

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C te D en E te F
Zaak : EU/EER, behandeling in Duitsland, farmaceutische zorg, Nova-
minsulfon ratiopharm® 500mg, Tilidin 50/4 retard – 1 A Pharma®,
zittend ziekenvervoer, eigen risico
Zaaknummer : 2011.02216
Zittingsdatum : 27 juni 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, 19-22 Zvw, 2.8, 2.14, 2.15, 2.16 Bzv, 2.5, Bijlage 1 en 2 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2011)

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoeker,

tegen

1) C te D en

2) E te F

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] Zorgverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering AV-Top afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van zorg die hij heeft genoten in Duitsland, farmaceutische zorg, en zittend ziekenvervoer. Voorts maakt hij bezwaar tegen het berekende eigen risico (hierna: de aanspraak).

3.2. Bij brieven van 9 april 2011, 25 mei 2011 en 8 augustus 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat hij € 18,15 krijgt vergoed ter zake van zittend ziekenvervoer, en dat hij € 43,79 en € 126,21 is verschuldigd ter zake van het eigen risico 2011.

3.3. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brieven van 12 september 2011 en 14 november 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft verzoeker op 22 november 2011 medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling.

3.5. Bij brief van 19 december 2011 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan

wel de aanvullende ziektekostenverzekering, en dat de ziektekostenverzekeraar ten onrechte het eigen risico 2011 bij hem in rekening brengt (hierna: het verzoek).

- 3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 37,- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar 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 ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 19 maart 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 21 maart 2012 aan verzoeker gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 31 maart 2012 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 11 april 2012 schriftelijk medegedeeld eveneens niet te willen worden gehoord.
- 3.9. Verzoeker heeft de commissie bij brief van 31 maart 2012 aanvullende informatie gezonden. Een afschrift hiervan is op 5 april 2012 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 3.10. Bij brief van 21 maart 2012 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 2 mei 2012 heeft het CVZ (zaaknummer 2012037201) de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen met betrekking tot farmaceutische zorg, op de grond dat Novaminsulfon ratiopharm® 500mg en Tilidin 50/4 retard geen geregistreerde geneesmiddelen zijn. Voor het overige adviseert het CVZ de ziektekostenverzekeraar nader onderzoek te laten verrichten. Een afschrift van het CVZ-advies is op 3 mei 2012 aan verzoeker gezonden, waarbij hij in de gelegenheid is gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren. Van de geboden gelegenheid heeft verzoeker geen gebruik gemaakt.
- 3.11. Eveneens op 3 mei 2012 is een afschrift van het CVZ-advies aan de ziektekostenverzekeraar gezonden met het verzoek nader onderzoek te verrichten. Bij brief van 16 mei 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar de commissie over de uitkomst van het nader onderzoek bericht. Een afschrift hiervan is op 21 mei 2012 aan verzoeker en het CVZ gezonden.
- 3.12. Verzoeker heeft bij brief van 27 mei 2012 gereageerd op de brief van de ziektekostenverzekeraar van 16 mei 2012. Een afschrift hiervan is op 29 mei 2012 aan de ziektekostenverzekeraar en aan het CVZ gezonden. Bij brief van 8 juni 2012 heeft het CVZ de commissie medegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd, aangezien over de zorg in het buitenland geen objectieve medische informatie beschikbaar is op grond waarvan een medische beoordeling kan plaatsvinden.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker is als asielzoeker uit Irak naar Nederland gekomen. Hier te lande heeft hij een opleiding gevolgd voor een technisch beroep en de Nederlandse taal geleerd.

Verzoeker was positief gestemd in deze tijd. In 2002 kreeg hij een bedrijfsongeval, waaraan hij rugproblemen overhield. Nadien ontstonden ook problemen aan zijn knie. Sinds die tijd heeft hij vele negatieve ervaringen met de Nederlandse zorg. Hij ziet het leven nu somber in.

- 4.2. Verzoeker stelt dat hij in Nederland slecht dan wel niet wordt behandeld door zijn huisarts en door ziekenhuizen. Hij is daarentegen wel tevreden over de zorg in Duitsland en België. Volgens verzoeker belooft het totaal van zijn zorgkosten per jaar tussen de € 4.000,- en € 5.000,-. Hij vraagt zich af waarvoor hij premie betaalt, aangezien hij geen enkele vergoeding ontvangt van de ziektekostenverzekeraar. Door verzoeker zijn stukken overgelegd van een consult in Essen (Duitsland) en van farmaceutische zorg.
- 4.3. Voorts is verzoeker het niet eens met de nota's ter zake van het eigen risico die hij heeft ontvangen van de ziektekostenverzekeraar. Verzoeker heeft weinig financiële middelen, en weet niet hoe hij in zijn levensonderhoud moet voorzien. Vanwege zijn invaliditeit loopt hij met krukken en heeft hij een scootmobiel. Verzoeker heeft ook psychische problemen.
- 4.4. Tevens vordert verzoeker de kosten van zittend ziekenvervoer over de periode van 14 juni tot en met 27 juli 2011 in verband met een knieoperatie. Deze kosten bedragen € 187,20. De bonnetjes tot een bedrag van € 68,75 zijn kwijtgeraakt op de dag van opname.
- 4.5. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
 - 5.1. Iedere Nederlands ingezetene moet tegen ziektekosten zijn verzekerd. Iedere ingezetene boven de 18 jaar die zorgkosten vanuit de zorgverzekering maakt, krijgt te maken met een wettelijke regeling die de overheid heeft ingesteld: het verplicht eigen risico. Voor het jaar 2011 betaalt de verzekerde de eerste € 170,- aan zorgkosten die hij heeft gemaakt zelf, zo ook verzoeker. De ziektekostenverzekeraar begrijpt dat verzoeker het gevoel heeft te moeten betalen voor iets waarover hij niet tevreden is. Echter, feit is wel dat zorg is verleend voor rekening van de zorgverzekering. De wet biedt geen mogelijkheid om op basis van kwalitatief slechte zorgverlening het eigen risico kwijt te schelden. Een eigen risico is pas dan niet verschuldigd als is komen vast te staan dat de verleende zorg niet kwalificeert als zorg waarop de verzekerde krachtens de verzekering recht heeft (vgl. Centrale Raad van Beroep, 22 september 2010, RZA 2010/128, LJN BN9769). Verzoeker heeft dit niet aangetoond. Derhalve heeft verzoeker terecht twee nota's (van € 43,79 en € 126,21) ontvangen ter zake van het eigen risico 2011.
 - 5.2. De ziektekostenverzekeraar stelt dat vervoerskosten in principe alleen worden vergoed indien verzoeker naar een zorgverlener gaat waarvan de behandelingen uit de basisverzekering worden vergoed, en hij onder één van de volgende patiëntengroepen valt: nierdialysepatiënten, patiënten die chemo- of radiotherapie krijgen, visueel gehandicapten of permanente rolstoelgebruikers. Indien verzoeker hier niet onder valt, maar hij wel over een langere periode vaak reiskosten over een langere afstand maakt, kan hij wellicht een beroep doen op de hardheidsclausule. Indien verzoeker

meent te voldoen aan de hardheidsclausule, kan hij van tevoren een aanvraag indienen.

- 5.3. Verzoeker heeft een machtiging gehad voor zittend ziekenvervoer voor de periode van 1 juni 2011 tot en met 30 november 2011. Voor dit vervoer geldt een eigen bijdrage, die in 2011 € 92,-- bedroeg. Dit bedrag is van het totaalbedrag van de ingediende declaraties voor het zittend ziekenvervoer van € 110,15 afgetrokken. Bij brief van 8 augustus 2011 is verzoeker medegedeeld dat een bedrag van € 18,15 voor vergoeding overbleef. Bij de declaraties waren facturen voor het vervoer gevoegd, maar ook andere facturen. Daarbij heeft verzoeker zelf een bedrag van € 187,20 opgevoerd, terwijl uit de achterliggende facturen niet tot dit bedrag kan worden gekomen. De ziektekostenverzekeraar heeft in de brief van 8 augustus 2011 wel dit totaal geclaimde bedrag aangehouden. Grotendeels wordt dit verschil veroorzaakt door het feit dat verzoeker geen factuur van € 68,75 had bijgevoegd. Het staat verzoeker vrij deze factuur alsnog in te dienen. Het overleggen van de originele factuur is een voorwaarde om tot vergoeding over te kunnen gaan.
- 5.4. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op artikel 15 van de zorgverzekering en artikel 14 van de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.
- 6.2. De commissie is niet bevoegd ten aanzien van de zorgverzekering van vóór 2006, en ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering van vóór 2008.
- 6.3. Voorts is de commissie niet bevoegd voor zover door de ziektekostenverzekeraar nog geen heroverweging heeft plaatsgevonden. Verzoeker vermeldt kosten van een consult in Essen van € 75,-- en heeft een nota ter zake van Novaminsulfon ratiopharm® 500mg en Tilidin 50/4 retard – 1 A Pharma® overgelegd, doch van declaratie van deze kosten, laat staan een afwijzing en een eventueel hierop volgende heroverweging door de ziektekostenverzekeraar blijkt niet.

7. Het geschil

- 7.1. In geschil is derhalve of de ziektekostenverzekeraar de kosten van zittend ziekenvervoer volledig dient te vergoeden, en of de ziektekostenverzekeraar terecht het eigen risico 2011 in rekening brengt bij verzoeker.

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 naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 16 tot en met 35 van de zorgverzekering.

Artikel 33 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op ambulancevervoer en zittend ziekenvervoer bestaat. Voor zover hier van belang, luidt dit artikel:

“33.1 Bij het ziekenvervoer wordt onderscheid gemaakt tussen het vervoer per ambulance en het zittend ziekenvervoer. Van zittend ziekenvervoer is sprake bij vervoer per openbaar vervoer, taxi of eigen auto.

(...)

33.5 Zittend ziekenvervoer

Mits vooraf aangevraagd, bestaat aanspraak op vervoer per openbaar middel van vervoer in de laagste klasse van en naar een zorgverlener (persoon of instelling) als bedoeld in 33.3, per door [naam ziektekostenverzekeraar] tot dat doel gecontracteerde taxivervoerder of eigen auto, over een afstand van ten hoogste 200 kilometer en als er sprake is van één van de navolgende situaties:

a. de verzekerde nierdialyse moet ondergaan;

b. de verzekerde oncologische behandelingen met chemotherapie of radiotherapie moet ondergaan;

c. de verzekerde zich uitsluitend met een rolstoel kan verplaatsen en vervoerd moet worden naar een zorgverlener bij wie, of instelling waarin, de verzekerde zorg zal ontvangen die ten laste van deze verzekering komt;

d. het gezichtsvermogen van de verzekerde zodanig is beperkt dat hij zich niet zonder begeleiding kan verplaatsen en vervoerd moet worden naar een zorgverlener bij wie, of instelling waarin, de verzekerde zorg zal ontvangen die ten laste van deze verzekering komt.

(...)

33.6 Buiten de hiervoor genoemde situaties kan de verzekerde een beroep doen op de hardheidsclausule als hij in verband met de behandeling van een langdurige ziekte of aandoening langdurig is aangewezen op zittend ziekenvervoer, en het niet verstrekken van dat vervoer voor de verzekerde leidt tot een onbillijkheid van overwegende aard. De verzekerde kan hier toe vooraf een aanvraag indienen, vergezeld door een verklaring van de behandelend arts.

(...)

Artikel 7 van de zorgverzekering betreft het verplicht eigen risico 2011. Voor zover hier van belang, luidt dit artikel:

“Voor verzekerden van 18 jaar of ouder geldt een verplicht eigen risico van € 170 per kalenderjaar. (...)

Het verplicht en het vrijwillig eigen risico is zowel van toepassing als u gebruik maakt van zorg geleverd door gecontracteerde en niet gecontracteerde zorgverleners.

Het verplicht en het vrijwillig eigen risico gelden niet voor:

a. verloskundige zorg en kraamzorg;

b. de kosten van het gebruik van zorg zoals huisartsen die plegen te bieden, met uitzondering van de kosten van met deze zorg samenhangend onderzoek dat elders wordt verricht en apart in rekening wordt gebracht op voorwaarde dat de betreffende persoon of instelling gerechtigd is het daartoe op basis van de Wet Marktordening Gezondheidszorg vastgestelde tarief in rekening te brengen;

c. ketenzorg. Het gaat hierbij om zorg die wordt bekostigd met toepassing van de op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde beleidsregel voor de prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen.

d. nacontroles van levende donoren van een nier of lever ten behoeve van nier- of levertransplantaties. Het gaat hierbij om die controles, die ten laste van de zorgverzekering van de donor komen.

(...)

Als [naam ziektekostenverzekeraar] rechtstreeks betaalt aan een zorgaanbieder, wordt het eigen risico bedrag bij u teruggevorderd of verrekend met andere uitkeringen aan u. (...)"

- 8.3. De artikelen 7 en 33 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.4. Artikel 11, lid 1, onderdeel a 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 de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Zittend ziekenvervoer is naar aard en omvang geregeld in de artikelen 2.14, 2.15 en 2.16 Bzv.
Het verplicht eigen risico is geregeld in de artikelen 19 tot en met 22 Zvw.
- 8.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Verzoeker maakt aanspraak op vergoeding van vervoerkosten. De ziektekostenverzekeraar heeft een machtiging voor zittend ziekenvervoer afgegeven voor de periode van 1 juni 2011 tot en met 30 november 2011. In deze periode heeft verzoeker diverse malen gebruik gemaakt van zittend ziekenvervoer. De door verzoeker met betrekking tot genoemd tijdvak gedeclareerde kosten bedragen in totaal € 281,70. Door verzoeker is gesteld dat hij in voornoemde periode tevens € 68,75 aan kosten voor zittend ziekenvervoer heeft gemaakt, echter hiervan ontbreken de nota's en/of betaalbewijzen.
- 9.2. Volgens de ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker slechts een gedeelte (€ 110,15) van zijn declaraties zittend ziekenvervoer door middel van nota's verantwoord. Aangezien voor dit vervoer een eigen bijdrage geldt, die in 2011 € 92,-- bedroeg, heeft de ziektekostenverzekeraar deze van het totaalbedrag van de ingediende declaraties voor het zittend ziekenvervoer van € 110,15 afgetrokken, zodat een bedrag van € 18,15 voor vergoeding overbleef (€ 110,15 - € 92,--).
- 9.3. Anders dan de ziektekostenverzekeraar, is de commissie van oordeel dat verzoeker door middel van het overleggen van diverse nota's aannemelijk heeft gemaakt dat hij in de periode dat hij een machtiging had voor zittend ziekenvervoer, voor in totaal € 281,70 aan kosten heeft gemaakt ter zake hiervan. Niet in geschil is dat de eigen bijdrage € 92,-- bedraagt. De ziektekostenverzekeraar heeft reeds € 18,15 vergoed, zodat een bedrag van € 171,55 aan verzoeker voor kosten van zittend ziekenvervoer dient te worden nabetaald (€ 281,70 - € 92,-- - € 18,15).
- 9.4. De ziektekostenverzekeraar heeft met twee nota's (van € 43,79 en € 126,21) het eigen risico 2011 in rekening gebracht bij verzoeker. Verzoeker wenst genoemde bedragen niet te betalen, aangezien hij slechte ervaringen heeft met de zorg in Nederland.

Voor iedere verzekerde geldt dat op zorg die wordt vergoed ten laste van de zorgverzekering het (verplicht) eigen risico van toepassing is. In het jaar 2011 betaalt een verzekerde de eerste € 170,- van de kosten van deze zorg zelf.

Verzoeker heeft in het jaar 2011 zorg genoten ten laste van de zorgverzekering. Door verzoeker is niet aangevoerd dat het hierbij gaat om zorg zoals bedoeld in artikel 7 sub a tot en met d van de zorgverzekering. Het eigen risico is derhalve onverkort van toepassing. Dat verzoeker niet tevreden is over de verleende zorg doet aan de verschuldigheid van het eigen risico niet toe of af.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.5. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor zittend ziekenvervoer of voor het eigen risico op grond van de zorgverzekering, zodat de aanspraak niet op die grond kan worden ingewilligd.

Conclusie

- 9.6. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen met betrekking tot het zittend ziekenvervoer, met dien verstande dat door de ziektekostenverzekeraar alsnog € 171,55 dient te worden vergoed, en dat voor het overige het verzoek dient te worden afgewezen.
- 9.7. Aangezien het verzoek deels wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld aan verzoeker te vergoeden.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek gedeeltelijk toe op de wijze als onder 9.6 omschreven.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden een bedrag van € 37,-.

Zeist, 15 augustus 2012,

Voorzitter