



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem
Zaak : Declaratie, vergoeding, verzekeringnemer
Zaaknummer : 201501091
Zittingsdatum : 18 november 2015



Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. drs. P.J.J. Vonk, mr. H.A.J. Kroon)



(Voorwaarden zorgverzekering 2010, art. 1 Zvw, artt. 6:43, 6:114, 7:925 BW)

1. Partijen



A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door C te B,



tegen



VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 
- 2.1. Ten tijde van onderhavige kwestie was verzoekster bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de VGZ Zorgverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Genoemde zorgverzekering 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. Verzoekster heeft op 12 januari 2012 zorgkostennota's ten bedrage van totaal € 7.640,28 bij de zorgverzekeraar gedeclareerd. Deze nota's zien op behandelingen in het Jessa Ziekenhuis te Hasselt (België), uitgevoerd in februari en maart 2010.
- 
- 3.2. De zorgverzekeraar heeft bij brief van 27 april 2012 aan verzoekster medegedeeld dat de onder 3.1 genoemde zorgkosten zijn uitbetaald aan de ex-echtgenoot van verzoekster.
- 
- 3.3. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormeld standpunt gevraagd. Bij brieven 9 januari en 3 en 24 februari 2015 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 
- 3.4. Verzoekster heeft zich op 8 april 2015 tot de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen gewend. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft verzoekster bij brief van 13 mei 2015 medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling.
- 
- 3.5. Bij brief van 28 mei 2015 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de onder 3.1 genoemde zorgkosten aan haar uit te betalen (hierna: het verzoek).
- 
- 3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 37,- voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar 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.
- 
- 3.7. De zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 13 augustus 2015 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 17 augustus 2015 aan verzoekster gezonden.

 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 24 augustus 2015 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De zorgverzekeraar heeft op 9 november 2015 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.

 3.9. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 18 november 2015 telefonisch gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

 4.1. Uit de verzekeringsvoorwaarden is af te leiden dat nota's tot drie jaar na de behandeldatum kunnen worden gedeclareerd. Verzoekster was ten tijde van de behandelingen bij de zorgverzekeraar verzekerd en ten tijde van het indienen van de declaratie ook. Op het moment van declareren was verzoekster reeds enige tijd verzekeringnemer onder polisnummer 602032148. Dit polisnummer heeft de zorgverzekeraar in juni 2010 aan verzoekster verstrekt. De declaratie is ingediend onder vermelding van genoemd polisnummer. De zorgverzekeraar heeft de nota's echter vergoed aan de ex-echtgenoot van verzoekster. Verzoekster stelt dat deze wijze van afhandeling van de declaratie door de zorgverzekeraar onzorgvuldig en niet conform de voorwaarden is.

 4.2. Anders dan de zorgverzekeraar meent, is geen sprake van bevrijdende betaling. De behandelingen betreffen verzoekster en de declaratie is ook door haar ingediend met expliciete vermelding van haar polisnummer. De nota's dienen daarom aan verzoekster te worden vergoed. Artikel 1 Zvw en artikel 3 van de zorgverzekering (2010) doen aan de handelwijze van de zorgverzekeraar niets af.

 4.3. Het valt verzoekster op dat de zorgverzekeraar polisnummer 602032148 (onderstreping toegevoegd, commissie) heeft vermeld bovenaan zijn brief van 26 november 2014. In het vergoedingenoverzicht (volgnummer 2012 3) wordt echter melding gemaakt van een foutief, althans oud polisnummer, te weten 601032148 (onderstreping toegevoegd, commissie). Dit is vermoedelijk het polisnummer van haar ex-echtgenoot. In de optiek van verzoekster heeft de zorgverzekeraar de declaratie onder een verkeerd polisnummer geadministreerd, althans niet onder het polisnummer dat op het declaratieformulier is vermeld.

De zorgverzekeraar heeft onzorgvuldig gehandeld door de vergoeding uit te betalen op een rekeningnummer dat niet op naam staat of ooit heeft bestaan van verzoekster. Dit is de zorgverzekeraar aan te rekenen.

 Voorts valt het verzoekster op dat volgens de zorgverzekeraar niet alle gedeclareerde nota's volledig zijn vergoed. De reden hiervan is vermoedelijk het ontbreken van een geldige machtiging. Verzoekster weet echter dat de zorgverzekeraar aan haar ex-echtgenoot ter zake van de behandelingen een hogere vergoeding heeft uitgekeerd, namelijk € 7.641,09.

 Verzoekster voert verder aan dat de nota's van het Jessa Ziekenhuis noch bij haar ex-echtgenoot in rekening zijn gebracht noch door hem zijn betaald. Alle nota's staan op naam van verzoekster. Bij vonnis van 18 mei 2011 is zij tot betaling van de nota's veroordeeld.

 Voorts stelt verzoekster dat het niet ongewoon is om te veronderstellen dat in drie jaar tijd - de termijn die geldt voor het declareren van zorgkosten - de woon- of leefsituatie van een verzekerde verandert. Verzoekster is in de bewuste periode gescheiden van haar echtgenoot en zij heeft per 1 juni 2010 een nieuwe polis bij de zorgverzekeraar.

 4.4. Ter zitting heeft verzoekster haar standpunt herhaald. Voorts heeft verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat de zorgverzekeraar op het moment van uitkeren geen onderzoek heeft gedaan, hetgeen in strijd is met de zorgplicht.

 4.5. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

 5.1. De verzekeringnemer is degene met wie de zorgverzekeraar een overeenkomst heeft gesloten. In artikel 3 van de zorgverzekering (2010) is bepaald dat de verzekeringnemer verantwoordelijk



is voor de betaling van de premie van alle medeverzekerden. Als de verzekeringnemer de premie en overige kosten niet tijdig betaalt, ontvangt hij hierover een aanmaning. De vergoedingen van zorgkosten die de verzekeringnemer en de medeverzekerden bij de zorgverzekeraar declareren, worden overgemaakt naar de rekening die door de verzekeringnemer bij het sluiten van de overeenkomst is opgegeven.



5.2. Verzoekster stond tot en met 31 mei 2010 als medeverzekerde op de polis waarvoor haar ex-echtgenoot als verzekeringnemer optrad. Daarmee was de ex-echtgenoot tot die datum verantwoordelijk voor de zorgkosten van verzoekster (i.c. de betaling aan de zorgverlener). Om die reden is de door verzoekster ingediende declaratie op polis/verzekerdennummer 602032148 vergoed aan haar ex-echtgenoot. Op 23 februari 2012 heeft de zorgverzekeraar een bedrag van € 5.847,45 overgemaakt naar het - in 2010 geldende - rekeningnummer van de ex-echtgenoot van verzoekster. Overigens heeft verzoekster op het declaratieformulier ook geen ander rekeningnummer vermeld. Verzoekster is van mening dat een hoger bedrag is overgemaakt aan haar ex-echtgenoot, te weten € 7.641,09. De zorgverzekeraar heeft haar in dit kader verzocht een bankafschrift van deze betaling over te leggen. Hiertoe is verzoekster niet overgegaan.



5.3. De zorgverzekeraar stelt dat de vergoeding voor de medische behandelingen die verzoekster heeft ondergaan, terecht is uitbetaald aan de ex-echtgenoot van verzoekster. Er is sprake van bevrijdende betaling. De zorgverzekeraar verwijst naar de artikelen 6:43 en 7:925 BW, en artikel 1 Zvw.



5.4. Ter zitting heeft de zorgverzekeraar zijn standpunt herhaald. Voorts heeft de zorgverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat voor de vraag of vergoeding mogelijk is, wordt gekeken naar de datum van de behandeling. Ten tijde van de behandeling was de ex-echtgenoot van verzoekster verzekeringnemer, zodat de vergoeding aan hem is uitgekeerd. Verzoekster kan eventueel de kosten op haar ex-echtgenoot verhalen. De zorgverzekeraar hoeft niet (nogmaals) aan verzoekster te betalen.



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

6. De bevoegdheid van de commissie



6.1. Gelet op artikel 10 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 dient over te gaan tot uitbetaling van de gedeclareerde zorgkosten aan verzoekster.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving



8.1. Voor de beoordeling van het geschil tussen partijen zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.



8.2. Ingevolge artikel 3 van de zorgverzekering is de verzekeringnemer de premie bij vooruitbetaling verschuldigd.



8.3. Artikel 1.5 van de zorgverzekering luidt:

"1.5. Insturen van nota's

De meeste zorgaanbieders sturen de nota's rechtstreeks naar Zorgverzekeraar VGZ. Als u zelf een nota hebt ontvangen, kunt u een declaratieformulier invullen en samen met de originele nota opsturen; geen kopie of aanmaning. Het is belangrijk dat op de nota de naam van de verzekerde,

 de behandeling, de datum van de behandeling, het notabedrag en de paraaf van de zorgaanbieder staat. (...)
U kunt nota's tot maximaal drie jaar na het begin van de behandeling indienen.
(...)"

-  8.4. Deel III van de zorgverzekering betreft de begripsomschrijvingen. De begrippen "verzekerde" en "verzekeringnemer" zijn hierin als volgt omschreven:

 **"Verzekerde:** degene wiens risico van behoefte aan geneeskundige zorg, als bedoeld in de Zorgverzekeringswet, door een zorgverzekering wordt gedekt en die als zodanig op het polisblad, afgegeven door Zorgverzekeraar VGZ, is vermeld.

 **Verzekeringnemer:** degene die met Zorgverzekeraar VGZ een zorgverzekering heeft gesloten. In deze verzekeringsvoorwaarden worden de verzekeringnemer en verzekerde aangeduid met 'u'. Als alleen de verzekeringnemer wordt bedoeld, wordt dit in het betreffende artikel specifiek aangegeven.
(...)"

-  8.5. Artikel 1 Zvw luidt, voor zover hier van belang:

 "In deze wet en de daarop berustende bepalingen wordt verstaan onder:
(...)

 c. verzekeringnemer: een persoon die met een zorgverzekeraar een zorgverzekering heeft gesloten;
(...)

 f. verzekerde: degene wiens risico van behoefte aan zorg of overige diensten, als bedoeld in artikel 10, door een zorgverzekering wordt gedekt;
(...)"

-  8.6. De toerekening van betalingen is geregeld in onder meer artikel 6:43 BW. Dit artikel luidt als volgt:

"Artikel 6:43

 1. Verricht de schuldenaar een betaling die zou kunnen worden toegerekend op twee of meer verbintenissen jegens een zelfde schuldeiser, dan geschiedt de toerekening op de verbintenis welke de schuldenaar bij de betaling aanwijst.

 2. Bij gebreke van zodanige aanwijzing geschiedt de toerekening in de eerste plaats op de opeisbare verbintenissen. Zijn er ook dan nog meer verbintenissen waarop de toerekening zou kunnen plaatsvinden, dan geschiedt deze in de eerste plaats op de meest bezwarende en zijn de verbintenissen even bezwarend, op de oudste. Zijn de verbintenissen bovendien even oud, dan geschiedt de toerekening naar evenredigheid."

-  8.7. Artikel 6:114 lid 1 BW luidt als volgt:

 "Bestaat in een land waar de betaling moet of mag geschieden ten name van de schuldeiser een rekening, bestemd voor girale betaling, dan kan de schuldenaar de verbintenis voldoen door het verschuldigde bedrag op die rekening te doen bijschrijven, tenzij de schuldeiser betaling op die rekening geldig heeft uitgesloten."

-  8.8. Artikel 7:925 lid 1 BW luidt:

 "Verzekering is een overeenkomst waarbij de ene partij, de verzekeraar, zich tegen het genot van premie jegens haar wederpartij, de verzekeringnemer, verbindt tot het doen van een of meer uitkeringen, en bij het sluiten der overeenkomst voor partijen geen zekerheid bestaat, dat, wanneer of tot welk bedrag enige uitkering moet worden gedaan, of ook hoe lang de overeengekomen premiebetaling zal duren. Zij is hetzij schadeverzekering, hetzij sommenverzekering."

9. Beoordeling van het geschil

- 9.1. Verzoekster stond tot 1 juni 2010 als verzekerde op de polis waarvoor haar ex-echtgenoot als verzekeringnemer optrad. Ingevolge artikel 3 van de zorgverzekering is de verzekeringnemer gehouden de premie te voldoen. De verzekeringnemer is tevens gerechtigd tot uitkering c.q. vergoeding. De verzekerde is degene wiens of wier behoefte aan zorg door de zorgverzekering is gedekt.
- 9.2. Verzoekster heeft in februari en maart 2010 geneeskundige zorg genoten. De kosten van deze zorg zijn door de betreffende zorgaanbieder niet rechtstreeks bij de zorgverzekeraar ingediend, maar bij verzoekster in rekening gebracht. Verzoekster heeft deze zorgkosten in januari 2012 bij de zorgverzekeraar gedeclareerd. Dit is binnen de toepasselijke termijn geschied (vgl. artikel 1.5 van de zorgverzekering). De zorgverzekeraar heeft voor de genoten zorg een vergoeding verleend van € 5.847,45. Dit bedrag is uitbetaald aan de ex-echtgenoot van verzoekster, zijnde de verzekeringnemer ten tijde van de aanvang van de zorg. Partijen zijn verdeeld over deze uitbetaling. De commissie overweegt te dien aanzien als volgt.
- 9.3. Onderscheiden dienen te worden de behandelovereenkomst tussen verzoekster en het ziekenhuis, en de verzekeringsovereenkomst tussen de ex-echtgenoot van verzoekster en de zorgverzekeraar. In het kader van de behandelovereenkomst was verzoekster gehouden de zorgkostennota's aan het ziekenhuis te voldoen. Hiertoe is zij niet overgegaan, hetgeen ertoe heeft geleid dat verzoekster door het ziekenhuis in rechte is betrokken. Verzoekster is door de rechtbank Maastricht veroordeeld tot betaling van de zorgkostennota's aan het ziekenhuis.
- In het kader van de verzekeringsovereenkomst was de ex-echtgenoot van verzoekster tot 1 juni 2010 gehouden de premie voor hemzelf en verzoekster te voldoen, en was hij gerechtigd tot uitkering c.q. vergoeding van de door hem en verzoekster genoten zorg. Bij het indienen van de declaratie in januari 2012 heeft verzoekster aangekruist dat de vergoeding aan de zorgaanbieder diende te worden overgemaakt. De zorgverzekeraar heeft op het betreffende declaratieformulier bij deze optie vermeld: *"meestal is het mogelijk om de vergoeding aan de zorgaanbieder over te maken. Soms kan dit niet. In dat geval ziet u op het vergoedingenoverzicht dat wij de vergoeding aan u hebben overgemaakt. Let op, ook als u voor deze optie kiest, blijft u zelf verantwoordelijk voor het op tijd voldoen van de nota aan de zorgaanbieder."* De zorgverzekeraar heeft vervolgens in de uitkeringsspecificatie ter zake van de declaratie van verzoekster vermeld dat de vergoeding niet aan de (buitenlandse) zorgaanbieder kon worden betaald, en de verzekeringnemer - de ex-echtgenoot van verzoekster - verzocht het bedrag over te maken aan de betreffende zorgaanbieder. Overigens is door verzoekster weliswaar gesteld dat door de zorgverzekeraar een hoger bedrag dan € 5.847,45 aan haar ex-echtgenoot is uitbetaald, maar dit is door haar op geen enkele wijze aannemelijk gemaakt, zodat de commissie aan deze - ongemotiveerde - stelling voorbijgaat.
- 9.4. De commissie is van oordeel dat de zorgverzekeraar de door verzoekster gedeclareerde zorgkostennota's terecht heeft uitbetaald aan haar ex-echtgenoot. Deze is immers verzekeringnemer van de polis waarop verzoekster als verzekerde stond ten tijde van de aanvang van de betreffende zorg. In die hoedanigheid was de ex-echtgenoot gerechtigd tot uitkering. Het moment van declareren is, anders dan verzoekster veronderstelt, in deze niet leidend. De zorgverzekeraar heeft derhalve bevrijdend betaald aan de ex-echtgenoot van verzoekster.
- 9.5. Door verzoekster is nog gesteld dat de zorgverzekeraar de declaratie niet juist heeft geadministreerd, aangezien deze is verwerkt onder een ander polisnummer dan door haar is opgegeven. Hiertoe merkt de commissie op dat bij verzoekster kennelijk onduidelijkheid bestaat over de administratie van de polis. De polis tot 1 juni 2010 stond op naam van de ex-echtgenoot van verzoekster. De zorgverzekeraar hanteert geen polisnummer, maar een klantnummer. Elke verzekerde heeft een klantnummer. Zodoende hadden verzoekster en haar ex-echtgenoot ieder een klantnummer. Dat het klantnummer van verzoekster op de onderhavige declaratie staat vermeld doet niets af aan de juridische situatie op het moment van het genieten van de zorg. De zorgverzekeraar heeft deze declaratie, zoals hiervoor al overwogen, correct verwerkt.



Conclusie

9.6. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.



10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.



Zeist, 2 december 2015,



P.J.J. Vonk

