

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: Mevrouw A te B, tegen C te D en E te F, in deze vertegenwoordigd door G te H
Zaak	: Eigen risico, afhandeling, vordering
Zaaknummer	: 201202899
Zittingsdatum	: 12 februari 2014

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. drs. P.J.J. Vonk, en mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden zorgverzekering 2008-2010, artt. 18a (oud), 19 Zvw, 2.17 en 2.18 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2008-2010, art. 3:307 BW)

1. Partijen

1.1. Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster, tegen

1) C te D, en

2 E te F,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar, in deze vertegenwoordigd door G te H

2. De verzekeringssituatie

2.1. Verzoekster is tot op heden bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van het Keuze Zorgplan (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Tevens heeft verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar ten behoeve van twee andere personen een zorgverzekering afgesloten. Verder was ten behoeve van verzoekster voor het jaar 2008 de aanvullende ziektekostenverzekering AV T1000 afgesloten, en voor de jaren 2009 en 2010 de aanvullende ziektekostenverzekering AV T Royaal. (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering 1 respectievelijk 2). Alle hiervoor genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De eveneens door verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar afgesloten aanvullende verzekering AV Start is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Bij brief van 10 november 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat ter zake van een kaakchirurgische behandeling € 2.213,70 wordt vergoed ten laste van de zorgverzekering.

3.2. In maart 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat een correctie is gerealiseerd, inhoudende dat € 432,31 van haar wordt gevorderd.

3.3. In juli 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat een correctie is gerealiseerd, inhoudende dat € 2.060,89 van haar wordt gevorderd.

3.4. In oktober 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat correcties zijn gerealiseerd, inhoudende dat bedragen van € 548,94, € 423,25 en € 47,67 van haar worden gevorderd ter zake van de polis van haarzelf, haar echtgenoot en haar zoon.

- 3.5. Bij brief van 2 oktober 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat € 4.094,86 van haar wordt gevorderd.
- 3.6. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde standpunten gevraagd. Bij brieven van 21 juli 2010, 23 augustus 2010, 2 oktober 2012 en 17 oktober 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn standpunten te handhaven.
- 3.7. Bij brief van 24 december 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster een tweede aanmaning gezonden voor een bedrag van € 2.970,98.
- 3.8. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.9. Bij brief van 15 juli 2013 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar ten onrechte € 2.970,98 van haar heeft gevorderd (hierna: het verzoek).
- 3.10. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 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.
- 3.11. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 27 december 2013 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 7 januari 2014 aan verzoekster gezonden.
- 3.12. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 13 januari 2014 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 29 januari 2014 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.13. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 12 februari 2014 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Verzoekster bestrijdt de vordering van de ziektekostenverzekeraar.
- 4.2. Ten eerste is omstreeks 29 september 2009 € 2.213,70 vergoed voor een tandheelkundige behandeling bestaande uit het plaatsen van implantaten. Op 2 juli 2010 ontving verzoekster een correctienota, inhoudende dat voornoemd bedrag ten onrechte was vergoed. De vergoeding zou namelijk € 1.881,65 moeten bedragen, zodat € 322,05 van haar werd gevorderd. Voorts vermeldde de correctienota een bedrag ter zake van de polis van de echtgenoot van verzoekster. Daar verzoekster de correctienota niet goed begreep, heeft zij contact opgenomen met het servicecenter van de ziektekostenverzekeraar. Een medewerker deelde haar mede dat de correctienota onjuist was. Een en ander zou worden uitgezocht, en na enkele dagen vernam verzoekster dat zij € 2.176,98 moest betalen. Verzoekster stelt verbaasd te zijn over de gang van zaken. Eerst wordt maandenlang niets vernomen van de ziektekostenverzekeraar, en vervolgens worden diverse correcties gerealiseerd. Dit alles is niet gepaard gegaan met een logische verklaring en het aanbieden van verontschuldiging.
- 4.3. Ten tweede is een bedrag betreffende het eigen risico 2009 gevorderd. Het gaat om een bedrag van € 100,26 ter zake van de polis van de zoon van verzoekster. Verzoekster is hier niet eerder dan op 31 mei 2012 van in kennis gesteld. De ziektekostenverzekeraar hanteert een verjaringstermijn van

drie jaren. Zodoende is deze vordering verjaard. Bovendien is de vordering in strijd met artikel 19 lid 4 Zvw.

- 4.4. Ten derde heeft de ziektekostenverzekeraar een bedrag van € 1.000,-- gevorderd ter zake van tandartskosten die zijn gemaakt in 2008. Verzoekster stelt dat in alle correspondentie van de ziektekostenverzekeraar staat vermeld dat indien de nota's eerst door een verzekerde zelf worden voldaan, er voordat wordt uitgekeerd, rekening wordt gehouden met het te verrekenen eigen risico en/of eigen bijdragen. Aangezien verzoekster zich ervan bewust is dat tandartskosten nooit volledig worden vergoed, zijn alle nota's eerst door haar voldaan. In de meeste gevallen vonden verrekeningen plaats. Zodoende was er geen enkele reden te twifelen aan de juistheid van de uitkeringen. Bovendien is ook deze vordering verjaard, aangezien verzoekster hierover pas in 2012 voor het eerst werd geïnformeerd.
- 4.5. Verzoekster stelt verder dat sprake is van gewekt vertrouwen. Door de termijnen tussen de vergoedingen en de correcties is zij te goeder trouw afgegaan op de juistheid van de vergoedingen. Correcties dienen binnen een redelijke termijn te geschieden. Indien dit niet gebeurt, kan niet op een eerder genomen beslissing worden teruggekomen. Het voorgaande klemmt te meer, nu door de ziektekostenverzekeraar meerdere fouten zijn gemaakt.
- 4.6. Verzoekster stelt voorts het onredelijk te vinden dat de nadelige gevolgen van de slechte administratie van de ziektekostenverzekeraar volledig op haar worden afgewenteld. In dit kader is door haar voorgesteld deze nadelige financiële gevolgen te delen. De ziektekostenverzekeraar is hier echter niet op ingegaan.
- 4.7. Verzoekster heeft op 30 december 2012 een bedrag van € 2.970,98 onder protest en onder voorbehoud van rechten betaald aan de ziektekostenverzekeraar.
- 4.8. Ter zitting heeft verzoekster haar stellingen herhaald en toegelicht, waarbij zij heeft benadrukt dat zij te goeder trouw is geweest. Desgevraagd heeft verzoekster verklaard akkoord te gaan met het voorstel van de ziektekostenverzekeraar, inhoudende dat een bedrag van € 560,-- wordt gerestitueerd en dat het betaalde entreegeld van € 37,-- aan haar wordt vergoed.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
 - 5.1. Met ingang van 1 januari 2008 heeft iedereen van 18 jaar en ouder een verplicht eigen risico voor de zorgverzekering. Dit houdt in dat van alle zorgkosten die ten laste van de zorgverzekering worden vergoed, de eerste € 150,-- in rekening worden gebracht bij de verzekerde. In 2009 is dit bedrag verhoogd naar € 155,--, in 2010 naar € 165,-- en in 2011 naar € 170,--. Wanneer dit bedrag is voldaan, wordt de verzekerde vrijgesteld van kosten in het kader van de zorgverzekering. In artikel 19 lid 4 Zvw is bepaald welke nota's mogen worden meegenomen in de berekening van het eigen risico van een bepaald jaar. Dit artikel betreft niet de termijn waarbinnen een eenmaal vastgesteld eigen risicobedrag in rekening moet worden gebracht bij de verzekerde. Hiervoor geldt de algemene verjaringstermijn van vijf jaren (art. 3:307 BW). De ziektekostenverzekeraar heeft er evenwel voor gekozen deze termijn terug te brengen naar drie jaren, aangezien verzekerden op grond van het BW maximaal drie jaar de tijd hebben om een declaratie in te dienen.
 - 5.2. De ziektekostenverzekeraar stelt dat de vordering totaal € 2.970,98 bedraagt, welk bedrag ziet op voorgesloten eigen risicobedragen en onterecht betaalde tandheelkundige kosten. Verzoekster heeft hiertoe diverse correctienota's ontvangen. Genoemd bedrag is op 31 december 2012 ontvangen. Verzoekster heeft het bedrag betaald onder protest en onder voorbehoud van rechten.
 - 5.3. Het eerste gedeelte van de vordering betreft de vergoeding die is verleend voor de implantaatbehandeling. De declaratie van verzoekster ten bedrage van € 2.213,70 is niet juist verwerkt. De kosten zijn per abuis vergoed ten laste van de zorgverzekering (€ 332,05) en de aanvullende ziektekostenverzekering (€ 1.881,65). Aangezien de vergoedingen onterecht waren

verleend, was het noodzakelijk een correctie door te voeren. Bij correctiebrief van maart 2010 is aan verzoekster een nota gezonden. Het deel dat ten onrechte is vergoed ten laste van de zorgverzekering is geboekt naar de aanvullende ziektekostenverzekering. Deze verzekering biedt dekking tot maximaal € 900,-- per kalenderjaar voor tandheelkundige kosten. Aangezien de maximale uitkering was bereikt, komt het gehele notabedrag van € 2.213,70 voor rekening van verzoekster. Er is sprake van een vordering uit onverschuldigde betaling.

Verzoekster stelt dat zij er op mocht vertrouwen dat deze kosten werden vergoed. De ziektekostenverzekeraar wijst erop dat verzoekster bij brieven van 14 mei 2007 en 22 juni 2009 is medegedeeld dat de kosten van de implantaatbehandeling niet voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking komen. Daarnaast heeft op 26 oktober 2009 telefonisch contact plaatsgevonden, bij welke gelegenheid verzoekster uitleg is gegeven over de geldende voorwaarden. Zodoende is de ziektekostenverzekeraar van mening dat verzoekster had kunnen weten dat de verleende vergoeding onjuist was. Van gewekt vertrouwen dat de uitkering terecht was is derhalve geen sprake.

- 5.4. Het tweede gedeelte van de vordering betreft de verrekening van het eigen risico 2008. Verzoekster bestrijdt deze vordering met een beroep op artikel 19 lid 4 Zvw. Echter, dit artikel bepaalt - als gezegd - uitsluitend welke nota's mogen worden meegenomen in de berekening van het eigen risico van een bepaald jaar, en niet de termijn waarbinnen het eigen risico in rekening mag worden gebracht bij een verzekerde. De vordering ter zake van het eigen risico 2008 is kenbaar gemaakt bij brief van 7 oktober 2011. Dit is weliswaar laat, maar nog steeds binnen de geldende termijn.
- 5.5. Het derde gedeelte van de vordering betreft een declaratie voor medicijnen ten behoeve van de echtgenoot van verzoekster. De betreffende medicijnen zijn op 15 oktober 2009 afgeleverd. Ten gevolge van een fout is het verschuldigde eigen risico ter zake van deze declaratie, ten bedrage van € 100,26, overgemaakt naar verzoekster. Er is sprake van onverschuldigde betaling, en verzoekster dient dit bedrag terug te betalen. Dit ondanks dat door de ziektekostenverzekeraar een fout is gemaakt. Verzoekster bestrijdt deze vordering met een beroep op artikel 19 lid 4 Zvw. Echter, dit artikel bepaalt uitsluitend welke nota's mogen worden meegenomen in de berekening van het eigen risico van een bepaald jaar, en niet de termijn waarbinnen het eigen risico in rekening mag worden gebracht bij een verzekerde. Ter zake van het in rekening brengen van het eigen risico is eerdergenoemde algemene verjaringstermijn van vijf jaren van toepassing, zodat de vordering tijdig is ingesteld.
- 5.6. Verzoekster stelt verder dat door middel van een correctienota € 1.000,-- in rekening is gebracht voor tandheelkundige zorg die in 2008 heeft plaatsgevonden. Dit is niet juist. In de correctienota van oktober 2011 is inderdaad het bedrag van € 1.000,-- opgenomen. Echter, het betreffende bedrag is niet bij verzoekster in rekening gebracht. Zoals uit het overzicht blijkt, heeft dit bedrag betrekking op een tandartsnota uit 2008 van € 2.022,05. Aangegeven is dat de uitkering onder de aanvullende verzekering € 1.000,-- bedroeg. De uitkering na wijziging bedroeg eveneens € 1.000,--. Het verschil is € 0,-, zodat ter zake hiervan niets wordt gevorderd van verzoekster. Destijds was de gemaximeerde vergoeding niet opgenomen in het systeem van de ziektekostenverzekeraar. Hierdoor heeft verzoekster een hogere uitkering ontvangen dan waarop conform de voorwaarden aanspraak bestaat. Deze omissie is aangepast in het systeem en de benodigde correcties zijn doorgevoerd.
- 5.7. De ziektekostenverzekeraar betreurt de gang van zaken en biedt hiervoor zijn excuses aan. Dit neemt niet weg dat de vordering terecht is.
- 5.8. Ter zitting zijn door de ziektekostenverzekeraar voorgaande stellingen herhaald en toegelicht. Voorts heeft de ziektekostenverzekeraar voorgesteld een bedrag van € 560,-- te restitueren en het betaalde entreegeld van € 37,-- aan verzoekster te vergoeden.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op artikel 11 (2008), artikel 15 (2009), artikel 16 (2010) van de "Algemene voorwaarden" van de zorgverzekering en artikel 11 (2008), artikel 12 (2009), artikel 13 (2010) van de aanvullende ziektekostenverzekering, 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. Het geschil

- 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar terecht € 2.970,98 van verzoekster heeft gevorderd, welke vordering intussen door haar onder protest en onder voorbehoud van rechten werd voldaan.

8. Beoordeling van het geschil

- 8.1. In geschil is de vordering van de ziektekostenverzekeraar van totaal € 2.970,98, die intussen door verzoekster werd voldaan, en ziet op tandheelkundige kosten en eigen risicobedragen met betrekking tot de jaren 2008, 2009 en 2010.
- 8.2. Ter zitting hebben partijen overeenstemming bereikt over een minnelijke regeling met betrekking tot bedoelde vordering. De ziektekostenverzekeraar zal in dat kader een bedrag van € 560,-- restitueren en het betaalde entreegeld van € 37,-- aan verzoekster vergoeden.

9. Het bindend advies

- 9.1. De commissie stelt hetgeen is omschreven onder 8.2 vast.

Zeist, 5 maart 2014,

Voorzitter