



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, vertegenwoordigd door de heer C te B, tegen
D te E
Zaak : EU/EER, eigen risico
Zaaknummer : 201302349
Zittingsdatum : 2 april 2014

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2012, artt. 10, 11, 19, 21 en 23 Zvw, 2.4 en 2.17 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2012)

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door de heer C te B, tegen

D te E, hierna 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 [naam ziektekostenverzekeraar] Aanvullend Classic afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. De ziektekostenverzekeraar heeft bij ongedateerd uitkeringsbericht bij verzoeker een bedrag van € 171,39 in rekening gebracht betreffende het verplicht eigen risico voor 2012.

3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij e-mailbericht van 2 september 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

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

3.4. Bij brief van 9 december 2013 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar het bedrag van € 171,39 niet van hem mag vorderen (hierna: het verzoek).

3.5. 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.

3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 7 februari 2014 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 17 februari 2014 aan verzoeker gezonden.

3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 20 februari 2014 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. Op 17 maart 2014 heeft verzoeker medegedeeld verhinderd te zijn op de geplande hoorzittingsdatum, waarmee de mogelijkheid van het geven van een mondelinge toelichting vervalt. De ziektekostenverzekeraar heeft op 26 maart 2014 telefonisch medegedeeld niet te willen worden gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

4.1. Verzoeker liep stage in Salou, Spanje. Hij voelde zich al een aantal dagen niet lekker, en heeft daarom een arts bezocht op het complex waar hij stage liep. De arts heeft een standaard onderzoek uitgevoerd van tien minuten, en vertelde verzoeker dat hieraan geen kosten waren verbonden.

4.2. Verzoeker heeft de ANWB Alarmcentrale ingeschakeld omdat het nummer hiervan op de achterkant van zijn zorgpas is vermeld. Door de Alarmcentrale is hem niet verteld dat hiervoor kosten in rekening worden gebracht.

4.3. Meer dan een jaar later werd verzoeker geconfronteerd met een rekening van € 171,39 met betrekking tot het verplicht eigen risico. De ziektekostenverzekeraar stelt dat de hulpverlening spoedeisend was omdat een en ander via de ANWB Alarmcentrale is verlopen. In het vergoedingenoverzicht, behorende bij de voorwaarden van 2012, staat echter dat huisartsenzorg en niet-spoedeisende hulp in het buitenland volledig worden vergoed, en dat de kosten hiervan derhalve niet ten laste van het verplicht eigen risico komen. Bovendien staan de in rekening gebrachte kosten niet in verhouding tot de verleende zorg.

4.4. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. De kosten die door de ANWB Alarmcentrale bij de ziektekostenverzekeraar zijn gedeclareerd, hebben als omschrijving: "specialistische hulp spoed". In artikel 7 van de voorwaarden van de zorgverzekering is omschreven welke zorgkosten worden verrekend met het verplicht eigen risico. Spoedeisende zorg is hiervan niet uitgezonderd.

5.2. In artikel 56.1 van de aanvullende ziektekostenverzekering is de aanspraak op spoedeisende zorg in het buitenland geregeld. Het verplicht eigen risico dat op grond van de zorgverzekering is verschuldigd, is uitgesloten van vergoeding ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit artikel bevestigt de regel dat kosten van spoedeisende zorg moeten worden verrekend met het verplicht eigen risico.

5.3. Verzoeker heeft nog aangevoerd dat hem door de arts in Spanje de toezegging is gedaan dat de kosten volledig zouden worden vergoed. Of deze toezegging is gedaan kan de ziektekostenverzekeraar echter niet controleren.

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 10 van de zorgverzekering en artikel 8 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.

7. Het geschil

7.1. In geschil is of verzoeker gehouden is het bedrag van € 171,39 met betrekking tot het verplicht eigen risico aan de ziektekostenverzekeraar te voldoen.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

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

8.2. Artikel 7 van de zorgverzekering regelt het verplicht eigen risico en luidt, voor zover hier van belang:

"7.1. Hoogte verplicht eigen risico

Als u 18 jaar of ouder bent, hebt u een verplicht eigen risico van € 220 per kalenderjaar. De kosten van zorg blijven tot dit bedrag voor uw rekening. Als u in de loop van een kalenderjaar 18 jaar wordt, geldt het verplicht eigen risico vanaf de eerste dag van de kalendermaand na de 18e verjaardag. De hoogte van het verplicht eigen risicobedrag wordt in dat geval berekend volgens de berekeningswijze als vermeld in artikel 7.4.

7.2. Voor welke zorgvormen geldt het verplicht eigen risico

Het verplicht eigen risico geldt voor alle zorgvormen zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden, behalve voor:

- huisartsenzorg.

Houdt u er rekening mee dat geneesmiddelen die de huisarts voorschrijft niet onder huisartsenzorg vallen.

Hetzelfde geldt voor laboratoriumonderzoek dat samenhangt met de huisartsenzorg. Dit laboratoriumonderzoek wordt op verzoek van de huisarts door een andere zorgaanbieder uitgevoerd en in rekening gebracht. Deze zorg valt dus wel onder uw verplicht eigen risico;

- zorg die wordt bekostigd met toepassing van de op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde beleidsregel voor de prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen (zogenaamde zorgprogramma's). Zie artikel 12, Zorgprogramma's (ketenzorg);

- verloskundige zorg en kraamzorg.

Houdt u er rekening mee dat hiermee samenhangende kosten niet tot de uitzonderingen behoren. Dit betekent dat bijvoorbeeld geneesmiddelen, bloedonderzoek, vlokcentest of ziekenvervoer wel meetellen voor het verplicht eigen risico;

- de door ons aangewezen preferente geneesmiddelen zoals genoemd in het Reglement farmaceutische zorg [naam ziektekostenverzekeraar];

- hulpmiddelen in bruikleen. Kosten zoals bezorging en onderhoud tellen wel mee voor het verplicht eigen risico;

- nacontroles van een nier- of leverdonor, nadat de periode zoals genoemd in artikel 20, Transplantaties van weefsels en organen onder omschrijving, punt d is verstreken;

- eventuele eigen bijdragen en/of eigen betalingen.

7.3. Voor welke zorgaanbieders en zorgarrangementen geldt het verplicht eigen risico niet

Wij hebben de mogelijkheid om zorgaanbieders of zorgarrangementen aan te wijzen waarbij u geen of maar een gedeeltelijk bedrag aan verplicht eigen risico verschuldigd bent. Dit geldt ook voor nader aan te wijzen gezondheidsbevorderende of op preventie gerichte zorgarrangementen. Deze informatie is opgenomen in het Overzicht vrijstelling eigen risico. U kunt dit overzicht vinden op [naam website]/vrijstellingeigenrisico of telefonisch opvragen. Kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden. (...)"

8.3. Artikel 7 van de zorgverzekering is volgens artikel 2.9 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, 21 en 23 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.17 Rzv.

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 ziektekostenverzekeraar 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.

- 8.6. Artikel 56 van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op spoedeisende en niet-spoedeisende zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

*"56.1. Spoedeisende zorg, dat wil zeggen onvoorzienbare zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na terugkeer in Nederland (...)
Eventueel aanvullend op de [naam ziektekostenverzekeraar] Zorgverzekering worden op grond van de pakketten (...) [naam ziektekostenverzekeraar] Classic (...) de kosten vergoed van medisch noodzakelijke, spoedeisende en bij vertrek redelijkerwijs niet-voorzienbare zorg gedurende een tijdelijk verblijf in het buitenland van ten hoogste 365 dagen. Kosten van vervoer worden uitsluitend vergoed als dit vervoer medisch noodzakelijk is voor het verkrijgen van zorg zo dicht mogelijk bij de verblijfplaats of de plaats van het ongeval. Niet vergoed worden de kosten:
- die ook in Nederland niet zouden zijn vergoed;
- verband houdend met onderzoek dat, of behandeling of opname die uitsluitend of mede het doel vormde van het verblijf in het buitenland;
- vallend onder het eigen risico in de zorgverzekering. (...)"*

*56.2. Niet-spoedeisende zorg
Vergoed worden de kosten die zijn opgenomen in het pakket van de [naam ziektekostenverzekeraar] Aanvullende Verzekering waarvoor de verzekerde verzekerd is, gedurende een tijdelijk verblijf in het buitenland van ten hoogste 365 dagen. Niet vergoed worden de kosten:
- die ook in Nederland niet zouden zijn vergoed;
- van vervoer en/of verblijf in verband met de behandeling. (...)"*

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Vast staat dat verzoeker in Spanje medisch specialistische zorg heeft genoten. Deze zorg is immers door de arts, via de Alarmcentrale, bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd als "specialistische zorg spoed". Gelet op artikel 7 van de zorgverzekering is de betreffende zorg niet uitgesloten van het verplicht eigen risico, zodat verzoeker gehouden is het bedrag van € 171,39 aan de ziektekostenverzekeraar te voldoen.
- 9.2. Verzoeker heeft aangevoerd dat hem door de Spaanse arts is verteld dat geen kosten in rekening zouden worden gebracht voor het consult. Waarschijnlijk heeft de arts hierbij gedoeld op het feit dat hij verwachtte dat de kosten volledig door de ziektekostenverzekeraar zouden worden vergoed. Zijn uitlating valt anders namelijk niet te rijmen met het gegeven dat door de betreffende arts kosten voor het consult zijn gedeclareerd. Van een Spaanse arts kan niet worden verwacht dat hij de Nederlandse systematiek van het verplicht eigen risico kent. Indien verzoeker evenwel zou menen dat hem door de arts een toezegging is gedaan, zal hij betrokkene hierop moeten aanspreken. De ziektekostenverzekeraar kan niet verantwoordelijk worden gehouden voor uitlatingen, gedaan door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, over de vergoeding. Hetgeen door verzoeker is aangevoerd met betrekking tot de duur van het consult kan evenmin leiden tot een andere uitkomst.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.3. Artikel 56 van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt dat aanspraak bestaat op volledige vergoeding van de kosten voor spoedeisende zorg. De kosten van het verplicht eigen risico dat ten laste van de zorgverzekering is verschuldigd, zijn hierbij expliciet van vergoeding uitgesloten.
- 9.4. Verzoeker heeft in dit kader aangevoerd dat dient te worden getoetst aan artikel 56.2 betreffende niet-spoedeisende zorg. In dit artikel is het verschuldigde verplicht eigen risico niet expliciet uitgesloten van vergoeding. Deze stelling faalt echter, omdat het betreffende artikel enkel ziet op een aanvulling van de vergoeding die ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering wordt verleend. De kosten van de onderhavige medisch-specialistische zorg zijn echter niet onder deze verzekering gedekt, maar ten laste van de zorgverzekering gebracht.



Conclusie

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



10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.



Zeist, 16 april 2014,



Voorzitter

