

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen C en D, beide te E
Zaak : Farmaceutische zorg, datum terhandstelling, beëindiging
verzekering
Zaaknummer : 2012.01665
Zittingsdatum : 20 maart 2013

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 2011, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.8 Bzv, 2.5 en 2.36 e.v. Rzv, Bijlagen 1 en 2 Rzv)

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

1) C te E en

2) D te E,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Verzoeker was tot en met 4 juli 2011 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorg-op-Maatpolis (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 Top en Tandarts afgesloten (hierna gezamenlijk: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken. Genoemde 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 farmaceutische zorg ten bedrage van € 226,82 (hierna: de aanspraak). Bij brief van 30 mei 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 12 juni 2012 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 e-mailbericht van 9 november 2012 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig in te willigen, ten laste van de zorgverzekering (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 ver-

zoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 1 februari 2013 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 15 februari 2013 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben op respectievelijk 26 februari en 5 maart 2013 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 15 februari 2013 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 28 februari 2013 heeft het CVZ (zaaknummer 2013023811) de commissie medegedeeld dat het College zich in deze onthoudt van het uitbrengen van een advies. Een afschrift van het CVZ-advies is op 4 maart 2013 aan partijen gezonden en zij zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren. Partijen hebben van deze mogelijkheid geen gebruik gemaakt.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker is op 6 juli 2011 in dienst getreden van een Duitse werkgever en sindsdien in Duitsland verzekerd tegen ziektekosten. Voordien was hij bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd. Vlak voordat verzoeker zijn zorgverzekering bij de ziektekostenverzekeraar beëindigde, heeft hij bij zijn huisarts medicijnen besteld. Tot verzoekers verbazing bleek dat zijn huisarts de betreffende medicijnen had gedeclareerd met datum 6 juli 2011. Nadat verzoeker hierover met de ziektekostenverzekeraar contact had opgenomen werd hem bij brief van 12 maart 2012 geadviseerd dit op te nemen met de huisarts teneinde de notadatum aan te passen. De nota is vervolgens door de huisarts gewijzigd in 4 juli 2011 en door verzoeker opnieuw gedeclareerd. Vervolgens heeft de ziektekostenverzekeraar de vergoeding van de betreffende geneesmiddelen opnieuw afgewezen.
- 4.2. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De (voormalig) huisarts van verzoeker heeft twee nota's van in totaal € 226,82 gedeclareerd ter zake van farmaceutische zorg. Uit de declaratie en de nadien gevoerde correspondentie met de betreffende huisarts blijkt dat verzoeker de geneesmiddelen op 6 juli 2011 afgeleverd heeft gekregen. Aangezien verzoeker met ingang van 5 juli 2011 niet meer bij de ziektekostenverzekeraar is verzekerd blijven de kosten van de betreffende geneesmiddelen voor rekening van verzoeker.
- 5.2. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel A.25. van 'Hoofdstuk 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 of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen ten laste van de zorgverzekering.

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 van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in 'Hoofdstuk B' van de zorgverzekering.

8.3. Artikel B.23. van 'Hoofdstuk B' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op farmaceutische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"De minister van VWS heeft het geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) opgesteld. Dat is een lijst waarop de minister alle geneesmiddelen heeft geplaatst waar u recht op kunt hebben. Dat zijn de geregistreerde geneesmiddelen en deze lijst noemen wij Bijlage 1 van de Regeling zorgverzekering. Sommige geneesmiddelen die in Bijlage 1 zijn opgenomen, vergoeden wij niet helemaal. Deze geneesmiddelen hebben dan een eigen bijdrage (zie artikel B.23.1.2.). Voor sommige geneesmiddelen gelden extra voorwaarden (zie artikel B.23.1.3.). En bij onderling vervangbare geneesmiddelen hebben wij bepaalde geneesmiddelen aangewezen die onze voorkeur hebben; die vergoeden we dan en andere van die onderling vervangbare geneesmiddelen niet. De geneesmiddelen die onze voorkeur hebben, staan op de lijst aangewezen voorkeursgeneesmiddelen (artikel B.23.1.4.). Wij vergoeden alleen deze voorkeursgeneesmiddelen."

8.4. Artikel A.19. bepaalt wanneer de zorg onder de dekking van de zorgverzekering valt en luidt, voor zover hier van belang:

"A.19. Dekking

Zorg valt onder de dekking van uw verzekering:

(...)

b. Als de zorg plaatsvindt in de periode dat uw verzekering geldig is. De datum van de behandeling is dus bepalend, niet de datum waarop de nota is uitgeschreven.

(...)"

8.5. Artikel A.19. van 'Hoofdstuk A' en artikel B.23. van 'Hoofdstuk B' van de zorgverzekering zijn volgens artikel A.2.4. van 'Hoofdstuk A' van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.6. 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.

Farmaceutische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.8 Bzv en verder uitgewerkt in de artikelen 2.5 en 2.36 e.v. en bijlagen 1 en 2 Rzv.

- 8.7. 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.
9. Beoordeling van het geschil
- 9.1. Uit het door de ziektekostenverzekeraar afgegeven polisblad, waarvan de juistheid door verzoeker niet is bestreden, blijkt dat verzoeker tot en met 4 juli 2011 bij de ziektekostenverzekeraar was verzekerd tegen ziektekosten. Met ingang van 6 juli 2011 is hij als verzekerde ingeschreven bij de Duitse Krankenkasse. Hetgeen partijen verdeeld houdt, is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten voor farmaceutische zorg ten bedrage van € 226,82 te vergoeden.
- 9.2. Niet in geschil is dat verzoeker de onderhavige medicijnen op 4 juli 2011 bij de apotheker heeft besteld. Op dat moment is een overeenkomst tot stand gekomen tussen de apotheker en verzoeker. Uit deze overeenkomst vloeit enerzijds voort dat de apotheker gehouden is de medicijnen af te leveren en anderzijds dat verzoeker gehouden is de bestelde medicijnen te betalen.
- 9.3. Verzoeker is daarnaast partij bij een verzekeringsovereenkomst. De ziektekostenverzekeraar heeft het in zijn macht te bepalen op welk moment voor hem de verplichting tot verstrekking of vergoeding ontstaat. Dit doet hij via de verzekeringsvoorwaarden. Zo kan de ziektekostenverzekeraar bepalen dat het declaratiemoment niet ontstaat ten tijde van de bestelling van de medicijnen, maar pas bij feitelijke aflevering door de apotheker, hetgeen in lijn is met de regelgeving van de Nederlandse Zorgautoriteit op dit punt.
- 9.4. In het onderhavige geval is noch in de algemene bepalingen of de specifieke vergoedingsbepaling farmaceutische zorg noch in de bepaling over het eigen risico vastgelegd op welk moment de aanspraak op verstrekking of vergoeding ontstaat. Aangezien in de verzekeringsvoorwaarden een eenduidige regeling omtrent het declaratiemoment bij farmaceutische zorg ontbreekt, is de commissie van oordeel dat het declaratiemoment in het onderhavige geval samenvalt met het moment waarop voor verzoeker de betalingsverplichting jegens de apotheker is ontstaan. Aangezien de betalingsverplichting op 4 juli 2011 ontstond, en verzoeker toen nog bij de ziektekostenverzekeraar was verzekerd, is laatstgenoemde gehouden de onderhavige kosten te vergoeden met inachtneming van hetgeen overigens in de verzekeringsvoorwaarden is bepaald.

Conclusie

- 9.5. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen.
- 9.6. Aangezien het verzoek wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld aan verzoeker te vergoeden.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek toe.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden een bedrag van € 37,--.

Zeist, 17 april 2013,

Voorzitter