



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen NV Univé Zorg te Zwolle
Zaak : Farmaceutische zorg, eigen risico, acceptgirokosten
Zaaknummer : 201602652
Zittingsdatum : 22 februari 2017

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden zorgverzekering 2016, artt. 10, 11, 19, 21 en 23 Zvw, 2.1 en 2.8 Bzv, 2.5 en Bijlage 1 en 2 Rzv)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

NV Univé Zorg te Zwolle, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Univé Zorg Vrij Polis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1 onderdeel d Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst 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. Verzoeker heeft de zorgverzekeraar verzocht de bij hem in rekening gebrachte kosten ter zake van het verplicht eigen risico 2016 te corrigeren. Bij brief van 7 september 2016 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat van hem ten onrechte een bedrag van € 35,90 is gevorderd.

3.2. Verzoeker is hierna bij de zorgverzekeraar opgekomen tegen de wijze van facturatie en het in rekening brengen van het verplicht eigen risico 2016. Bij brief van 21 oktober 2016 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat het rechtstreeks declareren door gecontracteerde zorgaanbieders ongewijzigd blijft.

3.3. Bij brief van 25 november 2016 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de bij hem in rekening gebrachte kosten ter zake van (i) het verplicht eigen risico 2016 ten bedrage van € 221,93 te corrigeren en (ii) de kosten voor het toezenden van acceptgirokaarten te laten vervallen (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 zorgverzekeraar 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 zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 19 januari 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 20 januari 2017 aan verzoeker gezonden.

3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 23 januari 2017 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De zorgverzekeraar heeft op 6 februari 2017 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.

- 3.7. 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.
- 3.8. 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.
- 3.9. Verzoeker is op 22 februari 2017 in persoon gehoord. De zorgverzekeraar heeft telefonisch aan de hoorzitting deelgenomen.
- 3.10. Na afloop van de hoorzitting heeft de commissie de zorgverzekeraar verzocht een actueel financieel overzicht over te leggen, hetgeen de zorgverzekeraar bij e-mailbericht van 8 maart 2017 heeft gedaan. Een afschrift hiervan is aan verzoeker gestuurd waarbij hij in de gelegenheid is gesteld hierop te reageren. Bij brief van 20 maart 2017 heeft verzoeker van de geboden mogelijkheid gebruik gemaakt, waarbij hij tevens zijn verzoek heeft uitgebreid in die zin dat hij de commissie tevens verzoekt te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is alle onterechte declaraties over de jaren 2014 tot en met 2017 terug te betalen. Daarnaast vordert verzoeker van de zorgverzekeraar over deze jaren een schadevergoeding van € 500,- per jaar. Een afschrift van de reactie van verzoeker is ter kennisname aan de zorgverzekeraar gezonden.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. Verzoeker stelt dat hij de diverse zorgaanbieders heeft verzocht de facturen voor de genoten zorg aan hem te zenden. Ondanks deze verzoeken blijven de zorgaanbieders de facturen rechtstreeks aan de zorgverzekeraar sturen. Door deze handelwijze heeft verzoeker niet de mogelijkheid te controleren of door de betrokken zorgaanbieders juist wordt gedeclareerd. Verzoeker vindt dit zeer kwalijk, aangezien de zorgverzekeraar de kosten van bijvoorbeeld afgeleverde geneesmiddelen verrekent met zijn verplicht eigen risico.
- 4.2. De zorgverzekeraar heeft ter zake van deze afgeleverde geneesmiddelen bij verzoeker aanvankelijk een bedrag van € 257,83 in rekening gebracht. Nadat verzoeker hierover bij de zorgverzekeraar had gereclameerd, is gebleken dat de apotheek ten onrechte een bedrag van € 35,90 had gedeclareerd. Weliswaar heeft de zorgverzekeraar dit gecorrigeerd, maar hij heeft de resterende vordering vervolgens overgedragen aan zijn incassogemachtigde, zodat verzoeker thans een bedrag van € 328,70 dient te voldoen. Verzoeker is hiertoe niet bereid.
- 4.3. Verder stelt verzoeker dat hij de verschuldigde premie door middel van een periodieke overboeking overmaakt aan de zorgverzekeraar. Desondanks stuurt de zorgverzekeraar verzoeker maandelijks een acceptgirokaart. Voor het toezenden van deze acceptgirokaarten brengt de zorgverzekeraar kosten in rekening, naar de mening van verzoeker ten onrechte.
- 4.4. Ter zitting is door verzoeker herhaald dat hij de aan de zorgverzekeraar verschuldigde bedragen betaalt door middel van een periodieke overboeking of een overschrijvingskaart. Aangezien verzoeker om hem moverende redenen geen incassomachtiging wil afgeven en hij daarnaast geen toegang heeft tot internet, is hij voor de hoogte van de bedragen en het betalingskenmerk aangewezen op de acceptgirokaarten. Verzoeker stelt dat het niet redelijk is dat de zorgverzekeraar in een dergelijke situatie hiervoor € 1,50 per keer in rekening brengt.
- 4.5. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

4.6. In reactie op het e-mailbericht van 8 maart 2017 van de zorgverzekeraar stelt verzoeker dat hij sinds lange tijd met de zorgverzekeraar van mening verschilt over of alle verschuldigde bedragen zijn betaald. Daar komt bij dat de zorgverzekeraar veel toezeggingen doet, maar deze niet nakomt. Om die reden meent verzoeker dat de zorgverzekeraar gehouden is alle onterechte declaraties met betrekking tot de jaren 2014 tot en met 2017 terug te betalen. Daarnaast vordert verzoeker over deze jaren een schadevergoeding van € 500,- per jaar voor alle tijd en moeite die hij aan de kwestie heeft moeten besteden.

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

5.1. Verzoeker heeft in 2016 door de apotheken Boots en Alcura medicijnen afgeleverd gekregen. De betreffende apotheken hebben voor deze zorg bij de zorgverzekeraar een bedrag van totaal € 257,83 gedeclareerd. Nadat verzoeker bij de zorgverzekeraar een klacht had ingediend, heeft deze contact opgenomen met Alcura apotheek. Deze apotheek heeft de zorgverzekeraar medegedeeld tot en met 23 mei 2016 aan verzoeker incontinentiemateriaal te hebben geleverd. Dit betekent dat de kosten van de aflevering van het incontinentiemateriaal op 1 juni 2016, ten bedrage van totaal € 35,90, niet terecht bij verzoeker in rekening zijn gebracht. De zorgverzekeraar zal een en ander corrigeren.

5.2. Verder stelt de zorgverzekeraar dat hij met veel zorgaanbieders afspraken heeft gemaakt over het rechtstreeks declareren van nota's. Dit geldt ook in het geval dat een verzekerde een restitutiepolis heeft afgesloten. Indien verzoeker de nota's eerst wil zien alvorens deze gedeclareerd worden, dient hij dit te bespreken met zijn zorgaanbieders.

5.3. Voorts komt verzoeker op tegen het feit dat de zorgverzekeraar maandelijks een bedrag van € 1,50 extra in rekening brengt voor het gebruik van acceptgirokaarten. Met betrekking hiertoe merkt de zorgverzekeraar op dat deze kosten niet in rekening worden gebracht indien verzoeker kiest voor afgifte van een incassomachtiging of het ontvangen van de nota via 'Mijn Univé Zorg'. Aangezien verzoeker niet hier voor heeft gekozen, wordt een bedrag van € 1,50 per berekend voor het toezenden van de acceptgirokaarten.

5.4. Ter zitting is door de zorgverzekeraar herhaald dat hij een aantal betaalmogelijkheden biedt die gratis zijn, namelijk automatische incasso of betaling via 'Mijn Univé'. Indien een verzekerde betaalt door middel van een acceptgirokaart worden hiervoor kosten in rekening gebracht. Daarbij wenst de zorgverzekeraar op te merken dat verzoeker, bij de betalingen die hij doet door middel van een periodieke overboeking, geen betalingskenmerk vermeldt. Zonder de vermelding van dit kenmerk kunnen de betalingen niet digitaal worden verwerkt. Omdat verzoeker geen gebruik maakt van de kosteloze betaalmogelijkheden worden aan hem acceptgirokaarten gestuurd met daarop het zestiencijferig betalingskenmerk. Indien verzoeker bij zijn toekomstige betalingen dit zestiencijferig betalingskenmerk vermeldt, kan worden onderzocht of de kosten voor de acceptgirokaarten kunnen vervallen.

5.5. Bij e-mailbericht van 8 maart 2017 heeft de zorgverzekeraar een financieel overzicht overgelegd. Voorts heeft de zorgverzekeraar verklaard de acceptgirokosten voor de maanden februari en maart 2017 uit coulance kwijt te schelden.

5.6. De zorgverzekeraar 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 bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

7.1. In geschil is of de zorgverzekeraar gehouden is (i) de bij verzoeker in rekening gebrachte bedragen ter zake van het verplicht eigen risico 2016 (€ 221,93) te corrigeren en (ii) de acceptgirokaartkosten te laten vervallen.

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 restitutiepólis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 e.v. van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 32 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op farmaceutische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"Artikel 32. Geneesmiddelen

Omschrijving

Uw recht op vergoeding van de kosten van farmaceutische zorg omvat levering van geneesmiddelen of advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden voor medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van geneesmiddelen.

Deze zorg omvat ook:

- terhandstelling van een receptplichtig geneesmiddel;*
- terhandstelling en begeleidingsgesprek van een voor u nieuw receptplichtig geneesmiddel;*
- instructie van een hulpmiddel dat wordt gebruikt voor een receptplichtig geneesmiddel;*
- medicatiebeoordeling van chronisch receptplichtig geneesmiddelengebruik.*

(...)"

8.4. Artikel 7 van de zorgverzekering ziet op het verplicht eigen risico, en dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

"7.1. Hoogte verplicht eigen risico

Als u 18 jaar of ouder bent, hebt u een verplicht eigen risico van € 385 per kalenderjaar. De kosten van zorg blijven tot dit bedrag voor uw rekening. Als u in de loop van een kalenderjaar 18 jaar wordt, geldt het verplicht eigen risico vanaf de eerste dag van de kalendermaand na de 18e verjaardag. De hoogte van het verplicht eigen risicobedrag wordt in dat geval berekend volgens de berekeningswijze als vermeld in artikel 7.4.

(...)"

8.5. Artikel 3 van de zorgverzekering luidt, voor zover hier van belang:

"3.4. Betaling van premie, wettelijke bijdragen, eigen risico en kosten

3.4.1. U bent verplicht de premie en (buitenlandse) wettelijke bijdrage maandelijks voor alle verzekerden vooruit te betalen, tenzij anders is overeengekomen. Als u de premie per jaar vooraf betaalt, ontvangt u een termijnbetalingskorting op de te betalen premie. De hoogte van de korting is op het polisblad vermeld.

3.4.2. U betaalt de premie, eigen risico, eigen bijdragen en onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen op de betalingswijze zoals met ons is overeengekomen.

Kosteloze betaalmogelijkheden

a. U machtigt ons voor automatische incasso van verschuldigde bedragen (zie ook artikel 3.4.3).

b. U maakt gebruik van de mogelijkheid om via 'Mijn Univé Zorg' gratis een digitale nota te ontvangen. In dat geval moet u zelf zorgen voor tijdige betaling. Dit kan desgewenst direct via iDeal.

c. Uw werkgever houdt de premie in op uw salaris en draagt deze aan ons af. Deze betaalmogelijkheid heeft alleen betrekking op de premie.

Aan deze betaalmogelijkheden zijn geen extra kosten verbonden.

Kosten voor betaling per papieren acceptgiro

*Als u geen gebruikmaakt van de kosteloze betaalmogelijkheden voor uw premie, dan betaalt u € 1,50 voor alle kosten die gemaakt worden voor het in stand houden, vervaardigen en aanbieden van een papieren factuur en het verwerken van uw betaling. Ook als u voor de betaling geen gebruikmaakt van de papieren factuur of acceptgiro. U ontvangt ook een papieren acceptgiro als een automatische incasso van uw premie niet kan worden uitgevoerd of als u een betalingsregeling met ons aangaat en u kiest voor betaling per acceptgiro. Ook dan betaalt u per papieren acceptgiro € 1,50. Betaalt u uw premie per kwartaal of jaar en u kiest voor betaling per acceptgiro? Dan zijn hieraan voor u geen extra kosten verbonden.
(...)"*

- 8.6. De artikelen 3, 7 en 32 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).
- 8.7. 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. Farmaceutische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.8 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.5 en Bijlage 1 en 2 Rzv. Het verplicht eigen risico is geregeld in de artikelen 19, 21 en 23 Zvw, en nader uitgewerkt in de artikelen 2.17 e.v. Bzv.
- 8.8. 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 zorgverzekeraar 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. De commissie merkt allereerst op dat verzoeker op 20 maart 2017, zonder daartoe door de commissie in de gelegenheid te zijn gesteld, zijn verzoek heeft uitgebreid in die zin dat hij de commissie tevens verzoekt te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is alle - zijns inziens onterechte - declaraties over de jaren 2014 tot en met 2017 terug te betalen. Daarnaast vordert verzoeker van de zorgverzekeraar over deze jaren een schadevergoeding van € 500,- per jaar. Nog daargelaten dat deze onderdelen van het verzoek op geen enkele wijze zijn onderbouwd, zijn deze eerst na afloop van de zitting door verzoeker ingebracht. De betreffende vorderingen worden daarom als tardief aangemerkt. Ten aanzien van het aanvankelijk door verzoeker ingediende verzoek overweegt de commissie het volgende.

Eigen risico

- 9.2. De commissie stelt voorop dat zij niet bevoegd is te oordelen over de juistheid van de door de apotheken ingediende declaraties. Aangezien de beide apotheken rechtstreeks bij de

zorgverzekeraar hebben gedeclareerd, heeft verzoeker niet vooraf inzage gehad in de nota's en heeft hij niet de mogelijkheid gehad betaling hiervan te weigeren. De financiële consequenties komen - in de vorm van het eigen risico - echter wel voor zijn rekening. De vraag die ter beantwoording voorligt, is derhalve of de zorgverzekeraar betaling van de nota's had moeten weigeren dan wel bij de apotheken had moeten aandringen op correctie. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.

- 9.3. De zorgverzekeraar heeft naar aanleiding van de klacht van verzoeker contact opgenomen met de apotheken Boots en Alcura en van hen een overzicht ontvangen van alle ten behoeve van verzoeker in de periode van 13 mei tot 1 juni 2016 afgeleverde farmaceutische zorg, waaronder incontinentiemateriaal. Op basis van dit overzicht is Alcura apotheek tot de conclusie gekomen dat een bedrag van € 35,90 ter zake van op 23 mei 2016 aan verzoeker afgeleverd incontinentiemateriaal ten onrechte bij de zorgverzekeraar is gedeclareerd. Genoemd bedrag is dan ook niet door verzoeker verschuldigd. Ten aanzien van de overige gedeclareerde kosten ten bedrage van totaal € 221,93 stelt de zorgverzekeraar dat deze betrekking hebben op geneesmiddelen die op 3, 9 en 13 mei 2016 zijn afgeleverd en dat deze kosten vanwege het eigen risico terecht bij verzoeker in rekening zijn gebracht. Aangezien door verzoeker niet is bestreden dat hij op genoemde data geneesmiddelen afgeleverd heeft gekregen, en niet in geschil is dat het verzekerde en geïndiceerde zorg betreft, is de commissie van oordeel dat de zorgverzekeraar deze kosten terecht aan de beide zorgaanbieders heeft vergoed. Waar het gaat om de verrekening met het verplicht eigen risico geldt het volgende.
- 9.4. Op vergoedingen die ten laste van de zorgverzekering worden verleend, is het verplicht eigen risico van toepassing. In artikel 7.1 van de voorwaarden is bepaald dat iedere verzekerde de eerste € 385,- aan zorgkosten zelf moet betalen. Bepaalde zorgvormen zijn echter uitgesloten van het eigen risico. Farmaceutische zorg behoort niet hier toe, zodat verzoeker voor de betreffende geneesmiddelen het verplicht eigen risico is verschuldigd. Verzoeker heeft niet gesteld dat het verplicht eigen risico 2016 reeds was volgemaakt ten tijde van het in rekening brengen van de € 221,93. Daarom neemt de commissie als vaststaand aan dat dit bedrag aan eigen risico destijds nog openstond en is verzoeker dit bedrag aan de zorgverzekeraar verschuldigd. Omdat verzoeker betaling heeft geweigerd, mocht de zorgverzekeraar besluiten tot overdracht van de vordering aan zijn incassogemachtigde, met extra kosten tot gevolg.

Kosten acceptgirokaarten

- 9.5. Door verzoeker is gesteld dat de zorgverzekeraar sinds enkele jaren bij hem maandelijks een bedrag van € 1,50 extra in rekening brengt voor het toezenden van acceptgirokaarten. Met betrekking hiertoe merkt de commissie op dat verzoeker in het kader van de uitvoering van de zorgverzekering diverse betalingen dient te verrichten. Enkele daarvan zijn periodiek, zoals de premie. Andere betalingen zijn incidenteel, zoals het eigen risico, eventuele eigen bijdragen en zorgkosten. Naar de commissie begrijpt spitst het geschil zich toe op de periodieke betalingen. In dit verband moet onderscheid worden gemaakt tussen de facturatie en de betaalmethode. Waar het de betaalmethode betreft, is door de zorgverzekeraar betoogd dat er twee kosteloze wijzen van betalen worden aangeboden. In dat kader is de mogelijkheid van afgifte van een machtiging tot automatische incasso genoemd. Verzoeker wenst hiertoe om hem moverende - en te respecteren redenen - niet over te gaan. Afgifte van een incassomachtiging kan niet worden afgedwongen. Daarmee is deze mogelijkheid tot kosteloze betaling vervallen. Het alternatief is betaling via 'Mijn Univé'. Ter zitting heeft verzoeker verklaard dat hij geen toegang heeft tot internet en om die reden geen gebruik kan maken van deze kosteloze betaalmogelijkheid. Derhalve resteert voor verzoeker feitelijk geen kosteloze betaalmethode en is hij - althans in de optiek van de zorgverzekeraar - aangewezen op het gebruik van de door hem toegezonden acceptgirokaarten. Artikel 3 van de zorgverzekering voorziet er in dat hiervoor € 1,50 per keer mag worden berekend.
- 9.6. Door de zorgverzekeraar is de betaalmethode gekoppeld aan de facturatie. Een verzekeringnemer moet niet alleen het juiste bedrag overmaken, maar dient daarbij ook een uniek betalingskenmerk te

vermelden. De commissie begrijpt dat hierbij voor de zorgverzekeraar niet volstaat vermelding van de maand en het jaar, al dan niet in combinatie met een polis- of relatienummer.

Dat voor het aanmaken en verzenden van acceptgirokaarten bij de verzekeringnemer kosten in rekening worden gebracht valt te billijken. Daarentegen valt niet in te zien waarom de verzekeringnemer zou moeten bijdragen aan de facturatie, aangezien hij in beginsel zou moeten kunnen volstaan met het maandelijks, per kwartaal, halfjaar of jaar overmaken van de overeengekomen premie. Zoals hiervoor is opgemerkt volstaat de enkele betaling voor de zorgverzekeraar niet, maar dient dit te geschieden onder vermelding van het betalingskenmerk. Omdat de zorgverzekeraar, meer dan verzoeker, met het oog op de digitale verwerking belang heeft bij vermelding van het unieke betalingskenmerk, en dit voor verzoeker op dit moment uitsluitend kan worden achterhaald op basis van de hem toegezonden acceptgirokaarten - ook al maakt hij voor de betaling van deze kaarten geen gebruik - is het thans aan de zorgverzekeraar zorg te dragen voor een tijdige, en voor verzoeker kosteloze facturatie (waaruit voor verzoeker in ieder geval het unieke betalingskenmerk valt af te leiden). Indien de administratie van de zorgverzekeraar zo is ingericht dat deze facturatie is gekoppeld aan de betaalmethode, en dit met zich brengt dat met de factuur een acceptgirokaart wordt aangemaakt en verzonden, is dit een gevolg van een door de zorgverzekeraar gemaakte keuze en mogen hiervoor geen kosten bij verzoeker in rekening worden gebracht.

Conclusie

- 9.7. Het voorgaande leidt ertoe dat bij verzoeker voor de kalenderjaren 2015, 2016 en 2017 ten onrechte kosten in rekening zijn gebracht voor het toezenden van acceptgirokaarten. Voor zover verzoeker deze kosten heeft voldaan, heeft hij recht op vergoeding van de hiermee gemoeide bedragen. De zorgverzekeraar mag echter overgaan tot verrekening met het openstaande bedrag aan eigen risico.
Het meer of anders door verzoeker gevorderde dient te worden afgewezen.
- 9.8. Aangezien het verzoek deels wordt toegewezen, dient de zorgverzekeraar het entreegeld van € 37,-- aan verzoeker te vergoeden.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek toe op de wijze als hierboven in 9.7 vermeld.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de zorgverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden een bedrag van € 37,--.

Zeist, 19 april 2017,

H.A.J. Kroon