



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen OWM Stad Holland Zorgverzekeraar U.A. te Schiedam
Zaak : Premie, premieachterstand: aanmelding Zorginstituut, berekening zes maanden, hoogte betalingsachterstand, verrekening declaratie met achterstand
Zaaknummer : 201601859
Zittingsdatum : 7 juni 2017

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden zorgverzekering 2011-2016, paragraaf 3.3 Zvw, voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2011-2012, en art. 6:127 BW)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

OWM Stad Holland Zorgverzekeraar U.A. te Schiedam, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Verzoekster is tot en met heden bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Stad Holland Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren tot en met 30 september 2012 ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar één of meer aanvullende ziektekostenverzekeringen afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Alle hiervoor genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten 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 bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van medicinale cannabis en cannabis flos Bedrocan. Hierop is afwijzend beslist. Verzoekster komt tegen deze afwijzing op. Voorts bestrijdt zij de constatering van de ziektekostenverzekeraar dat sprake is van een betalingsachterstand, in verband waarmee verzoekster met ingang van 1 augustus 2014 is aangemeld als wanbetaler bij het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut).

3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde standpunten gevraagd. Bij brief van september 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar toegezegd de kosten van medicinale cannabis alsnog (deels) te vergoeden.

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 8 februari 2017 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen – althans zo begrijpt de commissie het verzoek – dat de ziektekostenverzekeraar gehouden haar af te melden als wanbetaler bij het Zorginstituut, inmiddels het CAK, de hoogte van de betalingsachterstand correct vast te stellen en de kosten van medicinale cannabis en cannabis flos Bedrocan volledig te vergoeden (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 ziektekostenverzekeraar 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 ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 30 maart 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 11 april 2017 aan verzoekster gezonden.

3.7. Verzoekster heeft op 4 mei 2017 gereageerd op het onder 3.6 bedoelde standpunt van de ziektekostenverzekeraar. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de wederpartij gezonden.

3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft het antwoordformulier niet geretourneerd, zodat is besloten een hoorzitting in persoon in te plannen. De ziektekostenverzekeraar heeft op 18 mei 2017 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord.

3.9. Verzoekster is op 22 mei 2017 uitgenodigd voor de hoorzitting van 7 juni 2017. Op en rond de in de uitnodiging vermelde tijdstip is verzoekster zowel op het door haar opgegeven mobiele telefoonnummer verschillende keren gebeld. Bij al deze gelegenheden was verzoekster telefonisch niet bereikbaar.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

4.1. Verzoekster stelt dat de administratie van de ziektekostenverzekeraar een grote puinhoop is. Van een premieachterstand voor de zorgverzekering van zes of meer maanden is geen sprake en de aanvullende ziektekostenverzekering is ten onrechte niet met ingang van 1 januari 2012 beëindigd, zoals door verzoekster is verzocht. De ziektekostenverzekeraar heeft een beroep gedaan op een vonnis waarin zou zijn bepaald dat verzoekster nog tot oktober 2012 aanvullend verzekerd is gebleven. Ook verduistert de ziektekostenverzekeraar allerlei betalingen. Zo heeft verzoekster in 2014 acht keer € 27,17 betaald, maar deze betalingen kan zij niet terugvinden op de door de ziektekostenverzekeraar overgelegde financiële overzichten.

4.2. Naast het feit dat de betalingsachterstand door de ziektekostenverzekeraar onjuist is vastgesteld, heeft hij bepaalde zorgkosten ten onrechte niet of niet volledig vergoed. Zo heeft verzoekster een bedrag van € 1.706,93 ter zake van medicinale cannabis gedeclareerd waarvan slechts € 1.210,98 is vergoed (en derhalve een bedrag van € 495,95 onbetaald is gebleven). Daarnaast vergoedt de ziektekostenverzekeraar een nota van de apotheek niet volledig zodat € 2,42 voor rekening van verzoekster blijft. Verzoekster vordert alsnog vergoeding van € 495,95 en € 2,42.

4.3. Voorts merkt verzoekster op dat de ziektekostenverzekeraar meer onrechtmatige handelingen verricht. Zo informeert de ziektekostenverzekeraar de apotheek foutief en misbruikt hij verzoeksters persoonsgegevens door informatie over haar aan derden te verstrekken. Tot slot stelt verzoekster dat de ziektekostenverzekeraar haar zorgverzekering met ingang van 1 januari 2012 niet heeft beëindigd, er onterecht behandelingen zijn gedeclareerd door GGZ Breburg, en haar aanvullende ziektekostenverzekering ten onrechte is beëindigd.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Verzoekster heeft meerdere vorderingen niet voldaan. Daarnaast worden de verschuldigde premies te laat, dat wil zeggen na de vervaldatum, betaald. Als gevolg hiervan is een betalingsachterstand ontstaan die is overgedragen aan een incassogemachtigde. In één dossier is verzoekster in 2013 bij verstek veroordeeld tot het betalen van de verschuldigde hoofdsom. Uiteindelijk is dit dossier in 2015 gesloten omdat de betreffende vordering geheel was voldaan.

- 5.2. Aangezien op 22 juli 2014 sprake was van een premieachterstand van meer dan zes maanden, heeft de ziektekostenverzekeraar verzoekster op die datum aangemeld als wanbetaler bij het Zorginstituut. Op dat moment waren onder meer de premies voor de zorgverzekering voor de maanden mei 2012 (€ 19,50), juli 2012 (€ 103,50), augustus 2012 (€ 2,06), januari 2014 (€ 96,--), februari 2014 (€ 96,--), april 2014 (€ 56,15), mei 2014 (€ 96,--) en juni 2014 (€ 96,--) niet betaald.
- 5.3. De betalingsachterstand over de periode van 1 januari 2011 tot en met 31 december 2016 bedraagt naar de stand van 30 maart 2017 € 58,22, exclusief rente en incassokosten. Aangezien verzoekster voor deze vordering in september 2016 een betalingsregeling heeft afgesproken, is zij met ingang van 1 oktober 2016 afgemeld als wanbetaler bij het Zorginstituut.
- 5.4. Verzoekster stelt zich thans op het standpunt dat zij nog bedragen van € 2,42 en € 495,95 dient te ontvangen. Met betrekking tot het bedrag van € 2,42 licht de ziektekostenverzekeraar toe dat dit betrekking heeft op een nota van BENU Apotheek van 5 januari 2016 inzake de aflevering van cannabis flos Bedrocan, die € 50,94 bedroeg. Dit bedrag bestond uit materiaalkosten (€ 36,57) en afleverkosten (€ 14,37). Met de betreffende apotheek is echter afgesproken dat de afleverkosten nooit méér mogen bedragen dan € 11,95. Om die reden blijft een bedrag van € 2,42 (€ 14,37 - € 11,95) voor rekening van verzoekster.
Met betrekking tot het bedrag van € 495,95 geldt dat verzoekster op 1 oktober 2016 totaal € 1.314,96 ter zake van medicinale cannabis heeft gedeclareerd. Nadat de ziektekostenverzekeraar vergoeding aanvankelijk had afgewezen, heeft hij op 24 oktober besloten deze nota, alsmede een eveneens ingediende nota van € 391,97, alsnog te vergoeden. Zodoende had verzoekster recht op een vergoeding van totaal € 1.706,93. Aangezien op dat moment nog sprake was van een openstaande vordering, heeft de ziektekostenverzekeraar een bedrag van € 495,95 niet aan verzoekster uitbetaald, maar verrekend met de nog openstaande vordering.
- 5.5. In haar brief van 8 februari 2017 noemt verzoekster nog een aantal punten, waaronder het foutief informeren van de apotheek. Het is de ziektekostenverzekeraar niet duidelijk wat zij hiermee bedoelt.
- 5.6. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het onderhavige verzoek dient te worden afgewezen.
6. De bevoegdheid van de commissie
- 6.1. Gelet op de artikelen 14 van de zorgverzekering en 13 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 onderdelen van het geschil die reeds onder de rechter zijn geweest.
7. Het geschil
- 7.1. In geschil zijn (i) de aanmelding van verzoekster als wanbetaler bij het Zorginstituut op 22 juli 2014, (ii) de vergoeding van de kosten van medicinale cannabis, en cannabis flos Bedrocan, en (iii) de door de ziektekostenverzekeraar gestelde betalingsachterstand.
Partijen hebben de ontvangst en de inhoud van het tweedemaandsaanbod en de vierdemaandswaarschuwing als bedoeld in de artikelen 18a en 18b Zvw in de procedure niet betwist.

 8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

 8.1. Voor de beoordeling van het geschil tussen partijen 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 15 tot en met 40 van de zorgverzekering.

Artikel 34 van de zorgverzekering regelt de aanspraak op farmaceutische zorg waarbij is bepaald dat indien een verzekerde kiest voor een apotheker of apotheekhoudend huisarts waar de ziektekostenverzekeraar geen overeenkomst mee heeft gesloten de vergoeding maximaal 100 percent van het vastgestelde marktconforme tarief bedraagt.

 8.3. Ingevolge artikel 7 van de zorgverzekering is de verzekeringnemer de premie bij vooruitbetaling verschuldigd.

 8.4. Artikel 15, vijfde lid, onder c van de zorgverzekering regelt de bevoegdheid tot verrekening door de ziektekostenverzekeraar, en luidt als volgt:

"c. Verrekening

Als wij een nota niet rechtstreeks aan de zorgverlener betalen maar aan u, dan mogen wij de aan u te betalen bedragen verrekenen met uw eventuele openstaande premie."

 8.5. Artikel 16 Zvw regelt in welke gevallen voor de zorgverzekering geen premie verschuldigd is, en luidt, voor zover hier van belang:

"Artikel 16

1. Krachtens de zorgverzekering is de verzekeringnemer premie verschuldigd.

2. In afwijking van artikel 925 van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek en van het eerste lid:

a. is geen premie verschuldigd tot de eerste dag van de kalendermaand volgende op de kalendermaand waarin een verzekerde de leeftijd van achttien jaren heeft bereikt;

b. is geen premie verschuldigd over de periode, bedoeld in artikel 18d, eerste lid."

 8.6. De (wijze van) premiebetaling voor de aanvullende verzekering is geregeld in artikel 8 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering. Hierbij is onder meer geregeld dat de premie voor de aanvullende ziektekostenverzekering bij vooruitbetaling is verschuldigd.

 8.7. Op 1 september 2009 is de Wet structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering (hierna: de Wsmwz) in werking getreden. Vanaf dat moment is onder meer aan de Zvw een nieuwe afdeling toegevoegd die de gevolgen regelt van het niet (tijdig) betalen van de premie voor de zorgverzekering. De wet voorziet in een aantal beoordelingsmomenten waarop de ziektekostenverzekeraar een aanbod, respectievelijk een mededeling moet doen aan de polishouder en/of de verzekerde. Is sprake van een premieschuld voor de zorgverzekering ter hoogte van zes of meer maandpremies, rente en incassokosten buiten beschouwing latend, dan vindt in beginsel melding daarvan plaats aan het Zorginstituut, thans het CAK. De consequentie hiervan is dat voor de nieuw opkomende maanden een – hogere – bestuursrechtelijke premie van toepassing wordt (in plaats van de premiebetaling aan de ziektekostenverzekeraar), alsmede een ander incassoregime, waarbij onder andere bronheffing en incasso door het CJIB mogelijk zijn. Aan het regime bij het CAK komt doorgaans weer een einde zodra de schuld uit de zorgverzekering is ingelost of een schuldregeling wordt getroffen.

 8.8. Voor zover hier van belang, bepaalde artikel 18c Zvw ten tijde van het geschil het volgende:

"Artikel 18c

1. Indien ten aanzien van een zorgverzekering, rente en incassokosten buiten beschouwing latend, een premieschuld ter hoogte van zes of meer maandpremies is ontstaan, meldt de zorgverzekeraar dit, onder vermelding van de voor de heffing van de bestuursrechtelijke premie alsmede voor de uitvoering van artikel 34a noodzakelijke persoonsgegevens van de verzekeringnemer en de verzekerde, aan het Zorginstituut, de verzekeringnemer en, indien deze een ander is dan de verzekeringnemer, aan de verzekerde.

2. De melding geschiedt niet:

a. in geval van tijdige betwisting als bedoeld in artikel 18b, eerste lid, zolang de zorgverzekeraar zijn standpunt dienaangaande niet aan de verzekeringnemer en, indien dit een ander dan de verzekeringnemer is, aan de verzekerde heeft kenbaar gemaakt;

b. gedurende de termijn, genoemd in artikel 18b, tweede lid;

c. ingeval van tijdige voorlegging van het geschil aan een onafhankelijke instantie of aan de burgerlijke rechter als bedoeld in artikel 18b, tweede lid, zolang op het geschil niet onherroepelijk is beslist;

d. ingeval de verzekeringnemer zich heeft aangemeld bij een schuldhulpverlener als bedoeld in artikel 48 van de Wet op het consumentenkrediet en aantoonst dat hij in het kader daarvan een schriftelijke overeenkomst tot stabilisatie van zijn schulden heeft gesloten.

3. Onderdeel van de melding vormt een verklaring van de zorgverzekeraar, inhoudende dat hij artikel 18b en het tweede lid in acht heeft genomen."

- 8.9. Artikel 7 van de Beleidsregels inning bestuursrechtelijke premie Zorgverzekeringswet 2016 luidt, voor zover hier van belang:

"1 Het Zorginstituut stuurt zo spoedig mogelijk na ontvangst van de melding, bedoeld in artikel 18d, derde lid, van de Zorgverzekeringswet, de verzekeringnemer een bericht dat deze de bestuursrechtelijke premie niet langer verschuldigd is. Het Zorginstituut stuurt tevens zo spoedig mogelijk na afloop van de periode, bedoeld in artikel 18e, van de Zorgverzekeringswet, de verzekeringnemer een bericht dat deze de bestuursrechtelijke premie niet langer verschuldigd is. Hierbij vermeldt het Zorginstituut dat het niet mogelijk is tegen dit besluit bezwaar aan te tekenen.

2 Het Zorginstituut stuurt de verzekeringnemer, zo spoedig mogelijk na het bericht, bedoeld in het eerste lid, een eindafrekening, die tenminste omvat:

a. het saldo van aan het Zorginstituut verschuldigde bestuursrechtelijke premie en reeds ontvangen bestuursrechtelijke premie;

b. een vermelding van het bedrag dat door het Zorginstituut is ontvangen van de broninhouder. Dit bedrag wordt in mindering gebracht op het saldo, bedoeld in onderdeel a;

c. de mededeling van het Zorginstituut dat de verzekeringnemer het saldo, bedoeld in onderdeel a, rekeninghoudend met onderdeel b, aan het Zorginstituut dient te betalen dan wel van het Zorginstituut terugontvangt.

3 Indien uit de eindafrekening blijkt dat er te veel bestuursrechtelijke premie is ingehouden of betaald, betaalt het Zorginstituut het saldo binnen zes weken na ontvangst van het rekeningnummer aan de verzekeringnemer uit.

4 In afwijking van het tweede lid schort het Zorginstituut de toezending van een eindafrekening op als de melding, bedoeld in het eerste lid, is gedaan in verband met het sluiten van een overeenkomst tot stabilisatie of een betalingsregeling als bedoeld in artikel 18d, tweede lid, onderdeel c, van de Zorgverzekeringswet of als de melding is gedaan als gevolg van de toepassing van artikel 18d, tweede lid, onderdeel d, van de Zorgverzekeringswet.

5 Het Zorginstituut maakt de opschorting, bedoeld in het vorige lid, ongedaan zodra de overeenkomst tot stabilisatie is beëindigd, er geen sprake meer is van een betalingsregeling als bedoeld in artikel 18d, tweede lid, onderdeel c, van de Zorgverzekeringswet of als artikel 18d, tweede lid, onderdeel d, van de Zorgverzekeringswet niet langer van toepassing is."

- 8.10. De artikelen 6:127 e.v. van het BW regelen de bevoegdheid tot verrekening. Artikel 6:127 BW luidt als volgt:

- "1. Wanneer een schuldenaar die de bevoegdheid tot verrekening heeft, aan zijn schuldeiser verklaart dat hij zijn schuld met een vordering verrekent, gaan beide verbintenissen tot hun gemeenschappelijk beloop teniet.*
- 2. Een schuldenaar heeft de bevoegdheid tot verrekening, wanneer hij een prestatie te vorderen heeft die beantwoordt aan zijn schuld jegens dezelfde wederpartij en hij bevoegd is zowel tot betaling van de schuld als tot het afdwingen van de betaling van de vordering.*
- 3. De bevoegdheid tot verrekening bestaat niet ten aanzien van een vordering en een schuld die in van elkaar gescheiden vermogens vallen."*

9. Beoordeling van het geschil

- 9.1. Verzoekster stelt in de eerste plaats dat de ziektekostenverzekeraar haar zorgverzekering met ingang van 1 januari 2012 niet heeft beëindigd, er onterecht behandelingen zijn gedeclareerd door GGZ Breburg, en haar aanvullende ziektekostenverzekering ten onrechte is beëindigd. Ten aanzien hiervan geldt dat deze niet in behandeling worden genomen, omdat deze reeds eerder zijn voorgelegd aan de Ombudsman Zorgverzekeringen, het dossier aldaar is gesloten en verzoekster de kwestie vervolgens niet tijdig heeft voorgelegd aan de commissie.

Aanmelding Zorginstituut

- 9.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster op 22 juli 2014 aangemeld als wanbetaler bij het Zorginstituut. Beoordeeld dient te worden of op deze datum voor de zorgverzekering van verzoekster een premieachterstand bestond van zes of meer maanden, in welk geval de aanmelding bij het Zorginstituut terecht heeft plaatsgevonden.
- 9.3. De ziektekostenverzekeraar heeft bij zijn brief van 30 maart 2017 verschillende financiële overzichten gevoegd waaruit valt op te maken dat op 22 juli 2014 sprake was van een premieachterstand van € 565,21. Genoemd bedrag had betrekking op de nog openstaande premies voor de maanden mei 2012 (€ 19,50), juli 2012 (€ 103,50), augustus 2012 (€ 2,06), januari 2014 (€ 96,--), februari 2014 (€ 96,--), april 2014 (€ 56,15), mei 2014 (€ 96,--) en juni 2014 (€ 96,--). Dat door verzoekster vóór 22 juli 2014 meer of andere betalingen zijn gedaan dan die welke uit de financiële overzichten van 30 maart 2017 blijken of dat genoemde maanden door verzoekster wél tijdig zijn voldaan, is door haar niet aannemelijk gemaakt. Daarom staat vast dat de door de ziektekostenverzekeraar genoemde premiebedragen nog niet (volledig) waren voldaan. Artikel 18c Zvw bepaalt dat voor de aanmelding van een verzekerde als wanbetaler sprake dient te zijn van een premieachterstand ter hoogte van zes of meer maanden. Een redelijke uitleg van dit artikel brengt met zich dat dit eerst aan de orde is bij een achterstand ter hoogte van zes *volledige* maandpremies, waarbij dient te worden uitgegaan van de maandpremie ten tijde van de aanmelding als wanbetaler. In de onderhavige situatie is niet in geschil dat de maandpremie in 2014 € 96,-- bedroeg. Aangezien de premieachterstand op 22 juli 2014 € 565,21 bedroeg, was op die datum (nog) geen sprake van een premieachterstand voor de zorgverzekering van ten minste zes maanden. Om die reden is de commissie van oordeel dat de ziektekostenverzekeraar verzoekster op 22 juli 2014 (nog) niet kon aanmelden als wanbetaler bij het Zorginstituut.
- 9.4. Nu de betreffende aanmelding van verzoekster bij het Zorginstituut ten onrechte heeft plaatsgevonden, is de ziektekostenverzekeraar gehouden haar met terugwerkende kracht tot 22 juli 2014 af te melden en de met deze aanmelding voor verzoekster gepaard gaande financiële gevolgen ongedaan te maken. Dit betekent dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden al hetgeen door of namens het Zorginstituut (thans het CAK) in het kader van de bestuursrechtelijke premieheffing als bedoeld in artikel 18d Zvw is geheven en (wordt) geïnd, een en ander van 1 augustus 2014 en met 30 september 2016, en uitsluitend voor zover door het Zorginstituut (in het kader van de eindafrekening) nog geen restitutie van de geïnde bestuursrechtelijke premie heeft plaatsgevonden of zal plaatsvinden. Daartegenover is verzoekster gehouden aan de ziektekostenverzekeraar alsnog de nominale premie voor de zorgverzekering te voldoen – voor zover dat nog niet heeft plaatsgevonden – over de periode dat sprake is geweest van de bestuursrechtelijke premieheffing door het Zorginstituut. Immers, ingevolge artikel 16, tweede lid,

onder b Zvw is geen premie verschuldigd gedurende de periode dat een bestuursrechtelijke premie verschuldigd is. De ziektekostenverzekeraar mag overgaan tot verrekening van vorenbedoelde bestuursrechtelijke premie – alleen voor zover deze door hem daadwerkelijk wordt vergoed – en de door verzoekster over de hiervoor genoemde periode nog te betalen nominale premie.

Zorgkostennota's

- 9.5. Door verzoekster is gesteld dat de ziektekostenverzekeraar verschillende door haar ingediende zorgkostennota's niet heeft vergoed. Zo heeft zij een aantal declaraties ten bedrage van totaal € 1.706,93 ter zake van medicinale cannabis ingediend die door de ziektekostenverzekeraar slechts gedeeltelijk (€ 1.210,98) zijn vergoed. De ziektekostenverzekeraar heeft in dit verband aangevoerd dat een gedeelte van de declaraties is verrekend met een op dat moment bestaande betalingsachterstand. Voor zover verzoekster stelt dat hij hiertoe niet gerechtigd was, overweegt de commissie dat de ziektekostenverzekeraar op grond van artikel 15, vijfde lid, onder c van de zorgverzekering de bevoegdheid heeft bedongen uitkeringen te verrekenen met achterstallige premies. Door de ziektekostenverzekeraar is gesteld dat op 24 oktober 2016 (de datum van de verrekening) sprake was van een betalingsachterstand. Aangezien verzoekster deze stelling niet gemotiveerd heeft bestreden, stond het de ziektekostenverzekeraar op grond van voornoemd artikel vrij het bedrag van € 495,95 niet aan verzoekster uit te betalen, maar dit te verrekenen met de nog openstaande vordering.
- 9.6. Voorts heeft verzoekster gesteld dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is nog € 2,42 ter zake van afgeleverde geneesmiddelen te vergoeden. De ziektekostenverzekeraar heeft in dit verband toegelicht dat dit bedrag betrekking heeft op een nota van BENU Apotheek van 5 januari 2016 inzake de aflevering van cannabis flos Bedrocan, die € 50,94 bedroeg. Genoemd bedrag bestond uit materiaalkosten van € 36,57 en afleverkosten van € 14,37. Aangezien de ziektekostenverzekeraar met de apotheek ter zake van de afleverkosten een gemaximeerd tarief is overeengekomen van € 11,95 blijft een bedrag van € 2,42 (€ 14,37 - € 11,95) voor rekening van verzoekster. De commissie overweegt dienaangaande het volgende.
- 9.7. Vast staat dat de onderhavige zorgverzekering een restitutiepolis is op grond waarvan verzoekster vrijheid van keuze van zorgaanbieder heeft en zij in beginsel aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van de betreffende zorg. Echter, de ziektekostenverzekeraar heeft, bijvoorbeeld ter zake van farmaceutische zorg, ervoor gekozen voor deze zorgverzekering ook zorg te contracteren. De commissie is van oordeel dat voor zover een gecontracteerde zorgaanbieder zorg heeft geleverd die behoort tot de verzekerde prestaties op grond van de zorgverzekering, de ziektekostenverzekeraar jegens zijn verzekerde verantwoordelijk is voor het handelen van de door hem gecontracteerde zorgaanbieder. Indien de zorgaanbieder zich niet houdt aan de gemaakte afspraken - zoals in casu kennelijk het geval is - dient de ziektekostenverzekeraar dit rechtstreeks met de zorgaanbieder op te nemen en kan de ziektekostenverzekeraar de negatieve financiële consequenties van het optreden van de zorgaanbieder niet ten laste van de verzekerde (in casu: verzoekster) brengen. De ziektekostenverzekeraar is daarom gehouden de (meer)kosten van € 2,42 aan verzoekster te vergoeden.

Hoogte betalingsachterstand

- 9.8. Rest de vraag wat de huidige stand van zaken met betrekking tot de betalingsachterstand is. Door de ziektekostenverzekeraar zijn financiële overzichten naar de stand van 30 maart 2017 overgelegd. Uit deze overzichten blijkt dat door verzoekster met betrekking tot de periode van 1 januari 2011 tot en met 31 december 2016 niet alle verschuldigde bedragen zijn betaald en dat per saldo nog een bedrag openstaat van € 58,22, exclusief rente en incassokosten, en de hiervoor onder 9.4 bedoelde nominale premie over de periode van 1 augustus 2014 tot en met 30 september 2016.
- 9.9. Daartoe door de commissie in de gelegenheid gesteld, heeft verzoekster niet aannemelijk gemaakt dat de verschuldigde bedragen over genoemd tijdvak wél steeds tijdig en volledig zijn betaald. Het is de commissie gebleken dat alle door verzoekster verrichte betalingen, althans alle betalingen

waarvan door haar bewijzen zijn overgelegd, door de ziektekostenverzekeraar zijn ontvangen. Dat daarnaast door haar meer of andere betalingen zijn gedaan dan die welke uit de financiële overzichten van 30 maart 2017 blijken, is in de procedure niet gebleken. Gezien het voorgaande is de commissie van oordeel dat de overzichten van 30 maart 2017 als juist hebben te gelden en dat de betalingsachterstand met betrekking tot de periode van 1 januari 2011 tot en met 31 december 2016 naar de stand van 30 maart 2017 totaal € 58,22, exclusief rente en incassokosten, bedraagt. Genoemd bedrag is tevens exclusief de hiervoor onder 9.4 nog door verzoekster verschuldigde nominale premie.

Conclusie

- 9.10. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek gedeeltelijk dient te worden toegewezen, in die zin dat de ziektekostenverzekeraar verzoekster op 22 juli 2014 ten onrechte heeft aangemeld als wanbetaler bij het Zorginstituut en dat hij de daarmee voor verzoekster gepaard gaande financiële gevolgen ongedaan dient te maken. Daarnaast bepaalt de commissie dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster een bedrag van € 2,42 ter zake van de afleverkosten van cannabis flos Bedrocan moet nabetalen.
Het meer of anders verzochte dient te worden afgewezen.
- 9.11. Aangezien het verzoek deels wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,-- aan verzoekster te vergoeden.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek gedeeltelijk toe op de wijze als onder 9.10 is omschreven.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden het entreegeld van € 37,--.

Zeist, 21 juni 2017,

A.I.M. van Mierlo