



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen Zilveren Kruis Zorgverzekeringen
N.V. te Utrecht, Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist en Zilveren Kruis
Ziektekostenverzekeringen N.V. te Amersfoort

Zaak : Farmaceutische zorg, dieetproducten, Modifast®, voortzetting coulanevergoeding

Zaaknummer : 201600873

Zittingsdatum : 21 december 2016



Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)



(Voorwaarden zorgverzekering 2015 en 2016, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2015 en 2016)

1. Partijen



A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door C te D,
tegen

- 
- 1) Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht,
 - 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist, en
 - 3) Zilveren Kruis Ziektekostenverzekeringen N.V. te Amersfoort,
- 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 grond van de Basispolis Basic (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1 onderdeel d Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen AV Amsterdam 3 en Gespreid betalen Eigen Risico afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Alle hiervoor genoemde 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. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van Modifast® (hierna: de aanspraak). Bij brief van 7 januari 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat hij bereid is de aanspraak in te willigen indien verzoeker een medische onderbouwing overlegt.
- 
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Onder meer bij brief van 27 maart 2015 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 21 juni 2016 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog zonder meer in te willigen, op grond van een in 2011 met de rechtsvoorganger van de ziektekostenverzekeraar gemaakte couleanceafsprak (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 29 september 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 4 oktober 2016 aan verzoeker gezonden.
-  3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben op respectievelijk 17 en 26 oktober 2016 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
-  3.8. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10 lid 9 van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat de onderhavige zaak enkelvoudig wordt afgedaan.
-  3.9. Op grond van artikel 114 lid 3 Zvw dient de commissie verplicht advies te vragen aan het Zorginstituut Nederland (hierna: Zorginstituut) indien het geschil betrekking heeft op de zorg of de overige diensten, bedoeld in artikel 11, dan wel de vergoeding van die zorg of diensten. Blijkens de Memorie van toelichting blijft deze verplichting beperkt tot de vraag of de vorm van zorg of andere dienst waar de verzekerde behoefte aan heeft tot het verzekerde pakket behoort. Aangezien die vraag in het onderhavige geval geen beantwoording behoeft, is het Zorginstituut niet verzocht te adviseren.
-  3.10. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 21 december 2016 telefonisch gehoord.
-  3.11. Na afloop van de hoorzitting heeft de commissie partijen in de gelegenheid gesteld gezamenlijk te zoeken naar een mogelijke oplossing voor het geschil en de commissie over de uitkomst te berichten. Bij e-mailberichten van 3 januari 2017 hebben verzoeker en de ziektekostenverzekeraar de commissie over de uitkomst bericht. Uit de ontvangen e-mailberichten concludeert de commissie dat partijen geen overeenstemming hebben bereikt zodat is besloten de procedure voort te zetten.
-  4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
-  4.1. Verzoeker heeft Diabetes mellitus type 2 waarbij sprake is van een verslechterend beeld. Recent is driekwart van zijn voet geamputeerd. Verzoeker heeft gemerkt dat hij door gebruik van Modifast® een aanmerkelijk beter leven heeft. Om die reden heeft verzoeker in 2003 bij de rechtsvoorganger van de ziektekostenverzekeraar het verzoek ingediend Modifast® te vergoeden. Op 11 november 2003 heeft de rechtsvoorganger van de ziektekostenverzekeraar de aanvraag afgewezen. Hierop heeft verzoeker bezwaar gemaakt, waarna hij tegen de beslissing op bezwaar is opgekomen bij de rechtbank Amsterdam en later in beroep is gegaan bij de Centrale Raad van Beroep. De Centrale Raad van Beroep heeft de rechtsvoorganger van de ziektekostenverzekeraar in het ongelijk gesteld en bepaald dat nader medisch onderzoek moest plaatsvinden. In vervolg hierop heeft de rechtsvoorganger van de ziektekostenverzekeraar verzoeker bij brief van 10 februari 2011 medegedeeld dat hij op basis van coulance aanspraak heeft op een maximale vergoeding van € 1.250,-- per jaar ter zake van Modifast®.
-  4.2. Met ingang van 1 januari 2015 verlangt de ziektekostenverzekeraar echter dat verzoeker zowel een medische onderbouwing voor het gebruik van Modifast®, als de betreffende bonnetjes overlegt. Verzoeker meent dat de ziektekostenverzekeraar rechtsopvolger is onder algemene titel en daarom gehouden is de coulancevergoeding van maximaal € 1.250,-- per jaar ongewijzigd voort te zetten.
-  4.3. Ter zitting heeft verzoeker zijn standpunt herhaald en ter aanvulling aangevoerd dat hij de Modifast vaak heeft gekocht samen met zijn andere boodschappen. De bonnetjes van de gekochte Modifast heeft verzoeker dan ook niet meer in zijn bezit.
-  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 ziektekostenverzekeraar stelt dat zijn rechtsvoorganger verzoeker in 2011 heeft toegezegd een maximale coulancevergoeding te verlenen van € 1.250,- per jaar ter zake van Modifast®. Begin 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker bij brief geïnformeerd dat hij telkens zal beoordelen of verzoeker nog aanspraak heeft op een vergoeding. Hiertoe heeft de ziektekostenverzekeraar hem verzocht om een medische onderbouwing voor het gebruik van Modifast® en de betreffende bonnetjes over te leggen. Tot op heden heeft verzoeker de gevraagde informatie echter niet verstrekt.
- 5.2. Op grond van artikel 6:2 lid 2 BW acht de ziektekostenverzekeraar het naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar dat een verstrekking op basis van coulance plaatsvindt zonder dat voor hem de mogelijkheid bestaat te beoordelen of verzoeker nog voldoet aan de voorwaarden van de coulancregeling alsmede of de verleende vergoeding inderdaad wordt besteed aan zorg.
- 5.3. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt herhaald.
- 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 18 van de zorgverzekering en 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 aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van Modifast® tot een bedrag van maximaal € 1.250,- per jaar en of de ziektekostenverzekeraar hier nadere voorwaarden aan mag verbinden.

8. Beoordeling van het geschil

- 8.1. Tussen partijen is niet in geschil dat op grond van zorgverzekering geen aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van Modifast®. Evenmin staat ter discussie dat in de aanvullende ziektekostenverzekering geen vergoeding voor Modifast® is opgenomen. Hetgeen partijen verdeeld houdt, is derhalve uitsluitend of verzoeker aanspraak kan maken op een - voortgezette - vergoeding uit coulance.
- 8.2. Door verzoeker is een brief van 10 februari 2011 van de rechtsvoorganger van de ziektekostenverzekeraar overgelegd waarin deze de toezegging doet op basis van coulance maximaal € 1.250,- per jaar aan nota's voor Modifast® te vergoeden. Tussen partijen is niet in geschil dat de rechtsvoorganger van de ziektekostenverzekeraar uitvoering heeft gegeven aan deze toezegging. Naar de commissie begrijpt, is de ziektekostenverzekeraar bereid de coulancregeling voort te zetten, echter met ingang van 1 januari 2015 heeft hij hier nadere voorwaarden aan verbonden. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.
- 8.3. De ziektekostenverzekeraar stelt dat hij verzoeker bij brieven van verschillende data heeft verzocht om (i) een nieuwe, medisch onderbouwde aanvraag in te dienen, en (ii) nota's of bonnetjes over te leggen waaruit blijkt dat de Modifast® daadwerkelijk is geleverd. Aangezien verzoeker de

gevraagde informatie niet heeft aangeleverd, is de ziektekostenverzekeraar (nog) niet tot vergoeding overgegaan.

Ten aanzien van (i) overweegt de commissie dat in de brief van 10 februari 2011 door de rechtsvoorganger van de ziektekostenverzekeraar de toezegging wordt gedaan een bedrag van maximaal € 1.250,-- per jaar te vergoeden aan nota's van Modifast. Een beperking of nadere voorwaarden worden niet genoemd. Aangezien de ziektekostenverzekeraar rechtsopvolger onder algemene titel is, dient de ziektekostenverzekeraar de op 10 februari 2011 gedane toezegging na te komen. Dit betekent dat de ziektekostenverzekeraar niet van verzoeker mag verlangen dat hij een nieuwe, medisch onderbouwde aanvraag, indient.

- 8.4. Anders is dit voor de door de ziektekostenverzekeraar gevraagde nota's en bonnetjes. Uit de brief van 10 februari 2011 blijkt namelijk dat vergoeding wordt verleend "voor maximaal € 1.250,-- per jaar aan nota's". Gelet op deze zinsnede ligt het in de rede dat verzoeker nota's of bonnetjes aanlevert waaruit blijkt dat de kosten, waarvoor de coulancevergoeding is bedoeld, ook daadwerkelijk zijn gemaakt, en tot maximaal het genoemde bedrag. Dat hier mogelijk eerder niet om is gevraagd, is niet relevant. Verzoeker weet dat deze voorwaarde vanaf 1 januari 2015 (strikt) wordt gehanteerd, zodat de commissie aanneemt dat hij de bedoelde bescheiden in zijn bezit heeft, en deze binnen veertien dagen na het uitbrengen van dit bindend advies aan de ziektekostenverzekeraar kan sturen. Slechts indien verzoeker binnen de gestelde termijn bonnetjes of nota's uit 2015 of 2016 overlegt, is de ziektekostenverzekeraar voor deze jaren tot vergoeding gehouden.

Conclusie

- 8.5. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen met inachtneming van hetgeen onder 8.4 is overwogen.
- 8.6. Aangezien het verzoek wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,-- aan verzoeker te vergoeden.
9. Het bindend advies
- 9.1. De commissie wijst het verzoek toe met inachtneming van hetgeen onder 8.4 is overwogen.
- 9.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden het entreegeld van € 37,--.

Zeist, 11 januari 2017,

J.A.M. Strens-Meulemeester