

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen C te D
Zaak : Eigen risico, mondzorg
Zaaknummer : 201301670
Zittingsdatum : 12 februari 2014

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker, tegen

C te D, 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 [naam zorgverzekeraar] Zorg-op-maatpolis (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 jo artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. De zorgverzekeraar heeft bij brief van 17 mei 2013 van verzoeker een bedrag van € 516,39 aan verplicht en vrijwillig eigen risico gevorderd.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brieven van 30 mei 2013 en 19 juni 2013 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de zorgverzekeraar.
- 3.4. Bij brief van 29 september 2013 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.5. 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.
- 3.6. De zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 13 december 2013 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 16 december 2013 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 24 december 2013 schriftelijk medegedeeld in persoon gehoord te willen worden. De zorgverzekeraar heeft op 10 februari 2014 telefonisch medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.

3.8. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 12 februari 2014 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

4.1. Verzoeker heeft zijn gebitsprothese laten rebasen. Hieraan voorafgaand heeft hij daartoe een aanvraag ingediend bij de zorgverzekeraar. Hierop ontving hij een brief met akkoordverklaring, gedateerd 19 juni 2013. In de brief is vermeld dat het rebasen volledig wordt vergoed. De brief vermeldt niets over het eigen risico. Verzoeker ontving nadien echter een nota van de zorgverzekeraar van € 516,39 ter zake van het verplicht en vrijwillig eigen risico. Verzoeker stelt dat de brief met de akkoordverklaring misleidend is. Hij is een leek en heeft gehandeld zoals van hem mocht verwacht door vooraf te informeren naar de vergoeding. Pas achteraf wordt door de zorgverzekeraar verwezen naar de voorwaarden. Door de zorgverzekeraar is aangegeven dat de brieven zullen worden verbeterd. Verzoeker is hiervan thans echter de dupe, aangezien een duidelijke mededeling over volledige vergoeding kennelijk anders moet worden gelezen. Verzoeker wenst dat de zorgverzekeraar afziet van de vordering ter zake van het eigen risico. Zijn vertrouwen in de zorgverzekeraar is door de gang van zaken geschaad.

4.2. Ter zitting is door verzoeker zijn standpunt herhaald. Voorts is door hem ter aanvulling aangevoerd dat zijn echtgenote naar aanleiding van de nota telefonisch contact met de zorgverzekeraar heeft opgenomen. Bij die gelegenheid werd aan haar medegedeeld dat de nota het eigen risico in verband met rebasing betrof. De medewerkster reageerde empathisch op de mededeling van de echtgenote van verzoeker dat deze nota onverwacht was. In de akkoordverklaring stond immers niets vermeld over het eigen risico. Verzoeker verklaart dat hij van de zorgverzekeraar had verwacht dat de beoordeling van zijn aanvraag zorgvuldiger zou geschieden. Men had de stand van het eigen risico hierin kunnen betrekken. Verzoeker voelt zich op het verkeerde been gezet door de onduidelijke akkoordverklaring.

4.3. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

5.1. Artikel A.12 van de zorgverzekering bepaalt dat het verplicht eigen risico voor het jaar 2013 € 350,-- bedraagt. Daarnaast heeft verzoeker gekozen voor een vrijwillig eigen risico van € 200,--. Verzoeker heeft een akkoordverklaring voor mondzorg (rebasing) ontvangen, en is van mening dat hierin niet duidelijk is vermeld dat het eigen risico is verschuldigd. De zorgverzekeraar erkent dat in de akkoordverklaring niet is aangegeven dat (eventueel) rekening moet worden gehouden met het eigen risico. De reden is dat het eigen risico voor iedere verzekerde van toepassing is. Het eigen risico van verzoeker bedraagt totaal € 550,--. Zodoende betaalt hij de eerste € 550,-- voor de zorg die wordt vergoed ten laste van de zorgverzekering zelf.

5.2. Rebasing wordt vergoed ten laste van de zorgverzekering (artikel B.14.1.b.2). In de akkoordverklaring is dit duidelijk vermeld. Artikel A.12.3 van de zorgverzekering bepaalt op welke zorg het eigen risico niet van toepassing is en rebasing staat hier niet bij. Dit betekent dat de kosten hiervan meetellen voor het eigen risico. De zorgverzekeraar stelt dat verzoeker bekend mag worden verondersteld met de eigen risicoregeling. Hij heeft immers de voorgaande jaren ook een bedrag aan eigen risico betaald. Bovendien heeft hij gekozen voor een vrijwillig eigen risico. Verzoeker mocht er dan ook niet op vertrouwen dat het (verplicht en vrijwillig) eigen risico in zijn geval niet werd toegepast. De vordering ter zake van het eigen risico wordt derhalve gehandhaafd. De zorgverzekeraar verklaart het vervelend te vinden dat verzoeker de akkoordverklaring als misleidend heeft ervaren. Hierbij tekent hij aan dat de kwaliteit van de brieven zal worden verbeterd. De klacht van verzoeker wordt meegenomen in dit proces.

5.3. Ter zitting is door de zorgverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat in principe na akkoordverklaring volledige vergoeding volgt. Iedereen in Nederland weet echter dat op de vergoeding het eigen risico van toepassing is. Dit is gebaseerd op de wet en de regeling bestaat al jaren. Verzoeker mocht hier dan ook bekend mee worden verondersteld. Daarbij heeft hij gekozen voor een vrijwillig eigen risico. Dit wordt alleen gedaan bij bekendheid met de systematiek. De zorgverzekeraar verklaart dat het een keuze is het eigen risico al dan niet expliciet te melden in de akkoordverklaring. Een probleem bij het vermelden is dat het verloop van het eigen risico niet altijd tijdig bekend is. Het kan zijn dat wanneer een akkoordverklaring wordt afgegeven, al weer zorgkosten zijn gemaakt die worden verrekend met het eigen risico. Tot slot stelt de zorgverzekeraar dat het feit dat de tekst van de akkoordverklaringen is aangepast, niet betekent dat voordien fout werd gehandeld.

5.4. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel A.22 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 terecht € 516,39 ter zake van het verplicht en vrijwillig eigen risico 2013 bij verzoeker in rekening brengt.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

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

8.2. Artikel A.12. van de zorgverzekering betreft het verplicht eigen risico. Voor zover hier van belang, luidt dit artikel:

"A.12.1. Hoogte eigen risico

Als u 18 jaar of ouder bent, hebt u voor de zorgverzekering een verplicht eigen risico van € 350,- voor een heel jaar. (...)

Verplicht eigen risico betekent dat u de eerste € 350,- aan kosten die u als vergoeding van uw zorgverzekering zou hebben ontvangen, zelf moet betalen. Pas als u dit hebt gedaan, krijgt u de overige kosten die onder de dekking van uw zorgverzekering vallen van ons vergoed. (...)

A.12.2. Verrekening eigen risico

De kosten van zorg worden verrekend met het verplicht eigen risico van het jaar waarin de zorg is genoten. (...)"

8.3. Artikel A.13 van de zorgverzekering betreft het vrijwillig gekozen eigen risico. Voor zover hier van belang, luidt dit artikel:

"A.13.1. Voorwaarden vrijwillig eigen risico

De artikelen A.12.2. tot en met A.12.8. over het verplicht eigen risico gelden ook voor het vrijwillig eigen risico van uw zorgverzekering. Daarnaast gelden voor het vrijwillig eigen risico de hierna genoemde verzekeringsvoorwaarden.

A.13.2. Lagere premie

Naast het verplichte eigen risico, kunt u als u 18 jaar of ouder bent bij uw zorgverzekering kiezen voor een vrijwillig eigen risico. Hoe hoger dit vrijwillig eigen risico, hoe lager de premie die u

(verzekeringnemer) voor uw zorgverzekering betaalt. U kunt kiezen voor een vrijwillig eigen risico van € 100,-, € 200,-, € 300,-, € 400,-, of € 500,- per jaar. (...)"

- 8.4. De artikelen A.12 en A.13 van de zorgverzekering zijn volgens artikel A.2. van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.5. Het eigen risico is naar aard en omvang geregeld in de artikelen 19 tot en met 22 Zvw, en verder uitgewerkt in de artikelen 2.17 tot en met 2.19 Bzv.
- 8.6. 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. Vast staat dat rebasing van de gebitsprothese van verzoeker heeft plaatsgevonden, en dat dit een verzekerde prestatie in het kader van de zorgverzekering is. De zorgverzekeraar heeft een bedrag van € 516,39 verrekend met het verplicht en vrijwillig eigen risico. Verzoeker bestrijdt deze beslissing op de grond dat in de akkoordverklaring van 19 juni 2013 niets is vermeld over een (eventueel) van toepassing zijnd eigen risico.
- 9.2. Mondzorg, waaronder rebasing van een gebitsprothese, is niet uitgesloten van het eigen risico, zoals omschreven in de artikelen A.12 en A.13 van de zorgverzekering. Onweersproken is dat het verplicht en vrijwillig eigen risico nog niet waren volgemaakt. Derhalve is door de zorgverzekeraar terecht een bedrag van € 516,39 bij verzoeker in rekening gebracht.
- 9.3. De stelling van verzoeker dat de akkoordverklaring van de zorgverzekeraar misleidend is, en dat om die reden eerdergenoemd bedrag niet bij hem in rekening mag worden gebracht, treft geen doel. Van een verzekerde mag worden verwacht dat hij, zeker indien hij vergoeding claimt, op de hoogte is van de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden, meer specifiek in dit verband: de eigen risicoregeling. Dat verzoeker kennis had van de eigen risicoregeling kan worden aangenomen aangezien hij, zoals door de zorgverzekeraar is gesteld en door verzoeker niet is bestreden, in voorafgaande jaren eigen risicobedragen heeft voldaan, en hij voor het jaar 2013 heeft gekozen voor een vrijwillig eigen risico. Een dergelijke keuze wordt - naar mag worden aangenomen - weloverwogen gemaakt. Verzoeker kan zich dan ook niet met succes beroepen op de in zijn ogen onduidelijke brief van de zorgverzekeraar. Dat door de zorgverzekeraar op dit punt een "verbetertraject" is ingezet, maakt het voorgaande niet anders.

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, 5 maart 2014,

Voorzitter