

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	A te B, in deze vertegenwoordigd door E te F vs. C te D.
Zaak	: Incasso, nota huisartsenpost, verandering van ziektekostenverzekeraar.
Zaaknummer	: 2008.02050
Zittingsdatum	: 15 juli 2009

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, in deze vertegenwoordigd door E te F,
tegen

C te D, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 10 februari 2008 de kosten van haar bezoek aan de huisartsenpost van 7 januari 2008, welke kosten intussen door de ziektekostenverzekeraar aan de zorgaanbieder zijn betaald, bij haar in rekening te brengen.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Tot 1 januari 2008 was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van het Basispakket 2007 (hierna: de zorgverzekering). Een zorgverzekering is een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). De zorgverzekering is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. Verzoekster heeft op 7 januari 2008 een bezoek gebracht aan de huisartsenpost.
- 3.3. Bij brief van 17 januari 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoekster bericht dat haar zorgverzekering bij hem beëindigd is. Bij polisblad van 13 maart 2008 heeft de nieuwe ziektekostenverzekeraar verklaard dat hij met verzoekster een zorgverzekeraar is aangegaan, en wel met ingang van 1 januari 2008.
- 3.4. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster bij brief van 10 februari 2008 verzocht de kosten van haar bezoek aan de huisartsenpost van 7 januari 2008, welke kosten intussen door hem waren betaald, aan hem (terug) te betalen. Het betreft hier een nota van € 62,60. De ziektekostenverzekeraar heeft de vordering in een later stadium overgedragen aan een incassobureau, gevolgd door een overdracht aan een deurwaarderskantoor.
- 3.5. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 10 oktober 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.6. Nadien heeft verzoekster de Ombudsman Zorgverzekeringen verzocht te bemiddelen. De Ombudsman heeft verzoekster op 28 oktober 2008 meegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling die voor verzoekster kan leiden tot een ander resultaat.

- 3.7. Bij brief van 24 maart 2009 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar de nota van haar bezoek aan de huisartsenpost van 7 januari 2008 niet bij haar kan claimen (hierna: het verzoek).
- 3.8. 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 verzoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.9. De ziektekostenverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief van 8 juni 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 11 juni 2009 aan verzoekster gezonden.
- 3.10. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 22 juni 2009 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.11. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 15 juli 2009 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 de ziektekostenverzekeraar de nota van haar bezoek aan de huisartsenpost op 7 januari 2008 niet had mogen vergoeden, aangezien zij haar zorgverzekering bij de ziektekostenverzekeraar per 1 januari 2008 heeft opgezegd. Verzoekster acht het niet terecht dat de ziektekostenverzekeraar een nota die, zonder dat daar een overeenkomst aan ten grondslag ligt, aan de zorgaanbieder betaalt en de kosten vervolgens bij haar claimt.
- 4.2. Ter zitting is door verzoekster erkend dat de nieuwe ziektekostenverzekeraar de kosten van het huisartsconsult intussen aan haar heeft vergoed. Daar is echter de nodige tijd mee gemoeid geweest. Verzoekster concludeert dat sprake is van een hiaat en vordert daarom subsidiair dat “het systeem wordt aangepast”, waarbij zij verwijst naar de declaratiesystematiek die vóór 1 januari 2006 gebruikelijk was bij particuliere ziektekostenverzekeringen.
- 4.3. Verzoekster komt tot de conclusie dat haar 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 op het moment dat hij de nota van het huisartsenbezoek van 7 januari 2008 ontving, de uitschrijving van verzoekster (administratief) nog niet was gerealiseerd. Bij brief van 17 januari 2008 is verzoekster meegedeeld dat de zorgverzekering met terugwerkende kracht tot 1 januari 2008 is beëindigd. Verzoekster is gevraagd de reeds aan de zorgaanbieder betaalde kosten, terug te betalen.
- 5.2. Verder stelt de ziektekostenverzekeraar dat verzoekster aan de hand van het kostenoverzicht dat zij heeft ontvangen, de kosten bij haar nieuwe ziektekostenverzekeraar kan declareren. Onderlinge verrekening met de nieuwe ziektekostenverzekeraar is

niet mogelijk. De ziektekostenverzekeraar stelt van de nieuwe ziektekostenverzekeraar te hebben vernomen dat laatstgenoemde omstreeks 15 mei 2009 de kosten van het huisartsconsult op 7 januari 2008 alsnog heeft vergoed, zodat de ziektekostenverzekeraar bij zijn standpunt blijft dat verzoekster de door hem betaalde zorgkosten dient terug te betalen.

- 5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat sprake is van een samenloop van omstandigheden en dat het onderhavige probleem helaas niet te voorkomen is. Een ziektekostenverzekeraar zal altijd enige dagen nodig hebben voor de administratieve verwerking van de opzegging, en in die tijd kunnen toevallig zorgkosten zijn gemaakt.
- 5.4. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

Gezien de verzekeringsvoorwaarden, het reglement van de commissie en/of de door de ziektekostenverzekeraar ondertekende verklaring, is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. Gezien de brief van 24 maart 2009 betwist verzoekster niet (langer) de juistheid van de onderhavige nota van de huisartsenpost. In geschil is thans uitsluitend of verzoekster aan de ziektekostenverzekeraar de kosten van haar bezoek aan de huisartsenpost van 7 januari 2008, welke kosten intussen door de ziektekostenverzekeraar zijn betaald, dient te vergoeden. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.
- 7.2. De zorgverzekering betreft een naturaverzekering. Voor zover hier van belang, regelt artikel 12 dienaangaande:

“12.1

De verzekerde heeft aanspraak op zorg in natura, zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden.

12.2

De zorg in natura wordt verleend door een door Zorgverzekeraar [naam ziektekostenverzekeraar] gecontracteerde zorgaanbieder. De vergoeding van de kosten van zorg vindt rechtstreeks aan de betreffende zorgaanbieder plaats op basis van het door Zorgverzekeraar [naam ziektekostenverzekeraar] overeengekomen tarief. (...)

12.5

Zorgverzekeraar [naam ziektekostenverzekeraar] heeft het recht om de kosten van zorg op vergoeding waarvan de verzekerde op grond van artikel 12.3 en 12.4 ten aanzien van Zorgverzekeraar [naam ziektekostenverzekeraar] aanspraak kan maken, rechtstreeks te betalen aan de zorgaanbieder, die de zorg heeft verleend. (...)

12.6

Als Zorgverzekeraar [naam ziektekostenverzekeraar] rechtstreeks aan zorgaanbieders kosten van zorg betaalt, en deze (...) kosten van zorg komen anderszins voor rekening van de verzekeringnemer op grond van deze verzekeringsvoorwaarden, is de verzekerde de kosten verschuldigd aan Zorgverzekeraar [naam ziektekostenverzekeraar]. Zorgverzekeraar [naam ziektekostenverzekeraar] brengt deze kosten in reke-

ning bij de verzekeringnemer, die zich verplicht tot betaling.”

- 7.3. De zorgverzekering van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar is vanwege de overgang naar een andere ziektekostenverzekeraar met ingang 1 januari 2008 opgezegd. De verwerking van deze opzegging door de ziektekostenverzekeraar heeft enige tijd in beslag genomen. Bij brief van 17 januari 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoekster bericht dat de zorgverzekering op 11 januari 2008 met terugwerkende kracht tot 1 januari 2008 is beëindigd. In de procedure is niet gebleken dat de administratieve verwerking van de opzegging onredelijk lang heeft geduurd.
- 7.4. Vóór de datum waarop de opzegging daadwerkelijk administratief werd verwerkt, heeft verzoekster de huisartsenpost bezocht, van welk bezoek de kosten door de huisartsenpost – als ware verzoekster nog bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd – bij de ziektekostenverzekeraar zijn gedeclareerd en welke kosten vervolgens door de ziektekostenverzekeraar overeenkomstig de verzekeringsvoorwaarden zijn vergoed. Nadien is de zorgverzekering – overeenkomstig de wil van verzoekster – met terugwerkende kracht beëindigd, waardoor de rechtsgrond aan de bedoelde vergoeding is komen te ontvallen. Gelet ook op artikel 6:203 BW, dienen de handelingen die reeds zijn verricht ter uitvoering van de later beëindigde zorgverzekering ongedaan te worden gemaakt. Derhalve dient verzoekster aan de ziektekostenverzekeraar terug te betalen de kosten van het onderhavige bezoek aan de huisartsenpost die de ziektekostenverzekeraar onverschuldigd heeft vergoed. Naar ter zitting is gebleken, zijn de betreffende kosten intussen door de nieuwe ziektekostenverzekeraar aan verzoekster vergoed.
- 7.5. Verzoekster heeft nog gesteld dat zij in het computersysteem van de apotheek in Vught op 3 oktober 2008 nog steeds te boek stond als verzekerde van de ziektekostenverzekeraar. Ten aanzien van het computersysteem van de apotheek kan de commissie geen uitspraken doen. Uit het bewijs van uitschrijving van de ziektekostenverzekeraar van 17 januari 2008 blijkt duidelijk dat de zorgverzekering van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar per 1 januari 2008 is geëindigd. Bovendien mag van een verzekerde worden verwacht dat hij/zij aan zijn zorgaanbieder doorgeeft dat hij van ziektekostenverzekeraar is veranderd, in ieder geval op het moment dat wordt geconstateerd dat een dergelijke wijziging door de zorgaanbieder nog niet (juist) is verwerkt.
- 7.6. Ten aanzien van de subsidiaire vordering van verzoekster constateert de commissie dat deze te laat is gesteld en om die reden niet verder kan worden behandeld.
- 7.7. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

8. Het bindend advies

- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 12 augustus 2009,

Voorzitter