



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen C en D, beide te E
Zaak : Eigen bijdrage thuiszorg, verjaring, specificatie eigen risico
Zaaknummer : 201401599
Zittingsdatum : 14 januari 2015

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 tot en met 2014, artt. 19 en 21 Zvw, 2.17 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2009 tot en met 2013, art. 7:942 BW)

1. Partijen

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

tegen

1) C te E, en

2) D te E,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] Basispolis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). De zorgverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken. Verder waren ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen ComfortPluspolis (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering) en Zorg Plus afgesloten. Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De aanvullende verzekering Zorg Plus is niet in geschil en blijft daarom in het vervolg buiten beschouwing.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de eigen bijdrage die hij is verschuldigd aan het CAK in verband met thuiszorg (hierna: de aanspraak). Bij brief van 4 juni 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak gedeeltelijk, namelijk tot een bedrag van € 591,79, wordt ingewilligd.

3.2. Verzoeker is het niet eens met de hoogte van de vergoeding, en heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 20 juni 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar 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 ziektekostenverzekeraar.

3.4. Bij brief van 11 september 2014 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig in te willigen, ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering (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 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.

 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 23 oktober 2014 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 6 november 2014 aan verzoeker gezonden.

 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 13 november 2014 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. Bij brief van 20 december 2014 heeft verzoeker medegedeeld af te zien van horen. De ziektekostenverzekeraar heeft bij e-mailbericht van 31 december 2014 medegedeeld eveneens af te zien van horen.

 4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

 4.1. Verzoeker werd pas eind 2013 bekend met de mogelijkheid van een vergoeding vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering voor de eigen bijdrage die hij is verschuldigd aan het CAK in verband met de verleende thuiszorg. Omdat hij niet meer beschikte over alle originele nota's, heeft verzoeker een overzicht gevraagd van het CAK met betrekking tot de betaalde eigen bijdragen. Dit overzicht heeft hij na ontvangst bij de ziektekostenverzekeraar ingediend. De ziektekostenverzekeraar wenste echter de originele nota's te ontvangen. Deze heeft verzoeker opgevraagd bij het CAK, maar kreeg hij eerst geruime tijd later. In mei 2014 ontving verzoeker de betreffende nota's, die hij op 28 mei 2014 heeft doorgestuurd naar de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar hanteert deze declaratiedatum als uitgangspunt en concludeert op basis hiervan dat de vordering deels is verjaard. Verzoeker is van mening dat deze conclusie ten onrechte wordt getrokken.

 4.2. In artikel 7:942 BW is namelijk bepaald dat de termijn van de verjaring begint te lopen vanaf het moment dat een persoon bekend is met het opeisbaar worden van een vordering. Het CAK kan een factuur voor de eigen bijdrage eerst definitief maken nadat zij het jaarinkomen van verzoeker en zijn echtgenote kent. Dit is aan het einde van het betreffende kalenderjaar. Verzoeker vindt het daarom redelijk dat de ziektekostenverzekeraar met terugwerkende kracht tot 1 januari 2009 alle facturen betaalt. Deze kosten waren immers ook vergoed indien verzoeker de rekeningen eerder had gedeclareerd.
Verzoeker merkt in dit kader verder op dat het BW ook een bepaling kent waarin een verjaringstermijn van vijf jaren wordt genoemd, welke termijn begint te lopen als een persoon bekend is geworden met een vordering.

 4.3. Verzoeker heeft tevens een klacht ingediend over de specificatie van het verplicht eigen risico. Indien hij geneesmiddelen gebruikt, vermeldt de ziektekostenverzekeraar hierop alleen welke apotheek het betreft, en niet welk middel. Volgens de apotheek wordt de naam van het middel wel aan de ziektekostenverzekeraar doorgegeven. Verzoeker is van mening dat hij recht heeft op een duidelijk overzicht.

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

 5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

 5.1. Artikel 7:942 BW bepaalt dat een rechtsvordering tegen de verzekeraar tot het doen van een uitkering verjaart door verloop van drie jaren na aanvang van de dag, volgende op die waarop de tot uitkering gerechtigde met de opeisbaarheid bekend is geworden. In de praktijk is dit het moment dat de zorg wordt afgenomen, zodat de verjaringstermijn begint te lopen vanaf de datum dat de behandeling heeft plaatsgevonden. De ziektekostenverzekeraar volgt hiermee richtlijnen van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).

5.2. Op 28 mei 2014 heeft verzoeker gespecificeerde nota's gestuurd betreffende de aan het CAK verschuldigde eigen bijdrage in verband met de verleende thuiszorg. De nota's vanaf 24 april 2011 zijn aan hem vergoed. De nota's van vóór die datum betroffen behandelingen die lagen vóór 28 mei 2011, zodat deze zijn verjaard. Verzoeker heeft dan ook geen aanspraak op vergoeding van deze nota's, ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

5.3. Met betrekking tot de klacht van verzoeker over de specificatie van het eigen risico, merkt de ziektekostenverzekeraar in zijn nader commentaar van 23 oktober 2014 op dat het in de regel voldoende is de zorgvorm te vermelden en de datum waarop deze zorg is verleend. Hiermee heeft verzoeker genoeg informatie om te controleren of de juiste zorg is gedeclareerd. De ziektekostenverzekeraar mag redelijkerwijs ervan uitgaan dat verzekerden door de apotheek worden geïnformeerd over de soorten geneesmiddelen die worden afgeleverd. Bovendien is een registratie die verdergaat dan een vermelding van de zorgvorm strijdig met de vigerende privacywetgeving.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op de artikelen 19 (2008) en 18 (2009 tot en met 2014) van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering en van de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

6.2. De hiervóór genoemde artikelen 19 (2008) en 18 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering (2009 tot en met 2013) verwijzen voor geschillenbeslechting naar de commissie. Er is echter geen verwijzing naar de bevoegde rechter opgenomen, hoewel dit zou moeten. In de voorwaarden van het jaar 2014 is de rechter echter wel vermeld. Aangezien het onderhavige geschil is aangebracht in 2014, wordt verzoeker ermee bekend verondersteld dat hij de kwestie - dus ook voor zover het de jaren 2008 tot en met 2013 betreft - aan de bevoegde rechter had kunnen voorleggen.

7. Het geschil

7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig in te willigen, ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. Daarnaast is de vraag aan de orde of de ziektekostenverzekeraar de uitkeringspecificatie met betrekking tot het verplicht eigen risico nader dient te specificeren.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

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

8.2. Artikel 9 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering (2008) bepaalt, voor zover hier van belang:

"1 De verzekerde is verplicht om: (...)

f alle nota's op zodanige wijze te laten specificeren dat, zonder verdere navraag, hieruit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding de zorgverzekeraar is gehouden; (...)

2 De verzekeringnemer of de verzekerde kan de voor vergoeding in aanmerking komende kosten - onder overlegging van de originele nota's - bij de zorgverzekeraar declareren. De declaratie moet bij de zorgverzekeraar worden aangeboden binnen 36 maanden nadat de verzekeringnemer of de verzekerde met het recht op vergoeding bekend is geworden. Hierbij dient gebruik gemaakt te worden van een door de zorgverzekeraar te verstrekken declaratieformulier. De vergoeding

zal worden overgemaakt op het bij [naam ziektekostenverzekeraar] met betrekking tot deze verzekeringsovereenkomst bekende rekeningnummer.

3 De verzekerde ontvangt van de zorgverzekeraar een bericht van uitkering, waarop is aangegeven welke kosten worden vergoed.

4 Indien bepaalde kosten niet zijn vergoed wordt de reden daarvan vermeld in het bericht van uitkering."

8.3. De toepasselijke polisvoorwaarden van de jaren 2009 tot en met 2014 hebben een gelijklopende strekking.

8.4. Artikel 4 van de aanvullende ziektekostenverzekering (2008) regelt de aanspraak op de eigen bijdrage voor thuiszorg en luidt, voor zover hier van belang:

"vergoeding wettelijk vastgestelde inkomensafhankelijke eigen bijdrage. (...) ComfortPluspolis maximaal € 350,- per kalenderjaar.

- de vergoeding wordt eenmaal per huishouden verstrekt;*
- met thuiszorg wordt bedoeld huishoudelijke hulp, persoonlijke verzorging en verpleging thuis;*
- de basis voor de vergoeding vormt de periodieke opgave van de betaalde eigen bijdrage die door het CAK wordt verstrekt."*

8.5. De toepasselijke voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering van de jaren 2009 tot en met 2014 hebben een gelijklopende strekking.

8.6. Artikel 7:942 BW bepaalt, voor zover hier van belang:

"1. Een rechtsvordering tegen de verzekeraar tot het doen van een uitkering verjaart door verloop van drie jaren na de aanvang van de dag, volgende op die waarop de tot uitkering gerechtigde met de opeisbaarheid daarvan bekend is geworden.

2. De verjaring wordt gestuit door een schriftelijke mededeling, waarbij op uitkering aanspraak wordt gemaakt. Een nieuwe verjaringstermijn van drie jaren begint te lopen met de aanvang van de dag, volgende op die waarop de verzekeraar hetzij de aanspraak erkent, hetzij ondubbelzinnig heeft medegedeeld de aanspraak af te wijzen. (...)"

9. Beoordeling van het geschil

Verjaring

9.1. Vast staat dat verzoeker de nota's van de eigen bijdrage thuiszorg op 28 mei 2014 bij de ziektekostenverzekeraar heeft ingediend. Op dat moment was voldaan aan het vereiste van artikel 9 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering, en kon de ziektekostenverzekeraar overgaan tot beoordeling van de vergoeding. Op 27 maart 2014 had verzoeker de ziektekostenverzekeraar echter al een overzicht gestuurd van de nota's die hij had ontvangen van het CAK. Hoewel dit voor de ziektekostenverzekeraar niet voldoende specifiek was om een beoordeling te kunnen uitvoeren, heeft verzoeker hiermee aanspraak gemaakt op uitkering en aldus de verjaring gestuit, gelet op het bepaalde in artikel 7:942 lid 2 BW. Aangezien door de ziektekostenverzekeraar uitsluitend een beroep is gedaan op verjaring en door hem niet is bestreden dat door verzoeker is voldaan aan de voorwaarden genoemd in artikel 4 van de aanvullende ziektekostenverzekering, heeft verzoeker aanspraak op vergoeding van de kosten tot het in dit artikel genoemde maximum van € 350,- met terugwerkende kracht tot drie jaren, gerekend vanaf 27 maart 2014.

9.2. Rest de vraag of hierbij de behandeldatum dan wel de factuurdatum als uitgangspunt dient te worden genomen. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.



9.3. Artikel 7:942 lid 1 BW bepaalt dat de verjaringstermijn begint te lopen zodra de verzekeringnemer bekend is geworden met de opeisbaarheid van de vordering. Volgens de ziektekostenverzekeraar is de behandeldatum hiervoor bepalend. Verzoeker stelt daarentegen dat hij eerst bekend was met de verschuldigde eigen bijdrage na ontvangst van de nota. Het CAK gaat voor de berekening van deze bijdrage namelijk uit van het jaarinkomen. Deze stelling van verzoeker snijdt hout. Ten tijde van het verlenen van de thuiszorg kon hij nog niet met de hoogte van de eigen bijdrage bekend zijn, zodat hij ook niet wist of hij een vordering had op de ziektekostenverzekeraar en wat in dat geval de hoogte zou zijn van deze vordering. Het voorgaande leidt ertoe dat bij de vaststelling dient te worden uitgegaan van de factuurdatum.



9.4. Aangezien het onderwerp van het onderhavige geschil een verzekeringsovereenkomst is, zijn de specifieke bepalingen van Titel 17 van Boek 7 BW leidend, en niet de algemene bepalingen waarin onder andere de door verzoeker genoemde verjaringstermijn van vijf jaar is geregeld.

Uitkeringsspecificatie eigen risico



9.5. Tussen partijen is niet in geschil dat verzoeker voor het jaar 2014 een verplicht eigen risico heeft van € 360,--. Verzoeker heeft lopende de procedure een klacht ingediend over de weergave van de zorgkosten op de uitkeringsspecificatie, waarbij het specifiek gaat om kosten van geneesmiddelen, afgeleverd door de apotheek. Hierover heeft geen heroverweging door de ziektekostenverzekeraar plaatsgevonden. Ook bevat het dossier geen stukken aangaande deze kwestie. Omdat de ziektekostenverzekeraar in zijn nader commentaar van 23 oktober 2014 op de betreffende klacht is ingegaan, zal hieraan in het onderhavige bindend advies ook aandacht worden besteed.



9.6. De commissie is van oordeel dat de vermelding van de zorgvorm met de datum waarop deze zorg is verleend, in de regel voldoende zou moeten zijn om te controleren of de juiste zorg is gedeclareerd. Dit geldt te meer nu indertijd ter zake van de no-claimteruggave door het College bescherming persoonsgegevens is geoordeeld dat een registratie die verder gaat dan een vermelding van de zorgvorm strijdig is met de vigerende privacywetgeving. Van de ziektekostenverzekeraar kan in het kader van de uitvoering van de eigen risicoregeling daarom geen verdergaande specificatie worden verlangd. Voor meer informatie over de geneesmiddelen dient verzoeker zich dan ook te wenden tot de apotheek of tot de voorschrijvend arts.

Conclusie



9.7. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek gedeeltelijk dient te worden toegewezen, met inachtneming van hetgeen is overwogen onder 9.4. Het meer of anders gevorderde dient te worden afgewezen.



9.8. Aangezien het verzoek deels wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,-- aan verzoeker te vergoeden.



10. Het bindend advies



10.1. De commissie wijst het verzoek gedeeltelijk toe, met inachtneming van hetgeen is overwogen onder 9.4. Het meer of anders gevorderde wordt afgewezen.



10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden het entreegeld van € 37,--.

Zeist, 14 januari 2015,



Voorzitter

