

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B vs. C te D, in deze vertegenwoordigd door E
Zaak	: Premie, declaraties, opschorting dekking
Zaaknummer	: 2008.01394
Zittingsdatum	: 6 mei 2009

Zaak: 2008.01394 (Premie, declaraties, opschorting dekking)

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, artt. 10, 11 en 16 Zvw)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

C te D, hierna te noemen de zorgverzekeraar, in deze vertegenwoordigd door E te F

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen diverse beslissingen van de zorgverzekeraar. Deze betreffen met name het niet volledig vergoeden van een rugoperatie in Spanje, dan wel het niet volledig vergoeden van enkele andere declaraties, de weigering een deel van de betaalde premie te restitueren, en het opschorten van de dekking van de verzekering met ingang van 1 februari 2008.

3. Ontstaan en verloop van het geding

3.1. Verzoeker en zijn echtgenote zijn bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering Keuze Zorgplan (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).

3.2. Op 8 mei 2006 heeft de zorgverzekeraar verzoeker medegedeeld dat hij en zijn echtgenote niet verzekeringsplichtig zijn ingevolge de Zvw, en dat zij zich, als verdragsrechthebbenden wonend in Spanje, dienen aan te melden bij het College voor zorgverzekeringen. Verzoeker is hier tegen opgekomen. Uiteindelijk heeft de zorgverzekeraar besloten de zorgverzekering weer te laten ingaan op 4 april 2007, de datum waarop verzoeker en zijn echtgenote zich weer in Nederland hebben gevestigd. Verzoeker heeft vervolgens gevraagd om restitutie van de door hem betaalde premie. Voorts werden door verzoeker nota's ingediend ter zake van een rugoperatie van zijn echtgenote in Spanje. Omdat de daarmee gemoeide kosten niet volledig werden vergoed, en de zorgverzekeraar volgens verzoeker tot nabetaling diende over te gaan, heeft hij de premiebetalingen gestaakt. Hierop heeft de zorgverzekeraar de dekking van de zorgverzekering opgeschort, waardoor een aantal declaraties niet werd vergoed. Verzoeker claimt thans een volledige vergoeding van de rugoperatie in Spanje, alsmede vergoeding van enkele andere declaraties, restitutie van de teveel betaalde premie, en herstel van de dekking van de zorgverzekering met ingang van 1 februari 2008 (hierna: de aanspraak). Over één en ander is tussen partijen uitvoerig gecorrespondeerd, waarbij de zorgverzekeraar verzoeker telkens heeft medegedeeld dat zijn aanspraak is afgewezen.

- 3.3. Verzoeker heeft de zorgverzekeraar bij herhaling om heroverweging gevraagd. De zorgverzekeraar heeft hem hierop bericht het ingenomen standpunt te handhaven.
- 3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft ertoe geleid dat de zorgverzekeraar besloten heeft het door hem toegezegde bedrag ad € 1.278,66 alsnog uit te keren. Genoemd bedrag is verrekend met de openstaande facturen.
- 3.5. Bij brief van 19 september 2008 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 37,-- voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften 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 25 maart 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 3 april 2009 aan verzoeker gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 22 april 2009 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat hij, naar de stand van 31 december 2008, een vordering heeft op de zorgverzekeraar van € 5.728,37. Deze vordering is als volgt samengesteld:
- van de kosten van de rugoperatie ad € 11.284,81 werd € 9.246,50 vergoed, zodat een bedrag van € 2.038,31 resteert;
 - over de periode van 1 januari tot 4 april 2007 werd € 608,60 aan premie betaald. Na aftrek van de nog te betalen premies 2007 resteert € 402,46;
 - bepaalde declaraties zijn niet, dan wel niet volledig vergoed, te weten € 52,76 (24/8/2007), € 394,48 (9/11/2007), € 16,14 (9/11/2007), € 98,62 (11/1/2008), € 1.581,37 (21/7/2008), € 23,70 (30/3/2008), € 35,81 (4/5/2007), € 887,58 (feb/okt 2008) en € 197,24 (nov/dec 2008).
- Verzoeker bestrijdt dat hij en zijn echtgenote in Spanje woonachtig zijn geweest. Hij benadrukt dat de rugoperatie spoedeisend was. Naar zijn mening worden deze argumenten enkel gehanteerd om de kosten niet te hoeven vergoeden. Verzoeker wijst er op dat de in Spanje ondergane ingreep aldaar minder kost dan in het AMC te Amsterdam, zodat de zorgverzekeraar de kosten volledig dient te vergoeden.
- 4.2. 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 verzoeker en zijn echtgenote tot 4 april 2007 in Spanje woonachtig waren. In de betreffende periode heeft een rugoperatie plaatsgehad. De kosten daarvan zijn door de

zorgverzekeraar coulancehalve vergoed, waarbij aanvankelijk is uitgegaan van DBC-code 08.11.00.2565.0023 met een bijbehorend tarief van € 9.246,50. Later is deze vergoeding verhoogd tot € 10.525,16.

Met betrekking tot het verschil (€ 1.278,66) geldt dat de zorgverzekeraar heeft besloten dit te verrekenen met de openstaande facturen, die onder andere zien op de premie over de periode van 1 januari tot 4 april 2007. Alle declaraties over het jaar 2007 zijn intussen afgewikkeld. De declaratie van december 2007 is verrekend met de openstaande premie over het jaar 2008. Het bedrag ad € 382,82, hetwelk de zorgverzekeraar vordert, houdt verband met een premievordering over de periode van 4 april tot 1 augustus 2007. De ingediende declaratie van november 2007 is hiermee verrekend.

- 5.2. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoeker terecht is 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. Ter zake van de rugoperatie, waarvan de kosten € 11.284,81 hebben bedragen, heeft de zorgverzekeraar in eerste instantie vergoeding verleend op basis van DBC-code 08.11.00.2565.0023 met een bijbehorend tarief van € 9.246,50. Verzoeker is daar tegen opgekomen, stellende dat de ingreep in het AMC veel meer zou hebben gekost. Dit is in zoverre juist dat laatstgenoemd ziekenhuis een verrekenpercentage van 79,49 op de ziekenhuiskosten mag toepassen. Zoals de commissie in eerdere bindende adviezen heeft geoordeeld, kan een zorgverzekeraar, waar het gaat om in het buitenland genoten zorg, niet worden gehouden het verrekenpercentage, dat van ziekenhuis tot ziekenhuis verschilt en ook negatief kan zijn, toe te passen. In dit geval is dat niet anders.

- 7.2. De zorgverzekeraar heeft gesteld dat eerdergenoemd bedrag onverplicht werd vergoed, aangezien verzoeker en zijn echtgenote ten tijde van de ingreep in Spanje woonden en zij om die reden niet verzekeringsplichtig waren op grond van de Zvw. Dit komt mede tot uitdrukking in het feit dat de uitgekeerde no-claimbedragen over het jaar 2006 zijn teruggevorderd. Tevens is rekening gehouden met de premie die verzoeker en zijn echtgenote aan premie zouden hebben betaald. Het gaat hierbij om de volgende bedragen:

- no-claimteruggave	: € 442,--
- premie 2006	: € 2.160,--
- premie 2007	: € 608,60 (1/1/2007-4/4/2007)
Totaal	<u>€ 2.326,59</u>

Dit bedrag, afgetrokken van het in overweging 7.1 genoemde bedrag van € 9.246,50, leidt tot een resterend bedrag van € 6.919,91 dat door de zorgverzekeraar aan verzoeker is overgemaakt.

- 7.3. Verzoeker heeft de juistheid hiervan bestreden, stellende dat verrekening zou moeten plaatsvinden met de eerder door de zorgverzekeraar aan hem teruggestorte bedra-

gen ad € 1.126,86 en € 1.163,92. Verhoogd met de ten onrechte ontvangen no-claimteruggave ad € 442,-- zou hij nog € 35,81 te vorderen hebben van de zorgverzekeraar.

De commissie deelt deze opvatting niet. De juistheid van de teruggestorte bedragen is door verzoeker niet bestreden, zodat moet worden aangenomen dat deze aanvankelijk ook daadwerkelijk door hem zijn betaald. Daarmee is vanzelfsprekend niet gezegd dat hetgeen hij heeft betaald ook datgene is wat hij op grond van de verzekeringsovereenkomst had moeten betalen. Niet valt in te zien waarom de zorgverzekeraar de werkelijk verschuldigde premiebedragen niet als uitgangspunt bij de berekening zou mogen hanteren.

- 7.4. In een later stadium heeft de zorgverzekeraar besloten tot een nabetaling ad € 1.278,66. Zoals hiervoor is geoordeeld, was de reeds toegekende – onverplichte – vergoeding niet onredelijk. De claim die verzoeker thans in zijn verzoek neerlegt ter hoogte van € 2.038,31, moet reeds om die reden worden afgewezen.
- 7.5. Met betrekking tot de nabetaling ad € 1.278,66 heeft de zorgverzekeraar toegelicht dat dit bedrag zal worden verrekend met de openstaande facturen. Concreet bestaan deze facturen uit de premievordering betreffende de periode van 4 april tot 1 augustus 2007, groot € 765,64, en de premievordering over de periode vanaf 1 februari 2008 (maandpremie € 97,16 p.p).
- 7.6. Verzoeker heeft van zijn kant een vordering op de zorgverzekeraar. Deze behelst allereerst een declaratie voor farmaceutische zorg ad € 52,76, waarvan de zorgverzekeraar vergoeding heeft toegezegd bij e-mailbericht van 11 december 2007. Voorts zijn in november 2007 door verzoeker kosten gedeclareerd tot een totaalbedrag van € 438,68. De zorgverzekeraar heeft geconcludeerd dat hiervan € 394,48 voor vergoeding in aanmerking komt. Verzoeker meent daarentegen dat ook de griepvaccins ad € 16,14 onder de dekking vallen. Dienaangaande heeft te gelden dat in de Nederlandse situatie sprake is van een vaccinatieprogramma, waaraan door de overheid aangewezen groepen kunnen deelnemen, zonder dat daarvoor kosten in rekening worden gebracht. Het griepvaccin vormt daarom geen zelfstandige aanspraak in het kader van de farmaceutische zorg. Verder heeft verzoeker in december kosten gedeclareerd ad € 329,46.
- 7.7. De zorgverzekeraar heeft, naar zijn zeggen, de premievordering ad € 765,64 verrekend met de declaratie uit november (€ 394,48). Per saldo resteert dan € 371,16. Gevorderd is evenwel € 382,82, waarbij de commissie geen inzicht wordt gegeven in de daadwerkelijke samenstelling van dit bedrag. Het is om die reden dat de commissie meent dat slechts een deel van het gevorderde bedrag voor toewijzing in aanmerking komt, te weten het eerder genoemde bedrag van € 371,16. De declaratie uit december (€ 329,46) is door de zorgverzekeraar verrekend met de premievordering over 2008.
- 7.8. Tot slot heeft verzoeker een vijftal nota's in het geding gebracht, welke door hem zijn gedeclareerd, maar door de zorgverzekeraar tot op heden niet werden vergoed. Het betreft daarbij een nota ad € 98,62, één ad € 1.581,37, één ad € 23,70, één ad € 887,58 en één ad € 197,24. De vier laatstgenoemde nota's vallen binnen de periode van opschorting en komen om die reden niet voor vergoeding in aanmerking. Verzoeker is over de opschorting tijdig geïnformeerd, en heeft de consequenties aanvaard, getuige zijn correspondentie. De commissie vermag, mede gelet op het stilzwijgen van de zorgverzekeraar

dienaangaande, niet in te zien waarom de eerstgenoemde nota ad € 98,62 niet voor vergoeding in aanmerking komt.

- 7.9. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen, in die zin dat verzoeker, na verrekening, met betrekking tot het oorspronkelijk door de zorgverzekeraar na te betalen bedrag ad € 1.278,66, in beginsel aanspraak heeft op betaling van € 371,16 te vermeerderen met een bedrag van € 98,62. Genoemde bedragen komen echter slechts dan voor uitkering in aanmerking indien verzoeker geheel aan zijn verplichting tot premiebetaling heeft voldaan. Voor zover dit niet het geval is, komt de zorgverzekeraar het recht toe de uit te keren bedragen te verrekenen met de (ontstane) premieachterstand.

8. Het bindend advies

- 8.1. De commissie wijst het verzoek toe, met inachtneming van overweging 7.9.
- 8.2. De commissie bepaalt dat de zorgverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden een bedrag ad € 37,--.

Zeist, 6 mei 2009,

Voorzitter