat indien hij eerder op de hoogte was van de informatie, zoals in laatstgenoemde brief vermeld, hij een en ander tijdig had kunnen corrigeren. Verzoeker acht de zorgverzekeraar volledig verantwoordelijk voor zijn adviezen.
- 4.3. Ter zitting stelt de commissie aan verzoeker de vraag waarom de zorgverzekeraar het eigen risico niet zou mogen berekenen. Verzoeker verklaart dat dit niet in de polis staat vermeld maar dat hij uit een email van de zorgverzekeraar heeft mogen opmaken dat dit een landelijke regeling betreft.
- 4.4. Verzoeker komt tot de conclusie dat zijn verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat hij verzoeker op zijn vragen tijdig en voldoende heeft geïnformeerd en dat verzoeker op grond van deze informatie weloverwogen zijn afweging heeft kunnen maken voor het eigen risico en de daaraan verbonden consequenties. Er is geen reden de door verzoeker rechtstreeks bij hem gedeclareerde kosten niet ten laste van het bedrag van het door verzoeker gekozen vrijwillig eigen risico te laten komen.

- 5.2. Ter zitting is door de zorgverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat buitenlandse verzekerden zelf kunnen kiezen hoe zij hun aanspraken vergoed wensen te zien. Zij kunnen zelf declareren bij de zorgverzekeraar of de rekeningen via het buitenlandse uitvoeringsorgaan laten lopen. In het tweede geval declareert het ziekenhuis bij de mutualiteit en gaat de nota van de mutualiteit naar het CVZ. CVZ belast de kosten dan door aan [naam zorgverzekeraar]. De zorgverzekeraar heeft verzoeker hierover juist geïnformeerd.
- 5.3. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

Voor zover het onderhavige geschil betrekking heeft op de zorgverzekering, is de commissie bevoegd daarvan kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. In geschil is of de zorgverzekeraar gehouden is tot terugbetaling van het door verzoeker in 2007 en 2008 betaalde eigen risico. Ten aanzien hiervan overweegt de commissie als volgt.
- 7.2. De regeling omtrent het eigen risico is opgenomen in de zorgverzekering. In 2007 luidde deze regeling, voor zover hier van belang, als volgt:

“Artikel 8 Eigen risico

8.1 Ingeval sprake is van een eigen risico, worden de kosten van zorg slechts in mindering gebracht op het voor de verzekerde in een bepaald kalenderjaar geldend eigen risico voorzover deze kosten van zorg het bedrag aan no-claimteruggaaf, als bedoeld in artikel 7, hebben overschreden. Het eigen risico is niet van toepassing op de kosten van inschrijving bij een huisarts of bij een instelling die huisartsenzorg verleent en hulpmiddelen die in bruikleen worden verstrekt. Het consulttarief en het passantentarium dat een huisarts of een instelling die huisartsenzorg verleent in rekening brengt, vallen wél onder het eigen risico. (...)

8.3 Een verzekeringsplichtige van 18 jaar en ouder kan kiezen uit de volgende varianten van de [zorgverzekeraar] Zorgverzekering met een eigen risico van: € 0,00, € 100,00, € 200,00, € 300,00, € 400,00 of € 500,00 per kalenderjaar. Afhankelijk van de hoogte van het gekozen eigen risico, verleent [zorgverzekeraar] voor de varianten van de [zorgverzekeraar] Zorgverzekering met een eigen risico van € 100,00, € 200,00, € 300,00, € 400,00 of € 500,00 per kalenderjaar een korting op de grondslag van de premie. De hoogte van deze korting is opgenomen in de premiebijlage, als genoemd in artikel 3.1, Premiegrondslag. (...)

8.5 De verzekerde heeft jaarlijks, per 1 januari, het recht het eigen risicobedrag te wijzigen, op voorwaarde dat de wens daartoe vóór 1 november daaraan voorafgaand schriftelijk aan [zorgverzekeraar] wordt doorgegeven. (...)

In de zorgverzekering 2008 wordt een onderscheid gemaakt tussen het verplicht eigen risico en het vrijwillig eigen risico. De toepasselijke bepaling luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

“artikel 7 Verplicht eigen risico

7.1 Iedere verzekerde van achttien jaar en ouder heeft een verplicht eigen risico van € 150,- per kalenderjaar. (...)

7.2 De kosten van huisartsenzorg, zorg in verband met zwangerschap, bevalling en kraambed, hulpmiddelen in bruikleen, eigen bijdragen of eigen betalingen op grond van de zorgverzekering vallen niet onder het verplicht eigen risico. (...) De vrijstelling van huisartsenzorg en verloskundige zorg geldt alleen voor de behandelingen door de huisarts, verloskundige of medisch specialist. Deze vrijstelling geldt niet voor de zorg die wordt voorgeschreven, zoals geneesmiddelen en laboratoriumonderzoek. (...)

7.4 Als de [zorgverzekeraar] 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 gelijk aan het voor het gehele kalenderjaar geldende bedrag, vermenigvuldigd met een breuk waarvan de teller gelijk is aan het aantal dagen in dat kalenderjaar waarover de [zorgverzekeraar] Zorgverzekering zal lopen of heeft gelopen, en de noemer aan het aantal dagen in het desbetreffende kalenderjaar. Dit berekende bedrag wordt afgerond op hele euro's."

artikel 8 Vrijwillig eigen risico

8.1 Als er sprake is van een vrijwillig eigen risico, worden de kosten van zorg in mindering gebracht op het voor de verzekerde in een bepaald kalenderjaar geldend vrijwillig eigen risico voorzover deze kosten van zorg niet ten laste kunnen worden gebracht van het verplicht eigen risico of het bedrag van het verplicht eigen risico, als bedoeld in artikel 7, hebben overschreden. Het vrijwillig eigen risico is niet van toepassing op de kosten van zorg die ook uitgesloten zijn van het verplicht eigen risico. Zie artikel 7.2. (...)

8.3 Een verzekeringsplichtige van 18 jaar en ouder kan kiezen uit de volgende varianten van de [naam zorgverzekeraar] met een vrijwillig eigen risico van: € 0,00, € 100,00, € 200,00, € 300,00, € 400,00 of € 500,00 per kalenderjaar. Afhankelijk van de hoogte van het gekozen vrijwillig eigen risico, verleent [zorgverzekeraar] voor de varianten van de [zorgverzekeraar] Zorgverzekering met vrijwillig een eigen risico van € 100,00, € 200,00, € 300,00, € 400,00 of € 500,00 per kalenderjaar een korting op de grondslag van de premie. De hoogte van deze korting is opgenomen in de premiebijlage, als genoemd in artikel 3.1, Premiegrondslag.

8.4.1 Als de [zorgverzekeraar] Zorgverzekering niet op 1 januari van een kalenderjaar ingaat of eindigt, is het in dat kalenderjaar geldende bedrag van het 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 dat kalenderjaar waarover de [zorgverzekeraar] Zorgverzekering zal lopen of heeft gelopen, en de noemer aan het aantal dagen in het desbetreffende kalenderjaar. (...)

Zorg in het buitenland is geregeld in artikel 9 van de zorgverzekering. In 2007 luidde dit artikel, voor zover hier van belang, als volgt:

"artikel 9 Buitenland

9.2 Verzekerde die woont en/of tijdelijk verblijft in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland

De verzekerde die woont en/of tijdelijk verblijft in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland, heeft naar keuze aanspraak op:

- zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de EU-socialezekerheidsverordening of een socialezekerheidsverdrag, als dit voor de verzekerde van toepassing is;
- vergoeding van de kosten van zorg door een zorginstelling of zorgaanbieder die door [zorgverzekeraar] is gecontracteerd;
- vergoeding van de kosten van zorg zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden van een niet door [zorgverzekeraar] gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling, tot ten hoogste de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven gelden, worden de kosten vergoed voorzover deze kosten niet hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten.

9.3 Verzekerde die woont in een ander EU-/EER-land of verdragsland en die tijdelijk verblijft in Nederland, een ander EU-/EER-land of verdragsland

De verzekerde die woont in een ander EU-/EER-land of verdragsland, en die tijdelijk verblijft in Nederland, een ander EU-/EER-land of verdragsland, heeft naar keuze aanspraak op (vergoeding van de kosten van) zorg als genoemd in artikel 9.2.

(...)

9.5 Toestemmingsvereiste voor zorg in het buitenland

(...)"

In de zorgverzekering 2008 is voor zorg in het buitenland, zoals hiervoor aangehaald, een inhoudelijk vergelijkbare regeling opgenomen.

- 7.3. De zorgverzekering is gebaseerd op de Zvw, het Besluit zorgverzekering (verder: Bzv) en de Regeling zorgverzekering (verder: Rzv). Verder volgt uit artikel 1 lid d Zvw – samengevat – dat een zorgverzekering niet ‘meer of minder’ mag bieden dan bij of krachtens de Zvw is bepaald.
- 7.4. Allereerst constateert de commissie dat de zorgverzekeraar op de vraag van verzoeker aangaande een verhoogd eigen risico voor Nederlanders die wonen in het buitenland – waarbij verzoeker verwijst naar de antwoorden van een andere zorgverzekeraar – bij e-mailbericht van 13 oktober 2006 heeft geantwoord:
- “De regels gelden landelijk en zijn bepaald door het ministerie van VWS. (...) Voor informatie hierover verwijzen wij u naar www.buitenland.cvz.nl.”*
- 7.5. Niet gebleken is dat de zorgverzekeraar verzoeker heeft aangeraden een hoog eigen risico te nemen. Overigens is het altijd aan de verzekerde zelf een afweging te maken over de hoogte van het eigen risico, de daarmee verband houdende premiekorting en de daaraan verbonden consequenties.
- 7.6. Verzoeker stelt dat de zorgverzekeraar hem, naar aanleiding van zijn bij e-mailbericht van 29 juni 2007 gestelde vraag of ziekenhuisrekeningen rechtstreeks door het ziekenhuis aan de zorgverzekeraar gestuurd kunnen worden, onvolledig heeft geïnformeerd. Volgens verzoeker had de zorgverzekeraar hem ook dienen te wijzen op de mogelijkheid van de afwikkeling via de Belgische mutualiteit. De commissie deelt deze mening echter niet. Op de vraag of ziekenhuisnota's rechtstreeks bij de zorgverzekeraar kunnen worden gedeclareerd, heeft de zorgverzekeraar correct geantwoord. Van de zorgverzekeraar kan in redelijkheid niet worden verwacht dat hij bij de beantwoording van een concrete vraag ook ingaat op aspecten waarnaar niet wordt gevraagd en die gezien de gestelde vraag ook niet direct voor de hand liggen, zoals in dit geval.
- 7.7. Uit het vorenoverwogene volgt dat verzoeker uit de correspondentie tussen hem en de zorgverzekeraar niet het gerechtvaardigd vertrouwen heeft kunnen of mogen ontlenen dat in een situatie als de onderhavige, waarbij door verzoeker kosten zijn gedeclareerd bij de zorgverzekeraar, de zorgverzekeraar het eigen risico niet in mindering zou brengen op het gedeclareerde en voor vergoeding in aanmerking komende bedrag. Gezien het voorgaande ziet de commissie onvoldoende reden te komen tot het oordeel dat de zorgverzekeraar de door verzoeker rechtstreeks bij hem ingediende nota's, voor zover deze niet zien op daarvan uitgesloten zorgvormen – waarvan de commissie in deze niet gebleken is – ten onrechte ten laste brengt van het eigen risico.
- 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, 28 januari 2009,

Voorzitter