

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C te D in deze vertegenwoordigd door E
Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, verstrekking E 112-formulier, ingangsdatum zorgverzekering, premie
Zaaknummer : 2009.02042
Zittingsdatum : 7 april 2010

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

2. C te D hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar, vertegenwoordigd door E
De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar de verstrekking van een E 112-formulier ten behoeve van een behandeling in verband met psoriasis te Aken (Duitsland) (hierna: de aanspraak) te weigeren, en bij haar een bedrag aan verschuldigde premie, wettelijk eigen risico en een eigen bijdrage te vorderen.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van het ontstaan van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] Natura Polis (hierna: de zorgverzekering), wat een verzekering is als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering [naam ziektekostenverzekeraar] Zuid-Limburg afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. De ziektekostenverzekeraar heeft diverse malen aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen, en dat van haar een openstaand bedrag aan premie, wettelijk eigen risico en een eigen bijdrage ter hoogte van in totaal € 860,17 wordt gevorderd.
- 3.3. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. De ziektekostenverzekeraar heeft meermalen telefonisch en schriftelijk, waaronder in zijn brief van 9 juli 2009, aan verzoekster medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. Bij brief van 22 september 2009 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, en de vordering van € 860,17 te laten vervallen (hierna: het verzoek).
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit ver-

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

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief van 1 februari 2010 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 8 februari 2010 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 22 februari 2010 telefonisch medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden.
- 3.8. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 7 april 2010 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Verzoekster stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat zij kampt met psoriasis, waarvoor zij in Aken (Duitsland) een behandeling wenst te ondergaan. Zij heeft de ziektekostenverzekeraar verzocht om afgifte van een E 112-formulier. Dit is haar echter geweigerd.
- 4.2. Verder is door de ziektekostenverzekeraar een bedrag aan premie, het wettelijk eigen risico 2009 en een eigen bijdrage gevorderd. Verzoekster merkt op dat zij alle premie die zij was verschuldigd, heeft voldaan. De achterstand betreft een bedrag aan premie dat betrekking heeft op maanden waarin zij geen zorg kon genieten, omdat zij nog geen verzekeringspasje had ontvangen. Dit pasje heeft verzoekster eerst in maart 2009 gekregen.
- 4.3. Ter zitting is door verzoekster aangevoerd dat zij kampt met psoriasis en reuma. Haar situatie is blijvend verslechterd. Zij kon terecht bij Uniklinikum om de hoek, maar moest van de ziektekostenverzekeraar dertig kilometer reizen naar een ziekenhuis in Nederland. Verder was de adressering van de post onjuist, waardoor zij in eerste instantie geen pasje kreeg. Het pasje voor het volgende jaar ontving zij veel later. Verzoekster kon hierdoor geen zorg genieten en weigert dan ook de premie voor 2008 te betalen. Inmiddels is zij voor haar klachten onder behandeling in Maastricht. De ziektekostenverzekeraar vergoedt daarvan wel de nota's.
- 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. De ziektekostenverzekeraar stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat verzoekster zich op 11 augustus 2008 in Nederland heeft gevestigd. De premie over 2008, ten bedrage van € 510,90, staat nog open. Verder heeft nog een verrekening van een declaratie plaatsgevonden, zodat het totale over 2008 verschuldigde bedrag komt op € 569,90. Voor 2009 staat nog een bedrag van € 290,27 open.
- 5.2. Met betrekking tot de verstrekking van een E 112-formulier merkt de ziektekostenverzekeraar op dat niet bekend is welke behandeling verzoekster in Aken wenst te ondergaan, zodat niet beoordeeld kan worden of een dergelijk formulier dient te worden verstrekt. Het eerste consult bij de desbetreffende kliniek zal worden vergoed, zodat

verzoekster de mogelijkheid heeft een behandelplan op te vragen en dit naar de ziektekostenverzekeraar te zenden.

- 5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat verzoekster in augustus 2008 in Nederland is komen wonen. De aanmelding vond pas in december plaats. Vanwege de late aanmelding moest zij met terugwerkende kracht premie betalen. Een pasje is niet verzonden, aangezien het jaar al bijna om was. Het pasje voor 2009 kwam inderdaad later. Er was sprake van een foutief adres, maar het bleek moeilijk dit te corrigeren, aangezien het adres van verzoekster geheim is. Hoewel zij geen pasje had, kon verzoekster gewoon naar een arts of ziekenhuis. Waar het gaat om de stelling van verzoekster dat zij zorg geniet in Maastricht en dat de ziektekostenverzekeraar daarvan de nota's vergoedt, merkt de ziektekostenverzekeraar op dat geen nota's zijn gedeclareerd en derhalve ook niet vergoed.

- 5.4. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat verstrekking van het E 112-formulier terecht is geweigerd, en dat de gevorderde bedragen van € 569,90 respectievelijk € 290,27 juist zijn.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is 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 gehouden is aan verzoekster een E 112-formulier te verstrekken, en voorts of hij gerechtigd is van verzoekster een bedrag van in totaal € 860,17 te vorderen.

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 (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 12 tot en met 36 van de zorgverzekering. Artikel 14 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten deze plegen te bieden, met inbegrip van het daarbij behorende laboratoriumonderzoek. (...)”

Artikel 9 van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland.

Artikel 3.3 van de zorgverzekering regelt de verschuldigdheid van premie en luidt, voor zover hier van belang:

“De verzekeringnemer is premie verschuldigd. (...)”

In artikel 3.7 van de zorgverzekering zijn de gevolgen van niet-tijdige betaling geregeld. Het artikel luidt, voor zover hier van belang:

“Als de verzekeringnemer niet tijdig voldoet aan de verplichting tot betaling van de premie, wettelijke bijdragen, eigen risico en kosten kan de zorgverzekeraar de dekking schorsen en/of de verzekering beëindigen, nadat de verzekeringnemer vruchteloos schriftelijk is aangemaand tot betaling binnen een in de aanmaning gestelde termijn van ten minste 14 dagen. (...)”

Artikel 6.1 van de zorgverzekering bepaalt wanneer de zorgverzekering aanvangt en luidt, voor zover hier van belang:

“De verzekeringsovereenkomst gaat in op de dag waarop de zorgverzekeraar het verzoek van de verzekeringnemer tot het sluiten van de verzekeringsovereenkomst heeft ontvangen. (...) Als de verzekeringsovereenkomst ingaat binnen vier maanden nadat de verzekeringsplicht is ontstaan, werkt deze zonedig in afwijking van artikel 925, eerste lid, van boek 7 van het Burgerlijk Wetboek, terug tot en met de dag waarop die plicht ontstond.”

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

“Iedere verzekerde van 18 jaar en ouder heeft een verplicht eigen risico van € 155,- per kalenderjaar. (...)”

Het verplicht eigen risico geldt voor alle zorgvormen zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden, met uitzondering van:

- *de kosten van huisartsenzorg;*
- *de kosten van verloskundige zorg en kraamzorg;*
- *de kosten voor mondzorg voor verzekerden jonger dan 22 jaar (...)*
- *hulpmiddelen in bruikleen (...)*
- *de kosten van door de zorgverzekeraar nader aan te wijzen zorgproducten (...) of diensten van voorkeursleveranciers. (...) “*

- 8.3. De artikelen 3, 6, 9 en 14 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2.1 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.4. 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. Medisch-specialistische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv. Artikel 13 Zvw regelt de aanspraak op zorg indien gebruik wordt gemaakt van een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverlener. De artikelen 16 en 17 Zvw regelen de verschuldigdheid en de grondslag van premie. Artikel 5 Zvw bepaalt wanneer een zorgverzekering ingaat. Het wettelijk verplicht eigen risico is geregeld in artikel 19 Zvw en verder uitgewerkt in artikel 2.17 Bzv.
- 8.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 8.6. Artikel 22 van EG-Verordening 1408/71 luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

“1. De werknemer die aan de door de wettelijke regeling van de bevoegde Staat gestelde voorwaarden voor het recht op prestaties voldoet, eventueel met inachtneming van artikel 18, en (...)

c) die van het bevoegde orgaan toestemming heeft ontvangen om zich naar het grondgebied van een andere Lid-Staat te begeven ten einde aldaar een voor zijn gezondheidstoestand passende behandeling te ondergaan, heeft recht op:

i) verstrekkingen, welke voor rekening van het bevoegde orgaan door het orgaan van de woon- of verblijfplaats worden verleend, volgens de door dit orgaan toegepaste wettelijke regeling, alsof deze werknemer bij laatstbedoeld orgaan was aangesloten; het tijdvak gedurende hetwelk de verstrekkingen worden verleend, wordt evenwel bepaald door de wettelijke regeling van de bevoegde Staat;

ii) uitkeringen, welke door het bevoegde orgaan worden verleend volgens de door dit orgaan toegepaste wettelijke regeling. Na overeenstemming tussen het bevoegde orgaan en het orgaan van de woon- of verblijfplaats kunnen deze uitkeringen evenwel door laatstbedoeld orgaan voor rekening van het eerstbedoelde worden verleend volgens de wettelijke regeling van de bevoegde Staat.

2. (...) De op grond van lid 1, sub c), vereiste toestemming mag niet worden geweigerd wanneer de desbetreffende behandeling niet op het grondgebied van de Lid-Staat, waarop hij woont, aan de betrokkene kan worden gegeven. (...)”

9. Beoordeling van het geschil

- 9.1. Verzoekster heeft in de eerste plaats verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is haar een E 112-formulier te verstrekken voor een behandeling in Aken in verband met psoriasis. De commissie heeft verzocht om specifieke informatie over deze behandeling, zodat een beoordeling kan plaatsvinden of verzoekster aanspraak heeft op deze zorg. In dat geval zou ook kunnen worden beoordeeld of de ziektekostenverzekeraar gehouden is haar een E 112-formulier te verstrekken. Verzoekster heeft echter nagelaten genoemde informatie te verstrekken, zodat de commissie moet concluderen dat afgifte van het formulier terecht is geweigerd.
- 9.2. Voorts is in geschil of verzoekster een bedrag aan premie is verschuldigd over het tijdvak gelegen tussen 11 augustus 2008 en de maand waarin verzoekster van de ziektekostenverzekeraar een verzekeringspasje heeft gekregen, te weten maart 2009. Dienaangaande overweegt de commissie dat tussen partijen niet in geschil is dat verzoekster met ingang van 11 augustus 2008 in Nederland woont, en dat zij zich niet per direct heeft aangemeld bij de ziektekostenverzekeraar. Kennelijk geschiedde de aanmelding echter wel binnen vier maanden na genoemde datum, zodat deze datum als ingangsdatum van de zorgverzekering moet worden gehanteerd. Vanaf dat moment is verzoekster ook premie verschuldigd. De totaal verschuldigde premie over de hiervoor geduide periode bedraagt € 510,90. Na verrekening met een nog openstaande declaratie wordt het bedrag € 569,90.
- 9.3. Voorts heeft de ziektekostenverzekeraar een overzicht gegeven van de nog openstaande premie in 2009, namelijk een bedrag van € 290,27. Verzoekster heeft enkele betalingsbewijzen overgelegd, waaruit volgens haar blijkt dat deze premie is betaald. Gezien het overzicht van de ziektekostenverzekeraar en dat van verzoekster is de commissie van oordeel dat verzoekster de premie voor 2009 volledig heeft voldaan. Hetgeen nog openstaat, is een bedrag van € 155,-- respectievelijk € 56,40 waarbij vermeld wordt dat het gaat om “kenmerk kostenoverzicht 50819762” respectievelijk “kenmerk kostenoverzicht 55250731”. De derde nog openstaande post heeft betrek-

king op administratiekosten, en bedraagt € 15,--. Verder staat nog een bedrag open van € 113,86 aan premie voor de maand februari 2010.

- 9.4. Het bedrag van € 56,40 heeft verzoekster – mede blijkens haar eigen overzicht – op 22 juni 2009 voldaan tot een bedrag van € 49,99. Resteert dus nog € 6,41. Dit bedrag heeft betrekking op door de ziektekostenverzekeraar ten onrechte vergoede ziektekosten/een eigen bijdrage, zodat ook deze kosten terecht bij verzoekster in rekening zijn gebracht. Het bedrag van € 155,-- heeft betrekking op het wettelijk verplicht eigen risico 2009. De administratiekosten ad € 15,-- mogen door de ziektekostenverzekeraar in rekening worden gebracht, aangezien verzoekster blijkens haar eigen overzicht en dat van de ziektekostenverzekeraar stelselmatig de premie te laat betaalt. Verder is zij reeds sinds enkele maanden het wettelijk verplicht eigen risico aan de ziektekostenverzekeraar verschuldigd. In totaal is daarom over 2009 en februari 2010 een bedrag verschuldigd van (€ 155,-- + € 6,41 + € 15,-- + € 113,86) € 290,27.

Conclusie

- 9.5. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen, en dat wordt vastgesteld dat verzoekster aan de ziektekostenverzekeraar een bedrag van (€ 569,90 + € 290,27) € 860,17 verschuldigd is.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af en bepaalt dat verzoekster aan de ziektekostenverzekeraar een bedrag van € 860,17 is verschuldigd.

Zeist, 19 mei 2010,

Voorzitter