

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B tegen C te D
Zaak : Eigen risico
Zaaknummer : 2012.00489
Zittingsdatum : 29 augustus 2012

1. Partijen

De heer A te B hierna te noemen: verzoeker,

tegen

B te C, 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 Gemeentepolis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Deze verzekering is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Bij brief van 5 maart 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat hij een bedrag van € 170,-- is verschuldigd ter zake van het verplichte eigen risico 2011 in verband met de kosten van aan hem afgeleverde geneesmiddelen.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 9 januari 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. Met het klachtenformulier van 22 februari 2012 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is ter zake van de aan hem afgeleverde geneesmiddelen af te zien van het in rekening brengen van het verplichte eigen risico 2011 (hierna: het verzoek).
- 3.4. 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.
- 3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de onder 3.4 bedoelde brief van de commissie in eerste instantie aangezien voor een verzoek tot heroverweging. Op 22 mei 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar nogmaals de bestreden beslissing heroverwogen.

- 3.6. Daarna gevraagd, heeft de ziektekostenverzekeraar de commissie bij brief van 1 juli 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 10 juli 2012 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 1 augustus 2012 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Verzoeker is op 29 augustus 2012 in persoon gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch aan de zitting deelgenomen.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker gebruikt de aan hem voorgeschreven geneesmiddelen al jaren. De kosten hiervan werden altijd volledig door de ziektekostenverzekeraar vergoed. Nu moet hij de kosten ineens zelf betalen. Verzoeker dient deze geneesmiddelen te gebruiken als gevolg van een medische misser. Hij mag daarom niet worden belast met extra kosten voor geneesmiddelen; alle medische kosten moeten worden vergoed. Zo nodig kan de ziektekostenverzekeraar de kosten verhalen op het ziekenhuis waar destijds de medische fout is gemaakt.
- 4.2. Ter zitting is door verzoeker benadrukt dat bij hem in het verleden een medische fout is gemaakt die ernstige gevolgen heeft gehad. Hierdoor moet hij nu nog steeds geneesmiddelen gebruiken. De ziektekostenverzekeraar heeft hem sindsdien in de steek gelaten. Ter aanvulling voert verzoeker aan dat hij ook een uitspraak van de commissie wil over voornoemde medische fouten, de overdracht van de incasso van een betalingsachterstand aan de deurwaarder en het niet vergoeden van reiskosten en andere zorgkosten.
- 4.3. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. Het wettelijk verplichte eigen risico bedroeg in 2011 € 170,--. De kosten van de aan verzoeker in 2011 geleverde geneesmiddelen zijn vergoed ten laste van de zorgverzekering. Op dat moment was het eigen risico 2011 echter nog niet 'vol gemaakt'. De kosten ter hoogte van € 170,-- zijn daarom terecht bij verzoeker in rekening gebracht.
- 5.2. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat de zaak over de medische misser reeds door het Centraal Tuchtcollege is behandeld en dat verzoeker hierbij in het ongelijk is gesteld. De complicatie die destijds is opgetreden is niet ongebruikelijk. De beëindiging van de reiskostenvergoeding stamt uit 2004. Indien verzoeker thans aanspraak wil maken op reiskostenvergoeding, kan hij hiervoor een aanvraag indienen. Het eigen risico is op grond van de zorgverzekering verschuldigd. Verzoeker is in verband met een betalingsachterstand terecht aangemeld bij het College voor Zorgverzekeringen. Enkele nota's voor zorg in het buitenland zijn vergoed. Bepaalde nota's zijn niet vergoed, omdat verzoeker geen aanvullende ziektekostenverzekering heeft en deze kosten niet gedekt worden door de zorgverzekering.

5.3. 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 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 de ziektekostenverzekeraar, ter zake van de aan verzoeker afgeleverde geneesmiddelen, terecht het verplichte eigen risico 2011 ten bedrage van € 170,-- in rekening heeft gebracht.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

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

8.2. Artikel 7 van de zorgverzekering ziet op het verplichte eigen risico, en luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

“Als u 18 jaar of ouder bent, hebt u een verplicht eigen risico van € 170,- per kalenderjaar. De kosten van zorg blijven tot dit bedrag voor uw rekening. (...)

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);*
- verloskundige zorg en kraamzorg. Houdt u er rekening mee dat hiermee samenhangende kosten niet tot de uitzonderingen behoren. Dit betekent dat bijvoorbeeld geneesmiddelen, bloedonderzoek, vlokentest of ziekenvervoer wel meetellen voor het verplicht eigen risico;*
- de door ons gecontracteerde zorgaanbieders voor het stoppen-met-rokenprogramma als u dit programma volledig hebt afgerond;*
- 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 19, Transplantaties van weefsels en organen onder omschrijving, punt d is verstreken;*
- eventuele eigen bijdragen en/of eigen betalingen.”*

8.3. Artikel 7 van de zorgverzekering is volgens de artikelen 2.3, 2.9 en 2.10 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.4. Artikel 11, lid 1, onderdeel b 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 vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.
Het eigen risico is geregeld in de artikelen 2.17 en 2.18 Bzv.

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.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Verzoeker is ingevolge de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden voor het jaar 2011 een bedrag van maximaal € 170,-- ter zake van het wettelijk verplichte eigen risico verschuldigd voor zorg die ten laste van de zorgverzekering komt.
- 9.2. Tussen partijen is niet in geschil dat de afgeleverde geneesmiddelen een verzekerde prestatie op basis van de zorgverzekering vormen en dat ten tijde van de aflevering van de geneesmiddelen het maximaal verschuldigde bedrag aan eigen risico voor het jaar 2011 nog niet was voldaan. Aangezien voorts niet is gebleken dat de gedeclareerde kosten, zorg betreffen die op grond van artikel 7 van de zorgverzekering van het eigen risico is uitgezonderd, is de commissie van oordeel dat de ziektekostenverzekeraar in het kalenderjaar 2011 niet méér kosten ten laste van het eigen risico van verzoeker heeft gebracht dan waartoe hij op grond van de polis gerechtigd was. Dat verzoeker de geneesmiddelen moet gebruiken – naar hij stelt – als gevolg van een medische fout maakt het voorgaande niet anders.
- 9.3. Ter zitting heeft verzoeker tevens andere punten aan de orde gesteld. Deze hebben evenwel geen betrekking op het onderhavige geschil. Blijkens het klachtenformulier van 22 februari 2012 dat de klacht betrekking heeft op de heroverweging van 9 januari 2012 en dus op het verschuldigde eigen risico over 2011. Bovendien heeft de commissie verzoeker met haar brief van 22 maart 2012 bevestigd dat het onderhavige geschil betrekking heeft het niet vergoeden van enkele geneesmiddelen.

Conclusie

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

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 12 september 2012,

Voorzitter