

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B, tegen C te D
Zaak	: Schadevergoeding in verband met wijze afhandelen declaraties
Zaaknummer	: 2009.00593
Zittingsdatum	: 23 september 2009

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

C te D, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 30 december 2008 geen vergoeding van kosten te verlenen, nu met de dubbele betaling van een van de nota's (zijnde een bedrag van € 21,50) verzoeker al voldoende is gecompenseerd voor de daadwerkelijk door hem gemaakte kosten.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Voor zover hier van belang, was verzoeker in 2008 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd op basis van de Aanvullende verzekering Excellent (verder: aanvullende ziektekostenverzekering). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. In 2008 hebben verzoeker en zijn echtgenote diverse bezoeken aan een pedicure gebracht. Aanvankelijk heeft de ziektekostenverzekeraar het verzoek tot betaling van (een deel van) de declaraties hiervoor afgewezen.
- 3.3. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Tevens heeft verzoeker de ziektekostenverzekeraar verzocht hem een bedrag van € 82,84 aan onder meer porto- en telefoonkosten te vergoeden. Bij brief van 30 december 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker meegedeeld dat de declaraties zijn verwerkt; dat de afhandeling niet de schoonheidsprijs verdient, en dat met de dubbele betaling van één van de nota's verzoeker al voldoende is gecompenseerd voor de door hem gemaakte kosten.
- 3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.5. Bij brief van 23 april 2009 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is hem een bedrag van € 172,84 te vergoeden voor de tijd en moeite die hij heeft moeten nemen teneinde declaraties van de kosten van de door de pedicure verleende zorg vergoed te krijgen (hierna: het verzoek).
- 3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar 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.

- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief van 30 juni 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 30 juli 2009 aan verzoeker gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen.
- 3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 23 september 2009 telefonisch gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat de ziektekostenverzekeraar de declaraties voor de kosten van de pedicure en de door hem ingediende klachten op een onjuiste wijze heeft afgehandeld, waardoor hij kosten heeft moeten maken. Volgens opgave van verzoeker betreft het een bedrag van € 82,84, welk bedrag verzoeker bij brief van 23 april 2009 heeft verhoogd met € 90,00. Mede daar de ziektekostenverzekeraar zelf verklaart dat de declaraties niet zijn verwerkt conform de maatstaven die gewoonlijk bij de verwerking van declaraties worden gehanteerd, is verzoeker van oordeel dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is voorgenoemde bedragen te vergoeden.
- 4.2. Verzoeker komt tot de conclusie dat zijn 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 de verwerking van de nota's van de pedicure niet is uitgevoerd conform de maatstaven die hij gewoonlijk bij de verwerking van declaraties hanteert, hetgeen reden is geweest niet over te gaan tot terugvordering van de teveel betaalde vergoeding van € 21,50. Volgens de ziektekostenverzekeraar zijn met deze € 21,50 de door verzoeker extra gemaakte kosten ruimschoots gecompenseerd. Hierbij tekent de ziektekostenverzekeraar nog aan dat de genoemde kosten voor aan de declaratie bestede tijd voor hem niet controleerbaar zijn. Één van de door verzoeker genoemde bezoeken aan de huisarts was toch al noodzakelijk voor de vergoeding van de kosten van de pedicure. Bovendien mogen op grond van de verzekeringsovereenkomst van beide kanten bepaalde inspanningen worden verwacht. Wanneer laatstbedoelde inspanningen groter zijn dan op voorhand mag worden aangenomen, volgt daaruit niet automatisch dat er voor deze extra inspanningen ook een extra bedrag in rekening kan worden gebracht.
- 5.2. 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, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. Partijen zijn het erover eens dat de onderhavige behandelingen door de pedicure onder de dekking van de aanvullende ziektekostenverzekering vallen. De ziektekostenverzekeraar is immers (alsnog) overgegaan tot vergoeding van de kosten daarvan. In geschil is uitsluitend of de ziektekostenverzekeraar gehouden is verzoeker een bedrag van in totaal € 172,84 te vergoeden voor de tijd en moeite die hij heeft moeten nemen teneinde onderhavige declaraties vergoed te krijgen. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.
- 7.2. Niet gebleken is dat de tussen partijen afgesloten aanvullende ziektekostenverzekering dekking biedt voor de kosten, zoals deze door verzoeker thans worden gevorderd.
- 7.3. Verder is de commissie gebleken dat, voor wat betreft pedicurezorg, ten opzichte van de verzekeringsvoorwaarden 2007, in 2008 een wijziging in de dekking van de aanvullende ziektekostenverzekering heeft plaatsgevonden. Was in 2007 voetverzorging door een pedicure op verwijzing van de huisarts of medisch specialist bij dreigende voetproblemen gedekt, in 2008 kon aanspraak worden gemaakt op:
- “Voetverzorging in verband met diabetes of reuma door een pedicure op verwijzing van de huisarts of medisch specialist.”*
- 7.4. De wijziging in de dekking van de aanvullende ziektekostenverzekering had verzoeker in de verzekeringsvoorwaarden kunnen lezen. Het komt de commissie niet onjuist voor dat gezien de wijziging in dekking van de aanvullende ziektekostenverzekering door de ziektekostenverzekeraar een daarop afgestemde verklaring van de huisarts is verlangd en dat in afwachting daarvan de door verzoeker gedeclareerde nota's vooralsnog niet zijn vergoed. Een en ander blijkt aanvankelijk echter niet op de juiste wijze aan verzoeker te zijn medegedeeld; de ziektekostenverzekeraar heeft immers aanvankelijk de declaraties voor pedicurezorg onverkort afgewezen.
- 7.5. Artikel 6:74 BW bepaalt dat iedere tekortkoming in de nakoming van een verbintenis de schuldenaar (in dit geval zijnde de ziektekostenverzekeraar) verplicht de schade die de schuldeiser (in dit geval verzoeker) daardoor lijdt te vergoeden, tenzij de tekortkoming de schuldenaar niet kan worden toegerekend. Voorts is bepaald dat, voor zover nakoming niet reeds blijvend onmogelijk is, een en ander slechts toepassing vindt indien de schuldenaar in verzuim is.
- 7.6. In het kader van de aanvullende ziektekostenverzekering heeft de wetgever in artikel 4:17 van de Wet op het financieel toezicht, in combinatie met (hoofdstuk 7 van) het Besluit gedragstoezicht financiële ondernemingen Wft voorzien in een interne klachtenprocedure, gevolgd door een eventuele behandeling van een geschil door een erkende geschilleninstantie. De commissie is van oordeel dat binnen deze systematiek, het verzuim, zoals bedoeld in artikel 82 lid 1 BW, in beginsel eerst kan optreden nadat de interne klachtenprocedure bij de ziektekostenverzekeraar is gevolgd en de

ziektekostenverzekeraar daarop – in afwijking van de tussen partijen gesloten overeenkomst – bij zijn (gedeeltelijke) afwijzing blijft, dan wel nalaat binnen een redelijke termijn te reageren en de verzekerde de ziektekostenverzekeraar in gebreke heeft gesteld met inachtneming van een redelijke termijn waarbinnen hij alsnog dient na te komen.

- 7.7. Dat nakoming in dit geval niet blijvend onmogelijk is, blijkt wel uit de omstandigheid dat de ziektekostenverzekeraar, deels na ontvangst van aanvullende informatie
- bestaande uit de voor een goede beoordeling benodigde verwijzing van de huisarts
 - van verzoeker, alsnog is overgegaan tot vergoeding van de nota's van de pedicure.
- Ook overigens is niet gebleken van een schriftelijke ingebrekestelling, dan wel dat anderszins sprake is van verzuim aan de kant van de ziektekostenverzekeraar, zoals bedoeld in de toepasselijke wet- en regelgeving.
- 7.8. Gezien het voorgaande – en mede gelet op de omstandigheid dat de ziektekostenverzekeraar voor een goede beoordeling nog aanvullende informatie van verzoeker nodig had – is de commissie van oordeel dat in dit geval geen sprake is van verzuim van de ziektekostenverzekeraar, zoals bedoeld in artikel 6:74 BW, en in zoverre al geen grond bestaat voor toewijzing van de door verzoeker gevorderde kosten. Geheel afgezien van dit laatste valt er op te wijzen dat slechts die kostenposten voor vergoeding in aanmerking komen waarvan het redelijk is dat die zijn gemaakt en waarvan bovendien ook de omvang van de kosten redelijk is (zie ook GcZ, 8 april 2009, 2008.02573). Van de kosten die verzoeker bij brief van 23 april 2009 heeft gevorderd, zijnde een bedrag van € 90,00, kan een en ander echter niet worden vastgesteld, aangezien verzoeker deze kosten niet nader heeft gespecificeerd. De eerder gevorderde kosten ter hoogte van € 82,84 heeft verzoeker wel gespecificeerd. Het betreft daar echter geen kosten van het soort dat redelijkerwijs niet voor eigen rekening zou moeten komen van een verzekerde die een geschil heeft met zijn verzekeraar, nog daargelaten dat naar het oordeel van de commissie -sommige- posten tamelijk hoog lijken te zijn opgevoerd.
- 7.9. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
8. Het bindend advies
- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 7 oktober 2009,

Voorzitter