



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem
Zaak : Paramedische zorg, lymfeoedeem, aanvullende ziektekostenverzekering, camouflagetherapie, terugvordering
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2017-2021, voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2017-2021, artt. 3:310 BW
Zaaknummer : 202100333
Zittingsdatum : 18 augustus 2021

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. L. Ritzema)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

2.1. Op 11 mei 2021 heeft verzoekster per brief de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen. De commissie heeft verzoekster verzocht het entreegeld van € 37,- te betalen en aanvullende informatie op te sturen. Op 12 mei 2021 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.

2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 17 juni 2021 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 18 juni 2021 aan verzoekster gezonden.

2.3. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 18 augustus 2021 gehoord.

3. Vaststaande feiten

3.1. Verzoekster was vanaf 2017 tot heden bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering VGZ Ruime Keuze (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen VGZ Rotterdampakket en Rotterdampakket, Herverzekeren Verplicht Eigen Risico € 50 (hierna samen te noemen: de aanvullende ziektekostenverzekering).

3.2. Verzoekster heeft in de jaren 2017 tot en met 2021 zorgkosten gedeclareerd in verband met de behandeling van lymfe-oedeem en de aanschaf van - en behandeling met camouflageproducten voor een bedrag van totaal € 2.155,32. Verzoekster heeft de genoemde behandelingen bij zichzelf uitgevoerd en de camouflageproducten waren voor haarzelf bedoeld.

3.3. Aanvankelijk heeft de ziektekostenverzekeraar de gedeclareerde zorgkosten aan verzoekster vergoed. Op 8 februari 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar evenwel per brief aan verzoekster meegedeeld dat de uitgekeerde bedragen worden teruggevorderd.


3.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Op 9 februari 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar per e-mail aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

4. Geschil


4.1. Verzoekster heeft aan de commissie gevraagd te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar het bedrag van totaal € 2.155,32 niet van haar mag terugvorderen.

4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.


 5. Bevoegdheid van de commissie

-  5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel 10 van de voorwaarden van de zorgverzekering en artikel 7 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering.


 6. Beoordeling

-  6.1. De relevante bepalingen uit de verzekeringsvoorwaarden zijn opgenomen in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke bepalingen uit het Burgerlijk Wetboek (BW) vermeld. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.


Standpunt verzoekster

-  6.2. Verzoekster heeft aangevoerd dat zij al een aantal jaren zorgkosten declareert bij de ziektekostenverzekeraar voor de behandeling van lymfe-oedeem alsmede voor camouflagetherapie en -middelen. Op eerstgenoemde behandeling is verzoekster aangewezen vanwege de pijnklachten die zij ervaart. Zij onderging deze behandelingen aanvankelijk bij een zorgverlener, echter vanwege corona kon zij hier - en ook bij andere zorgverleners - niet meer terecht. Gelet op de ernst van de klachten zag verzoekster zich genoodzaakt de behandelingen bij zichzelf uit te voeren en heeft zij de kosten hiervan gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar. Aanvankelijk heeft de ziektekostenverzekeraar deze declaraties afgewezen. Hierop heeft verzoekster gevraagd om heroverweging van deze beslissing. Vervolgens heeft de ziektekostenverzekeraar de declaraties opnieuw beoordeeld en besloten deze alsnog te vergoeden. Gezien dit verloop mocht verzoekster er gerechtvaardigd op vertrouwen dat zij recht had op vergoeding hiervan. Verzoekster heeft verder aangevoerd dat het voornoemde gerechtvaardigde vertrouwen tevens is gewekt door jarenlang een vergoeding toe te kennen op basis van de ingediende declaraties voor camouflagetherapie en -middelen. Het had op de weg gelegen van de ziektekostenverzekeraar de declaraties iedere keer opnieuw goed te beoordelen, dan wel tussentijdse controlemomenten te organiseren om dit te doen. In dat geval had de ziektekostenverzekeraar verzoekster er tijdig op kunnen wijzen dat de gemaakte kosten niet voor vergoeding in aanmerking kwamen. Door dit na te laten, heeft de ziektekostenverzekeraar onzorgvuldig gehandeld en is het tevens zijn schuld dat deze kosten zijn gemaakt. In dit verband verwijst verzoekster naar artikel 6:101 BW. Vanwege de hiervoor genoemde redenen is verzoekster van oordeel dat de ziektekostenverzekeraar de reeds uitgekeerde bedragen niet van haar mag terugvorderen.

Standpunt ziektekostenverzekeraar

-  6.3. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat verzoekster in de jaren 2017 tot en met 2021 zorgkosten in rekening heeft gebracht voor zorg die zij aan zichzelf heeft verleend. Dit is op grond van artikel 1.9 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering niet toegestaan. In het onderhavige geval is een en ander gebleken bij een controle die door de ziektekostenverzekeraar is uitgevoerd. Een dergelijke controle kan tot 5 jaren nadat de declaratie is ingediend plaatsvinden en tot een terugvordering leiden. Dit volgt uit artikel 3:310 BW.

Overwegingen commissie

-  6.4. De commissie stelt vast dat aan verzoekster vergoedingen zijn toegekend op basis van de aanvullende ziektekostenverzekering. Niet is gebleken dat het geschil tevens ziet op de zorgverzekering, zodat deze verder onbesproken kan blijven.

- 6.5. Verzoekster heeft in de jaren 2017 tot en met 2021 zorgkosten bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd voor de behandeling van lymfe-oedeem en voor camouflagetherapie, inclusief de bijbehorende producten, voor een bedrag van totaal € 2.155,32. De ziektekostenverzekeraar heeft dit bedrag aan verzoekster vergoed. Vast staat dat verzoekster de voornoemde zorg aan zichzelf heeft verleend. De commissie verzoekster geen recht had op de uitgekeerde vergoeding en dat artikel 1.9 van de algemene voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering hieraan in de weg staat. Uit dit artikel volgt namelijk dat geen recht bestaat op vergoeding van (zorg)kosten die een verzekerde voor zichzelf in rekening brengt. Dit betekent dat de ziektekostenverzekeraar het bedrag van € 2.155,32 onverschuldigd aan verzoekster heeft betaald.
- 6.6. Verzoekster wordt geacht bekend te zijn met de inhoud van de verzekeringsvoorwaarden. Dit betekent dat zij wist, althans behoorde te weten, dat zij (i) geen zorgkosten in rekening mocht brengen voor zorg die zij aan zichzelf heeft verleend en dat zij (ii) geen recht had op vergoeding hiervan als zij deze kosten toch bij de ziektekostenverzekeraar zou declareren. Dat de ziektekostenverzekeraar de gedeclareerde kosten aanvankelijk toch heeft vergoed, over een langere periode en na heroverweging van een afwijzende beslissing, betekent dus niet dat daarmee sprake was van een gerechtvaardigd vertrouwen. Ook betekent dit niet dat de ziektekostenverzekeraar het recht heeft opgegeven naderhand nog controles uit te voeren om de rechtmatigheid van deze vergoeding te toetsen. Indien blijkt dat de vergoeding ten onrechte werd verleend, kan de ziektekostenverzekeraar een vordering uit onverschuldigde betaling instellen met terugwerkende kracht tot 5 jaren. Dit is opgenomen in artikel 3:310 BW. De genoemde termijn is nog niet verstreken.
- 6.7. Hetgeen verzoekster verder heeft aangevoerd, waaronder haar stelling dat zij niet terecht kon bij een zorgverlener voor de behandeling van lymfe-oedeem, kan niet leiden tot een andere uitkomst. Verzoekster heeft deze stelling niet met stukken onderbouwd en ook anderszins niet aannemelijk gemaakt. Evenmin is gebleken dat zij hierover contact heeft opgenomen met de ziektekostenverzekeraar om zich te laten informeren bij welke zorgverlener zij eventueel wel terecht kon.
- 6.8. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 7 september 2021

L. Ritzema

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

2. Nationale wet- en regelgeving
(bron: <https://wetten.overheid.nl/zoeken>)

Burgerlijk Wetboek Boek 3

Artikel 310

1. Een rechtsvordering tot vergoeding van schade of tot betaling van een bedongen boete verjaart door verloop van vijf jaren na de aanvang van de dag, volgende op die waarop de benadeelde zowel met de schade of de opeisbaarheid van de boete als met de daarvoor aansprakelijke persoon bekend is geworden, en in ieder geval door verloop van twintig jaren na de gebeurtenis waardoor de schade is veroorzaakt of de boete opeisbaar is geworden.
2. s de schade een gevolg van verontreiniging van lucht, water of bodem, van de verwezenlijking van een gevaar als bedoeld in artikel 175 van Boek 6 dan wel van beweging van de bodem als bedoeld in artikel 177, eerste lid, onder b, van Boek 6, dan verjaart de rechtsvordering tot vergoeding van schade, in afwijking van het aan het slot van lid 1 bepaalde, in ieder geval door verloop van dertig jaren na de gebeurtenis waardoor de schade is veroorzaakt.
3. Voor de toepassing van lid 2 wordt onder gebeurtenis verstaan een plotseling optredend feit, een voortdurend feit of een opeenvolging van feiten met dezelfde oorzaak. Bestaat de gebeurtenis uit een voortdurend feit, dan begint de termijn van dertig jaren bedoeld in lid 2 te lopen nadat dit feit is opgehouden te bestaan. Bestaat de gebeurtenis uit een opeenvolging van feiten met dezelfde oorzaak, dan begint deze termijn te lopen na dit laatste feit.
4. Indien de gebeurtenis waardoor de schade is veroorzaakt, een strafbaar feit oplevert waarop de Nederlandse strafwet toepasselijk is, verjaart de rechtsvordering tot vergoeding van schade tegen de persoon die het strafbaar feit heeft begaan niet zolang het recht tot strafvordering niet door verjaring of door de dood van de aansprakelijke persoon is vervallen.
5. In afwijking van de leden 1 en 2 verjaart een rechtsvordering tot vergoeding van schade door letsel of overlijden slechts door verloop van vijf jaren na de aanvang van de dag volgende op die waarop de benadeelde zowel met de schade als met de daarvoor aansprakelijke persoon bekend is geworden. Indien de benadeelde minderjarig was op de dag waarop de schade en de daarvoor aansprakelijke persoon bekend zijn geworden, verjaart de rechtsvordering slechts door verloop van vijf jaren na de aanvang van de dag volgende op die waarop de benadeelde meerderjarig is geworden.



Online declareren


U declareert uw nota's gemakkelijk en snel online. Ga daarvoor naar www.mijnvgz.nl. Ook kunt u heel eenvoudig declareren via onze VGZ Zorg app. U moet de originele nota tot een jaar na het indienen van de declaratie bewaren.

Wij kunnen de nota's opvragen voor controle. Als u de nota's niet kunt laten zien, dan kunnen wij de uitgekeerde bedragen bij u terugvorderen of verrekenen met bedragen die u nog van ons krijgt.


1.5. Rechtstreekse betaling

Wij mogen de zorgkosten rechtstreeks betalen aan de zorgverlener. U heeft dan zelf geen recht meer op de vergoeding.

1.6. Verrekening van kosten

Als wij rechtstreeks aan de zorgverlener betalen, moet u soms toch iets bijbetalen. Soms hebben wij meer vergoed dan waartoe we volgens uw aanvullende verzekering(en) verplicht zijn. Of de kosten van zorg komen om een andere reden voor uw rekening. Dan bent u als **verzekeringnemer**  de kosten verschuldigd aan ons. Deze bedragen brengen wij later bij u in rekening. U bent verplicht deze bedragen te betalen. Wij kunnen deze bedragen verrekenen met aan u verschuldigde bedragen.


1.7. Verwijzing, voorschrift of toestemming

Voor sommige vormen van zorg heeft u een verwijzing, voorschrift en/of voorafgaande **schriftelijke**  toestemming nodig, waaruit blijkt dat u bent aangewezen op de zorg. In het zorgartikel vindt u informatie hierover.

Verwijzing of voorschrift


Staat in het zorgartikel dat u een verwijzing of voorschrift nodig heeft? Dan kunt u die vragen aan de zorgverlener die wij in het artikel noemen. Vaak is dat de huisarts.

Toestemming (machtiging)

U heeft soms onze **toestemming**  nodig voordat u de zorg krijgt. Deze toestemming noemen wij ook wel een machtiging. Als u vooraf geen toestemming heeft gekregen, dan heeft u geen recht op (vergoeding van de kosten van) zorg.

Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij een contract hebben gesloten? Dan hoeft u niet zelf toestemming bij ons aan te vragen. Uw zorgverlener beoordeelt dan of u voldoet aan de voorwaarden en/of vraagt voor u toestemming bij ons aan. U kunt uw aanvraag ook rechtstreeks bij ons indienen. Ons adres vindt u voorin de verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij voor de voor u betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Dan moet u zelf bij ons toestemming aanvragen.

1.8. Wanneer heeft u recht op (vergoeding van kosten van) verzekerde zorg?

U heeft recht op (vergoeding van de kosten van) zorg als de zorg is geleverd tijdens de looptijd van uw aanvullende verzekering. In deze verzekeringsvoorwaarden spreken wij daarbij over (kalender)jaren. Om te bepalen aan welk (kalender)jaar de gedeclareerde kosten moeten worden verbonden, kijken wij naar de door uw zorgverlener opgegeven datum waarop de zorg is geleverd. Deze datum is daarvoor bepalend. Stel uw behandeling valt in twee kalenderjaren, en de zorgverlener mag de kosten hiervan in één bedrag in rekening brengen (bijvoorbeeld een **diagnose-behandel-combinatie**) . Dan vergoeden wij deze kosten als de behandeling is gestart binnen de looptijd van de aanvullende verzekering en horen de kosten bij het kalenderjaar waarin uw behandeling is gestart.

1.9. Uitsluitingen

U heeft geen recht op:

- vormen van zorg of diensten die worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift, zoals de Wet langdurige zorg (Wlz), de Jeugdwet, of de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) 2015;
- (vergoeding van de kosten van) zorg die samenhangt met ziekten of afwijkingen, die al bestonden vóór of bij het tot stand komen van de aanvullende verzekering en waarmee u bekend was of kon zijn of waarvan u toen klachten ondervond, terwijl hiervan niet schriftelijk melding is gemaakt aan ons. Deze uitsluiting is niet van toepassing als de aanvullende verzekering zonder medische of tandheelkundige selectie tot stand is gekomen;


- vergoeding van kosten omdat u niet op een afspraak met een zorgverlener bent verschenen (de zogenoemde 'no show fee');
- vergoeding van kosten van schriftelijke verklaringen, bemiddelingskosten die derden zonder onze voorafgaande schriftelijke akkoordverklaring in rekening brengen, administratiekosten of kosten voor het niet op tijd betalen van nota's van zorgverleners;
- vergoeding van eigen bijdragen die, of eigen risico dat, u moet betalen op grond van een andere verzekering, tenzij in deze verzekeringsvoorwaarden anders is bepaald;
- (vergoeding van de kosten van) zorg waarop u aanspraak kunt maken op grond van de Zorgverzekeringswet als u verzekeringsplichtige volgens die wet bent;
- (vergoeding van de kosten van) zorg waarop u aanspraak kunt maken of zou kunnen maken volgens de Wet langdurige zorg (Wlz), de Zorgverzekeringswet of een andere wet, voorziening of verzekering al dan niet van oudere datum als de aanvullende verzekering bij ons niet zou bestaan. In dat geval is deze aanvullende verzekering pas in de laatste plaats geldig. Dan komt volgens deze verzekeringsvoorwaarden alleen die schade voor uitkering in aanmerking die boven het bedrag ligt waarop u ergens anders aanspraak zou kunnen maken. Wij hanteren het convenant samenloop reisverzekeringen en aanvullende ziektekostenverzekeringen. U kunt het convenant vinden op onze website;
- vergoeding van schade die het indirecte gevolg is van ons handelen of nalaten;
- (vergoeding van de kosten van) zorg veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en muiterij die zich in Nederland voordoen, zoals bepaald in artikel 3.38 van de Wet op het financieel toezicht;
- (vergoeding van de kosten van) zorg veroorzaakt door grove schuld of opzet;
- vergoeding als uzelf, uw partner, kind, ouder of inwonend (ander) familielid de kosten in rekening brengt.

1.10. Recht op zorg en overige diensten als gevolg van terroristische handelingen

Heeft u zorg nodig die het gevolg is van één of meer terroristische handelingen? Dan geldt de volgende regel. Als de totale schade die in een (kalender)jaar wordt gedeclareerd bij schade-, levens- of natura-uitvaartverzekeraars (waaronder zorgverzekeraars) volgens de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. (NHT) hoger zal zijn dan het maximumbedrag dat deze maatschappij per jaar herverzekert, dan heeft u recht op een bepaald percentage van de kosten of de waarde van de zorg. De NHT bepaalt dit percentage. Dit geldt voor schade-, levens- en uitvaartverzekeraars (waaronder zorgverzekeraars) waarop de Wet op het financieel toezicht van toepassing is. De exacte definities en bepalingen van deze aanspraak zijn opgenomen in het Clauseblad terrorismedekking van de NHT.



Waarborg uitkering bij terrorismeschade

Om te kunnen waarborgen dat u een uitkering krijgt bij terrorismeschade, hebben (bijna alle) verzekeraars in Nederland de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden (NHT) opgericht. Ook wij zijn hierbij aangesloten. De NHT heeft een regeling opgesteld waardoor u in ieder geval (een deel van) uw schade vergoed kunt krijgen. De NHT heeft een maximum gesteld aan het totaal uit te keren bedrag bij een terroristische daad. Het maximum, van 1 miljard euro per jaar, geldt voor alle **verzekerden**  samen. Is de totale schade hoger, dan krijgt elke verzekerde met schade een gelijk percentage van het maximumbedrag uitgekeerd. In de praktijk kan dit dus betekenen dat u minder krijgt uitgekeerd dan de werkelijke waarde van de schade. Maar het betekent ook dat u ervan bent verzekerd dat u in ieder geval (een deel van de schade) krijgt vergoed.

Artikel 2. Algemene bepalingen

2.1. Grondslag van de aanvullende verzekering

De verzekeringsovereenkomst is gesloten op grond van de gegevens die u op het aanvraagformulier heeft aangegeven of die u ons schriftelijk heeft doorgegeven.

2.2. Aanvullende verzekering

De verzekeringsovereenkomst geldt voor de op het polisblad vermelde of op andere schriftelijke wijze aan u bevestigde aanvullende verzekering(en). Deze verzekeringsvoorwaarden maken deel uit van de verzekeringsovereenkomst en zijn van toepassing op VGZ Aanvullend Goed, VGZ Aanvullend Beter, VGZ Aanvullend Best, VGZ Tand Goed, VGZ Tand Beter en VGZ Tand Best. In deze verzekeringsvoorwaarden te noemen: aanvullende verzekering.