



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V. te Houten
Zaak : Hulpmiddelenzorg, bril, verplicht en vrijwillig eigen risico, opzegging zorgverzekering,
informatie zorgpas
Zaaknummer : 201702090
Zittingsdatum : 29 augustus 2018

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en mr. L. Ritzema)

(Voorwaarden zorgverzekering 2017, artt. 10, 11, 19, 20, 21, 23 en 86 e.v. Zvw, 2.1, 2.9, 2.17 en 2.18 Bzv, 2.6 en 2.13 Rzv, EU Besluit Nr. S1 (C106/23))

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,
tegen

ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V. te Houten, 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 grond van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (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 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Verzoekster heeft (i) bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van een bril. Tevens komt verzoekster op tegen de beslissingen van de zorgverzekeraar om (ii) bij haar bedragen in rekening te brengen ter zake van het verplicht en vrijwillig eigen risico 2017, (iii) haar zorgverzekering niet met ingang van 1 februari 2018 te beëindigen, (iv) haar relatienummer niet op de zorgpas te vermelden, en (v) haar weigering voor elektronische gegevensuitwisseling niet te accepteren (hierna: de aanspraak).

3.2. Nadat de zorgverzekeraar de aanspraak bij brieven en e-mailberichten van verschillende data had afgewezen, heeft verzoekster de zorgverzekeraar om heroverweging van de betreffende beslissingen gevraagd. Bij brieven en e-mailberichten van verschillende data heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissingen te handhaven.

3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de zorgverzekeraar.

3.4. Bij brief van 22 maart 2018 heeft verzoekster 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).

3.5. 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 22 mei 2018 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 31 mei 2018 aan verzoekster gezonden.

- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 3 juni 2018 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De zorgverzekeraar heeft op 13 juni 2018 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 31 mei 2018 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 28 juni 2018 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2018027227) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering en betrekking heeft op de vergoeding van de kosten van de bril, af te wijzen op de grond dat ingevolge artikel 2.13 Rzv brillenglazen of filterglazen en brilmonturen voor brillenglazen of filterglazen expliciet zijn uitgesloten van vergoeding. De uitzondering die hierop is gemaakt voor verzekerden die de leeftijd van achttien jaren nog niet hebben bereikt, is niet van toepassing op verzoekster aangezien zij ouder is dan achttien jaar. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 2 juli 2018 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster is op 29 augustus 2018 in persoon gehoord en daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.10. Bij brief van 3 september 2018 heeft de commissie het Zorginstituut een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 4 september 2018 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen geen aanleiding vormen tot aanpassing van het advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
- 4.1. Verzoekster heeft op 14 september 2017 bij de zorgverzekeraar de kosten van een door haar aangeschafte bril gedeclareerd. Tot haar verbazing heeft de zorgverzekeraar vergoeding van de kosten afgewezen omdat zij uit het vergoedingenoverzicht had opgemaakt dat een bril zou worden vergoed. Daarnaast zijn door de zorgverzekeraar ten onrechte bedragen van € 42,74, € 212,22, € 13,48 en € 616,56 gevorderd. Ondanks het feit dat verzoekster de zorgverzekeraar heeft verzocht de betreffende bedragen te specificeren, is door hem enkel verwezen naar de persoonlijke pagina op zijn website. Aangezien verzoekster niet de beschikking heeft over internet kan zij de in rekening gebrachte bedragen niet controleren. Ook de diverse verzoeken om een papieren specificatie zijn door de zorgverzekeraar afgewezen. Inmiddels heeft verzoekster wel begrepen dat de bedragen die in rekening zijn gebracht, betrekking hebben op het eigen risico 2017. Hoewel verzoekster een hoog (vrijwillig) eigen risico heeft, verkeerde zij in de veronderstelling dat er geen kosten bij haar in rekening zouden worden gebracht, omdat deze door de zorgverzekeraar worden vergoed. Verder wenst verzoekster de gevraagde informatie te ontvangen aangezien zij ernstige twijfels heeft over de juistheid van de ingediende declaraties. Doordat de zorgverzekeraar heeft nagelaten haar tijdig en volledig te informeren, overtreedt hij de richtlijnen die zijn opgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit.
- 4.2. Voorts stelt verzoekster dat haar zorgpas van de zorgverzekeraar niet eenduidig is. Dit omdat enerzijds haar persoonlijke gegevens zoals het relatienummer van de zorgverzekeraar niet op de pas staan vermeld, terwijl anderzijds de pas wel als EHIC kan worden gebruikt. Het is voor verzoekster niet helder wat de regels met betrekking tot de verzekeringspas zijn en welke gegevens er op deze pas dienen te worden vermeld. Zo heeft verzoekster bijvoorbeeld niet gevraagd om een EHIC en heeft zij die tegen haar zin toch gekregen. Doordat het relatienummer van de zorgverzekeraar niet op de pas staat vermeld, heeft verzoeksters nieuwe huisarts onlangs veel moeite moeten doen om haar gegevens te kunnen raadplegen. Verder stelt verzoekster dat zij de zorgverzekeraar bij herhaling te kennen heeft gegeven dat zij geen toestemming geeft voor een vorm van elektronische gegevensuitwisseling. Tot op heden heeft verzoekster hierop van de zorgverzekeraar geen inhoudelijke reactie mogen ontvangen. Evenmin

 heeft verzoekster van de zorgverzekeraar een bevestiging ontvangen dat zij geen toestemming heeft voor elke vorm van elektronische gegevensuitwisseling.

 4.3. Gelet op het voorgaande heeft verzoekster op 27 oktober 2017 besloten haar zorgverzekering bij de zorgverzekeraar op te zeggen. Tot ontsteltenis van verzoekster heeft de zorgverzekeraar haar zorgverzekering niet met ingang van 1 februari 2018 beëindigd, maar al met ingang van 1 januari 2018.

 4.4. Ter zitting heeft verzoekster haar standpunt herhaald en ter aanvulling aangevoerd dat zij de door de zorgverzekeraar ontvangen specificaties ter zake van het bij haar in rekening gebracht eigen risico nog steeds onduidelijk vindt. Met name de nota ten bedrage van ruim € 600,- is erg onduidelijk.

 4.5. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

 5.1. Verzoekster heeft in april 2017 bij de zorgverzekeraar een bedrag van € 1.226,- gedeclareerd. Dit bedrag had betrekking op de kosten van de aanschaf van een bril. Omdat de sterkte van de bril niet op de nota stond vermeld, is vergoeding van de kosten afgewezen. Daar komt bij dat op grond van de zorgverzekering geen aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van een bril en/of brillenglazen. Voor het feit dat de zorgverzekeraar per abuis op het declaratieoverzicht een andere opticien heeft vermeld biedt hij zijn excuses aan.

 5.2. Verder stelt verzoekster dat de zorgverzekeraar onduidelijk is over het eigen risico dat bij haar in rekening is gebracht. Met betrekking hiertoe verklaart de zorgverzekeraar dat verzoekster in 2017 naast het verplicht eigen risico heeft gekozen voor een vrijwillig eigen risico van € 500,-. Daarom bedroeg het eigen risico in 2017 totaal € 885,-. De zorgverzekeraar dient, wanneer hij kosten die vallen onder het eigen risico aan een zorgaanbieder vergoedt, de gedeclareerde kosten eerst te verrekenen met het openstaande verplicht en vrijwillig eigen risico. In 2017 heeft verzoekster onder andere zorg genoten in het OLVG en zijn aan haar geneesmiddelen verstrekt. De kosten van deze zorg hebben de verschillende zorgaanbieders bij de zorgverzekeraar ter declaratie ingediend waarna bij verzoekster bedragen van € 42,74, € 212,22, € 13,48 en € 616,56 in rekening zijn gebracht. Met deze bedragen is het gehele eigen risico 2017 'vol' gemaakt.

 5.3. Voor zover verzoekster stelt dat zij graag een overzicht wenst van alle declareerde zorgkosten geldt dat deze zijn te raadplegen op de persoonlijke pagina van verzoekster op de website van de zorgverzekeraar. Behalve enkele overzichten ter zake van het eigen risico is het niet mogelijk het gevraagde overzicht op papier te verstrekken. Voor zover verzoekster twijfels heeft over de juistheid van de gedeclareerde nota's, dient zij contact op te nemen met de betreffende zorgaanbieder.

 5.4. Verder stelt verzoekster dat de door de zorgverzekeraar afgegeven zorgpas niet eenduidig is. Met betrekking hiertoe geldt dat de zorgverzekeraar op grond van Europese wet- en regelgeving verplicht is om zowel een EHIC-pas af te geven als het BSN te hanteren. Gelet op deze regels heeft de zorgverzekeraar het beleid om niet zijn relatienummer, maar het BSN te vermelden. Een zorgaanbieder kan een verzekerde door middel van dit BSN traceren.

 5.5. Voor zover verzoekster stelt dat zij heeft verklaard dat zij de zorgverzekeraar geen toestemming verleent voor elektronische gegevensuitwisseling, geldt dat zorgaanbieders bij de zorgverzekeraar alleen hun eigen declaraties kunnen inzien en niet die van andere zorgaanbieders. Dit standpunt is uitvoerig met verzoekster besproken tijdens een gesprek op het kantoor van de zorgverzekeraar. Het is de zorgverzekeraar dan ook niet duidelijk wat verzoekster thans nog bedoelt met haar bezwaar tegen het "uitwisselen van gegevens".

5.6. Tot slot voert de zorgverzekeraar aan dat hij in oktober 2017 van verzoekster het bericht heeft ontvangen dat zij haar zorgverzekering opzegt. Naar aanleiding hiervan heeft de zorgverzekeraar de zorgverzekering van verzoekster met ingang van 1 januari 2018 beëindigd. Voor zover verzoekster stelt dat de zorgverzekeraar gehouden is de zorgverzekering eerst met ingang van 1 februari 2018 te beëindigen, geldt dat een tussentijdse opzegging van de zorgverzekering, behoudens enkele uitzonderingen die hier niet aan de orde zijn, niet mogelijk is.

5.7. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 10 van 'Deel A' van de zorgverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

7.1. In geschil is (i) of verzoekster aanspraak heeft op vergoeding van de door haar gedeclareerde kosten van een bril. Tevens zijn in geschil de beslissingen van de zorgverzekeraar bij verzoekster (ii) bedragen van totaal € 885,-- in rekening te brengen ter zake het verplicht en vrijwillig eigen risico 2017 en (iii) de door verzoekster gedane opzegging niet te honoreren. Voorts komt verzoekster op tegen (iii) de weigering van de zorgverzekeraar het relatienummer op de zorgpas te vermelden en (v) af te zien van elektronische gegevensuitwisseling (hierna: de aanspraak).

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 restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen 3 e.v. van 'Deel B' van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 20 van 'Deel B' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op hulpmiddelenzorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"lid 1 Aanspraak bestaat op vergoeding van kosten van functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen, als genoemd in de Regeling zorgverzekering en het Reglement Hulpmiddelen van ONVZ. In uitzondering op de aanspraak op vergoeding van kosten, verstrekt ONVZ een aantal hulpmiddelen in bruikleen. In het Reglement Hulpmiddelen van ONVZ zijn de voorwaarden voor vergoeding, bruikleenverstrekking en de specifieke vereisten per hulpmiddel opgenomen. Het reglement kunt u aanvragen bij het ONVZ Service Center of raadplegen op www.onvz.nl/ polisvoorwaarden.

8.4. Artikel 4 van het 'Reglement Hulpmiddelen ONVZ Zorgverzekeraar 2017' regelt de aanspraak op uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de visuele functie en luidt, voor zover hier van belang:

"Artikel 4 Uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de visuele functie. Dit zijn:

1. hulpmiddelen voor correctie van stoornissen in de visuele functie van het oog en van functies van aan het oog verwante structuren. Geen aanspraak bestaat op:

- brillenglazen of filterglazen voor verzekerden vanaf de leeftijd van 18 jaar, en*
 - brilmontuur voor brillenglazen of filterglazen;*
- (...)"*

- 8.5. Artikel 2 van 'Deel B' van de zorgverzekering regelt het verplicht en vrijwillig eigen risico en luidt, voor zover hier van belang:

"lid 1 Voor de Basisverzekering geldt een verplicht eigen risico. De hoogte van dit verplichte eigen risico is € 385,-. U kunt naast dit verplichte eigen risico een vrijwillig eigen risico kiezen. De bedragen van het vrijwillig eigen risico staan in de premietabel, die onderdeel uitmaakt van de voorwaarden van de Basisverzekering.

lid 2 ONVZ brengt het eigen risico in mindering op vergoedingen vanuit de Basisverzekering. Daarbij is de volgorde eerst het verplichte en dan het vrijwillige eigen risico.

De volgende kosten vallen buiten het verplichte en vrijwillige eigen risico:

- 1. kosten van huisartsenzorg (waaronder ook de kosten van inschrijving en van multidisciplinaire eerstelijnszorg bedoeld in artikel 4, lid 1). De kosten van met de zorg samenhangend onderzoek vallen wel onder het eigen risico als dat onderzoek (als bedoeld in artikel 5) elders wordt verricht en apart in rekening wordt gebracht. Ook de kosten van kortdurend eerstelijnsverblijf (als bedoeld in artikel 4 lid 2) vallen onder het eigen risico;*
 - 2. kosten van verpleging en verzorging zoals omschreven in artikel 7;*
 - 3. kosten van door ONVZ aangewezen programma's voor preventieve zorg. Deze programma's kunnen betrekking hebben op preventie van diabetes, depressie, hart- en vaatziekten, chronisch obstructief longlijden, overgewicht, dementie, trombosezorg, incontinentiezorg of stoppen met roken. Een overzicht van de aangewezen programma's voor preventieve zorg kunt u aanvragen bij het ONVZ Service Center of raadplegen op www.onvz.nl/polisvoorwaarden;*
 - 4. kosten van de medicatiebeoordeling chronisch receptplichtig geneesmiddelgebruik door een door ONVZ aangewezen apotheek. Een overzicht van de aangewezen apotheken kunt u aanvragen bij het ONVZ Service Center of raadplegen op www.onvz.nl/polisvoorwaarden. De kosten van de receptplichtige geneesmiddelen zelf vallen wel onder het eigen risico;*
 - 5. kosten van verloskundige zorg en kraamzorg. Kosten van hiermee samenhangende zorg, zoals geneesmiddelen en ambulancevervoer vallen wel onder het eigen risico, net als kosten van met de zorg samenhangend onderzoek dat elders wordt verricht en apart in rekening wordt gebracht;*
 - 6. kosten van nacontrole van u als donor nadat de periode, bedoeld in artikel 10, lid 2 is verstreken alsmede de door u als donor gemaakte kosten van vervoer bedoeld in artikel 10, lid 4;*
 - 7. kosten van het in bruikleen verstrekken van hulpmiddelen. De kosten van de daarbij behorende verbruiksartikelen en gebruikskosten vallen wel onder het eigen risico.*
- (...)"*

- 8.6. Artikel 9 van 'Deel A' van de zorgverzekering regelt het begin en het einde van de zorgverzekering. Genoemde bepaling luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

"lid 1

(...)

Vanaf 1 januari volgend op de ingangsdatum vindt ieder jaar verlenging plaats voor de duur van één kalenderjaar, tenzij ONVZ uiterlijk op 31 december een schriftelijke opzegging heeft ontvangen.

(...)"

- 8.7. De artikelen 9 van 'Deel A', 2 en 20 van 'Deel B' en het 'Reglement Hulpmiddelen ONVZ Zorgverzekeraar 2017' zijn volgens artikel 2, eerste lid, van 'Deel A' van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.8. Artikel 11, eerste lid, Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft. Degene die is verzekerd op basis van een zuivere restitutiepolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft alsmede, desgevraagd,



activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten. Degene die is verzekerd op grond van een naturapolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit de zorg of overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Naast zuivere restitutiepolissen en naturapolissen bestaan er combinatiepolissen, waarbij de invulling van de zorgplicht per dekkingsrubriek verschilt. Verzekerden op basis van een zuivere restitutiepolis hebben, op grond van artikel 2.2, tweede lid, onder b, Bzv aanspraak op vergoeding van de betreffende kosten, tenzij deze hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden passend is te achten. Voor de naturapolissen en combinatiepolissen stelt de zorgverzekeraar, overeenkomstig artikel 13, eerste en tweede lid, Zvw, de vergoeding vast in het geval de verzekerde gebruik maakt van een niet door de zorgverzekeraar voor die zorg of dienst gecontracteerde aanbieder, en deze neemt hij op in zijn verzekeringsvoorwaarden. Hierbij houdt de zorgverzekeraar rekening met eventueel van toepassing zijnde eigen bijdragen.



Hulpmiddelenzorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.9 Bzv. De aanspraak op gezichtshulpmiddelen is geregeld in artikel 2.6, onder f, en verder uitgewerkt in artikel 2.13 Rzv.

- 
- 8.9. Het verplicht en vrijwillig eigen risico is opgenomen in de artikelen 19, 20 en 21 Zvw en verder uitgewerkt in de artikelen 2.17 e.v. Bzv.



In artikel 23 Zvw is bepaald dat de kosten van zorg of een andere dienst worden toegerekend aan het kalenderjaar waarin de zorg of dienst is genoten, met dien verstande dat de kosten van zorg of een andere dienst die in twee achtereenvolgende kalenderjaren is genoten, en door de zorgaanbieder of andere dienstverlener in één bedrag in rekening zijn gebracht, worden toegerekend aan het kalenderjaar waarin de zorg of dienst is aangevangen.

- 
- 8.10. 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



Vergoeding bril

- 
- 9.1. Op grond van artikel 20 van 'Deel B' van de zorgverzekering en het hierop gebaseerde 'Reglement Hulpmiddelenzorg 2017' van de zorgverzekeraar, bestaat aanspraak op vergoeding van hulpmiddelen ter correctie van stoornissen van de visuele functie van het oog en van functies van aan het oog verwante structuren. Voor verzekerden van 18 jaar en ouder, zoals verzoekster, zijn hiervan uitgezonderd brillenglazen of filterglazen inclusief montuur. Derhalve bestaat geen aanspraak op vergoeding van de door verzoekster ingediende nota van € 1.226,-- ten laste van de zorgverzekering.



Eigen Risico

- 
- 9.2. Verzoekster heeft zonder verdere inhoudelijke onderbouwing gesteld dat de zorgverzekeraar ten onrechte bedragen ter zake het verplicht en vrijwillig eigen risico 2017 van haar vordert. Met betrekking hiertoe overweegt de commissie dat tussen partijen niet in geschil is dat verzoekster naast het verplicht eigen risico voor 2017 (€ 385,--) heeft gekozen voor een vrijwillig eigen risico van € 500,--.
- 
- Zodoende bedraagt het eigen risico 2017 totaal € 885,-- (€ 385,-- + € 500,--). Wat betreft de declareerde nota's dient te worden opgemerkt dat de commissie niet bevoegd is te oordelen over de juistheid van de door de zorgaanbieders ingediende declaraties. Hetgeen partijen dienaangaande hebben gesteld, neemt de commissie dan ook voor kennisgeving aan. Daarnaast geldt dat de zorgverzekeraar, wanneer hij kosten die vallen onder het eigen risico aan een zorgaanbieder vergoedt, hij conform artikel 2, tweede lid, van 'Deel B' van de zorgverzekering de gedeclareerde

kosten eerst dient te verrekenen met het openstaande verplicht en vrijwillig eigen risico. De zorgverzekeraar heeft toegelicht dat door hem kosten zijn vergoed ten laste van de zorgverzekering en waaruit deze - in grote lijnen - hebben bestaan (bezoeken OLVG, medicijnen). Door verzoekster is niet bestreden dat zij de betreffende zorg heeft genoten. Voorts is gesteld noch gebleken dat het hier zorgkosten betreft die van het eigen risico zijn uitgezonderd dan wel dat het eigen risico 2017 ten tijde van de verrekening reeds was volgemaakt. De commissie acht de vordering van de zorgverzekeraar voldoende onderbouwd zodat de bedragen van € 42,74, € 212,22, € 13,48 en € 616,56 terecht bij verzoekster in rekening zijn gebracht.

- 9.3. De commissie merkt nog op dat verzoekster de zorgverzekeraar bij herhaling heeft verzocht haar een overzicht te zenden van alle (door haar) ingediende zorgkostennota's. In reactie op deze verzoeken is door de zorgverzekeraar aanvankelijk enkel gesteld dat verzoekster de ingediende nota's kan raadplegen op haar persoonlijke pagina op de website van de zorgverzekeraar. Verzoekster heeft evenwel verklaard dat zij niet de beschikking heeft over internet. De commissie constateert dat de ziektekostenverzekeraar bij brieven van 25 juli 2017 en 21 oktober 2017 verzoekster specificaties heeft gezonden van de (door haar) ingediende en met het eigen risico verrekende zorgkostennota's van € 42,74 en € 13,48. Daarnaast heeft de ziektekostenverzekeraar in de onderhavige procedure heeft de zorgverzekeraar verzoekster een specificatie doen toekomen van de bij haar in rekening gebrachte nota's van € 212,22 (€ 92,15 + € 82,-- + € 38,07) en € 616,56. Ter zitting heeft verzoekster verklaard dat zij de ontvangen specificaties nog steeds onduidelijk vindt. De commissie deelt deze mening niet. De ziektekostenverzekeraar heeft immers op de betreffende declaratieoverzichten vermeld door wie de kosten zijn gedeclareerd, op welke datum de kosten zijn gemaakt, en het door de zorgverlener gedeclareerde bedrag. Niet valt in te zien waarom deze informatie niet toereikend zou zijn. Indien verzoekster nadere vragen heeft met betrekking tot één of meer declaraties, kan zij aan de hand van bedoelde informatie de betrokken zorgaanbieder, met wie zij een behandelovereenkomst is aangegaan, daarover benaderen. Gelet op het voorgaande is de commissie van oordeel dat de ziektekostenverzekeraar, binnen de kaders van de destijds geldende Wet bescherming persoonsgegevens, de door hem afgewikkelde zorgkostennota's voldoende heeft gespecificeerd.

Zorgpas

- 9.4. Verzoekster heeft gesteld dat de gegevens op haar zorgpas niet eenduidig zijn en dat het relatienummer van de zorgverzekeraar hierop ten onrechte niet staat vermeld. Met betrekking hiertoe geldt dat noch in de voorwaarden van de zorgverzekering noch in de wet- en regelgeving is bepaald welke gegevens op de zorgpas moeten worden weergegeven. Dit is dan ook een beleidskeuze van de zorgverzekeraar waarin de commissie niet kan treden. Anders is dit voor de EHIC. Op grond van deze EHIC bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van medisch noodzakelijke zorg tijdens verblijf in een andere EU-lidstaat. Uit het EU-besluit Nr. S1 van 12 juni 2009 (C 106/23) volgt dat alle sociale ziektekostenverzekeraars van de Europese Unie gehouden zijn aan hun verzekerden een EHIC te verstrekken, met inachtneming van de hiervoor vastgestelde specificaties. Voor zover verzoekster stelt dat haar (nieuwe) huisarts haar gegevens als gevolg van het ontbreken van het relatienummer niet kon vinden, merkt de commissie op dat het relatienummer voor zorgaanbieders niet relevant is omdat de gegevens van verzekerden raadpleegbaar zijn aan de hand van het BSN.

Opzeggen zorgverzekering

- 9.5. Voorts is door verzoekster aangevoerd dat de zorgverzekeraar, ondanks vele verzoeken daartoe, haar zorgverzekering niet met ingang van 1 februari 2018 heeft beëindigd. Met betrekking hiertoe geldt dat vaststaat dat verzoekster de zorgverzekering bij de zorgverzekeraar op 27 oktober 2017 schriftelijk heeft opgezegd waarna de zorgverzekeraar de zorgverzekering met ingang van 1 januari 2018 regulier heeft beëindigd. De commissie constateert dat de zorgverzekeraar hiermee heeft gehandeld conform artikel 7 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Voor zover verzoekster

vordert dat de zorgverzekering met ingang van een andere datum dan 1 januari 2018 moet worden beëindigd geldt dat tussentijdse beëindiging van de zorgverzekering niet mogelijk is, behoudens enkele uitzonderingen die in de onderhavige situatie niet spelen.

Elektronische gegevensuitwisseling

- 9.6. Verzoekster stelt dat zij bij de zorgverzekeraar verschillende keren te kennen heeft gegeven dat zij geen toestemming geeft voor het elektronisch uitwisselen van haar gegevens. In reactie op deze stelling is door de zorgverzekeraar toegelicht dat de verschillende zorgaanbieders geen inzage hebben in de declaraties van andere zorgaanbieders via het systeem van de zorgverzekeraar. Voor zover verzoekster iets anders verzoekt, is het de zorgverzekeraar niet helder waar verzoekster exact geen toestemming voor geeft.

De commissie volstaat met de constatering dat de (elektronische) gegevensuitwisseling een wettelijke basis heeft, te weten in de artikelen 86 e.v. Zvw. Wat ook de bezwaren van verzoekster hiertegen zijn - zij heeft deze in de procedure niet toegelicht - deze kunnen nooit ertoe leiden dat de ziektekostenverzekeraar wordt verplicht te handelen in afwijking van de betreffende artikelen door in voorkomend geval zijn medewerking aan de gegevensuitwisseling te weigeren.

Conclusie

- 9.7. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 19 september 2018,

G.R.J. de Groot