



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist en Zilveren Kruis Ziektelkostenverzekeringen N.V. te Amersfoort
Zaak : Verplicht eigen risico, terugbetaling, mondzorg
Zaaknummer : 201602403
Zittingsdatum : 31 mei 2015

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2014 en 2016, artt. 10, 11, 19 en 21 Zvw, 2.17 Bzv, 2.31 Rzv)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

- 1) Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht,
 - 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist, en
 - 3) Zilveren Kruis Ziektekostenverzekeringen N.V. te Amersfoort,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Basispolis Basic (2014) respectievelijk Basis Zeker (2016) (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1 onderdeel d Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen AV Amsterdam 3 en Gespreid betalen Eigen Risico afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom in het vervolg onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster heeft in de jaren 2014 en 2016 het verplicht eigen risico bij vooruitbetaling voldaan. De ziektekostenverzekeraar heeft haar bij ongedateerd declaratieoverzicht met nummer 1/2015 medegedeeld dat over het jaar 2014 een restantbedrag aan verplicht eigen risico openstond van € 115,22. Verzoekster heeft hierna van de ziektekostenverzekeraar een bedrag van € 6,72 retour ontvangen.
- 3.2. Bij declaratieoverzicht van 1 februari 2016 met nummer 1/2016 heeft de ziektekostenverzekeraar bij verzoekster een bedrag van € 139,20 ter zake van het verplicht eigen risico 2016 in rekening gebracht.
- 3.3. Verzoekster is tegen beide beslissingen van de ziektekostenverzekeraar opgekomen. Bij brief van 22 maart 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissingen te handhaven.
- 3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.5. Bij brief van 12 februari 2017 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden het bedrag van

 € 115,22 minus € 6,72 in verband met het verplicht eigen risico 2014 te retourneren, alsmede af te zien van het in rekening brengen van het bedrag van € 139,20 ter zake van het verplicht eigen risico 2016 (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 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.

 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 5 april 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 12 april 2017 aan verzoekster gezonden.

 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar hebben op respectievelijk 19 en 29 april 2017 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord.

 3.9. Op grond van artikel 114 lid 3 Zvw dient de commissie verplicht advies te vragen aan het Zorginstituut Nederland (hierna: Zorginstituut) indien het geschil betrekking heeft op de zorg of de overige diensten, bedoeld in artikel 11, dan wel de vergoeding van die zorg of diensten. Blijkens de Memorie van toelichting blijft deze verplichting beperkt tot de vraag of de vorm van zorg of andere dienst waar de verzekerde behoefte aan heeft tot het verzekerde pakket behoort. Aangezien die vraag in het onderhavige geval geen beantwoording behoeft, is het Zorginstituut niet verzocht te adviseren.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

 4.1. Verzoekster heeft van de ziektekostenverzekeraar een declaratieoverzicht gekregen, waaruit volgt dat het niet-gebruikte eigen risico voor het jaar 2014 € 115,21 bedraagt. Zij had verwacht dit bedrag retour te ontvangen van de ziektekostenverzekeraar, maar ontving uiteindelijk € 6,72. Volgens de ziektekostenverzekeraar is na het laatst verzonden declaratieoverzicht nog een nota ingediend van € 108,49. Genoemd bedrag klopt echter niet. Het is juist dat nadien kosten in rekening zijn gebracht, maar dit betreft een bedrag van € 21,29. Laatstgenoemd bedrag is door verzoekster gepind, gedeclareerd, terugontvangen en ten laste van het verplicht eigen risico gekomen. Zij heeft daarom aanspraak op het restant.
Verzoekster tekent hierbij aan dat de ziektekostenverzekeraar nalatig is geweest haar declaratieoverzichten te sturen.

 4.2. In het jaar 2016 heeft verzoekster bij de Stichting Bijzondere Tandheelkunde (SBT) een volledige gebitsprothese aangemeten gekregen. De SBT deelde verzoekster mede dat hiervoor een eigen bijdrage van toepassing is van totaal € 250,--. Omdat de prothese niet goed paste en verzoekster blaren kreeg, is zij teruggegaan naar de SBT, waarop de prothese is aangepast. De zorgaanbieder heeft vervolgens een bedrag van € 139,20 bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd, welk bedrag ten laste is gebracht van het verplicht eigen risico 2016. Aangezien de zorgaanbieder dit niet vooraf aan verzoekster heeft medegedeeld, en het gaat om nazorg vanwege een niet goed passende prothese, is verzoekster van mening dat deze kosten niet mochten worden gedeclareerd en derhalve niet ten laste kunnen worden gebracht van het verplicht eigen risico 2016.

 4.3. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar een klacht ingediend over de gang van zaken. De ziektekostenverzekeraar heeft deze correspondentie echter niet als klacht gezien, en heeft verzoekster daarom niet geïnformeerd over de mogelijke vervolgstappen. Het gaat echter niet aan dat een klacht eerst als zodanig wordt aangemerkt als de ziektekostenverzekeraar een brief of e-mailbericht als klacht registreert. Verzoekster heeft kosten moeten maken voor kopieën, porti en telefoon. De betreffende kosten zijn hoger geworden omdat de ziektekostenverzekeraar verzoekster niet heeft geïnformeerd over de mogelijkheden. Daarom is de ziektekostenverzekeraar gehouden haar deze kosten te vergoeden.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Op basis van het declaratieoverzicht dat verzoekster van de ziektekostenverzekeraar ontving, rekende zij op een terugbetaling van € 115,21. De ziektekostenverzekeraar betaalde echter nog een declaratie aan de SBT ter grootte van € 108,49, zodat uiteindelijk een bedrag van € 6,72 aan verzoekster werd geretourneerd (€ 115,21 - € 108,49). De reden dat verzoekster niet op de hoogte was van deze declaratie, is gelegen in een storing in het administratiesysteem, die ervoor zorgde dat verzoekster na 5 december 2014 geen declaratieoverzichten meer ontving. Het bedrag van € 108,49 is door de SBT gedeclareerd onder de noemer '5-minutentarief mondzorg' voor een behandeling op 6 november 2014. De kosten van de behandeling worden door de SBT berekend op basis van een uurtarief. In november 2014 was een uurtarief van € 259,56 van toepassing, en een 5-minutentarief van € 21,63. Op grond van de NZa beleidsregel BR/CU-7096 kunnen instellingen voor bijzondere tandheelkunde onder prestatiecode X731 een individueel tijdstarief in rekening brengen. De kosten van € 108,49 zijn gedeclareerd onder deze verrichtingencode. Het door verzoekster genoemde bedrag van € 21,29 ziet op een wettelijke bijdrage voor een probleemgericht consult, dat in rekening mag worden gebracht op grond van de tariefbeschikking tandheelkundige zorg TB/CU-7080-01. De bijdrage is aan verzoekster vergoed ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering, en deze is niet verrekend met het verplicht eigen risico.

5.2. Op 7 januari 2016 heeft verzoekster een consult gehad bij de SBT. De zorgaanbieder heeft vervolgens een nota gestuurd ter hoogte van € 139,20, die de ziektekostenverzekeraar ten laste heeft gebracht van het verplicht eigen risico 2016. De behandeling is gedeclareerd met verrichtingencode X731, en betreft een nazorgbehandeling, die los staat van de behandelovereenkomst voor de prothese. Er is geen wettelijke eigen bijdrage van toepassing, zodat het gehele bedrag ten laste komt van het verplicht eigen risico. De ziektekostenverzekeraar stuurde verzoekster hierover op 1 februari 2016 een declaratieoverzicht. Volgens verzoekster kreeg zij blaren van haar nieuwe prothese, en was dit de reden dat nazorg diende plaats te vinden. Verzoekster meent dat de kosten hiervan niet in rekening mogen worden gebracht door de zorgaanbieder. De ziektekostenverzekeraar gaf een machtiging voor behandelingen en techniekkosten vanuit de zorgverzekering in verband met bijzondere tandheelkunde. Op deze zorg is het eigen risico van toepassing. Verder geldt een wettelijke eigen bijdrage van € 125,- per kaak. De SBT mocht de behandel tijd voor de nazorg op 7 januari 2016 bij de ziektekostenverzekeraar in rekening brengen. Deze kosten bracht de ziektekostenverzekeraar terecht ten laste van het verplicht eigen risico 2016.

5.3. Het is gebruikelijk dat bij vragen of klachten door beide partijen tijd en moeite worden genomen om de onduidelijkheid of klacht op te lossen. Dat hiervoor beperkte kosten worden gemaakt is normaal. De ziektekostenverzekeraar biedt zijn klanten bovendien de mogelijkheid via de website kosteloos vragen te stellen of een klacht in te dienen. De door verzoekster genoemde portokosten, telefoonkosten en overige kosten zal de ziektekostenverzekeraar dan ook niet vergoeden.

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 artikel 18 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering en van de aanvullende ziektekostenverzekering (2014 en 2016) 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 is gehouden het bedrag van € 115,22 minus € 6,72 in verband met het verplicht eigen risico 2014 aan verzoekster te retourneren, alsmede af te zien van het in rekening brengen van het bedrag van € 139,20 ter zake van het verplicht eigen risico 2016.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

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

- 8.2. De zorgverzekering betreft een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen 1 tot en met 15 van de 'Lijst van aanspraken' van de zorgverzekering (2014) respectievelijk 1 tot en met 39 van de 'Verzekerde zorg' van de zorgverzekering (2016).

- 8.3. Artikel 12 van de 'Lijst van aanspraken' van de zorgverzekering (2014) regelt het verplicht eigen risico en luidt:

"1 Voor deze polis geldt overeenkomstig artikel 19 van de Zorgverzekeringswet een eigen risico van € 360,- per kalenderjaar voor de verzekerde van 18 jaar en ouder.

2a Van dit eigen risico zijn uitgezonderd de kosten voor:

- huisartsenzorg, met uitzondering van kosten van samenhangend (laboratorium) onderzoek;*
- zorg die wordt bekostigd met toepassing van de op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde beleidsregel voor de prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen;*
- verloskundige zorg en kraamzorg, met uitzondering van samenhangende kosten voor geneesmiddelen, laboratoriumonderzoek en ziekenvervoer;*
- nacontroles van levende donoren van beenmerg, een nier of lever ten behoeve van beenmerg-, nier- of levertransplantaties, nadat de periode, genoemd in artikel 2k onder Omschrijving, is verstreken;*
- zorg of overige diensten die betrekking hebben op het lopende kalenderjaar en waarvan de nota's na 31 december 2015 door ons zijn ontvangen.*

2b Vrijgesteld van dit eigen risico zijn:

- de kosten van het online programma 'Kleurjeleven.nl' vallend onder artikel 3a van de lijst van aanspraken. Vrijstelling vindt alleen plaats als het volledige programma daadwerkelijk wordt afgerond;*

- de directe kosten van de medicatiebeoordeling chronisch gebruik van receptgeneesmiddelen uitgevoerd door een hiervoor door ons gecontracteerde apotheekhoudende.*

3 Bedragen, die op grond van deze polis voor rekening van de verzekerde komen of blijven, worden voor beantwoording van de vraag of een verplicht eigen risico wordt overschreden buiten beschouwing gelaten.

4 Voor de vaststelling van het verplicht eigen risico wordt het DBC-zorgproduct toegerekend aan het jaar waarin het betreffende zorgtraject is gestart.

5 Een door de zorgverzekeraar voorgeschoten en door de verzekeringnemer verschuldigd eigen risicobedrag dient op het 1e schriftelijke verzoek aan de zorgverzekeraar te worden terugbetaald. Als de verzekeringnemer niet tijdig voldoet aan deze verplichting gelden de bepalingen van artikel 14 lid 4d tot en met k. Bij beëindiging van de polis zal de invordering van het verschuldigde bedrag onmiddellijk plaatsvinden.

6 Als een verzekerde de leeftijd van 18 jaar bereikt, is hij vanaf de eerste dag van de kalendermaand volgend op de maand waarin hij de leeftijd van 18 jaar heeft bereikt premieplichtig. Vanaf dat moment heeft de verzekerde ook een verplicht eigen risico.

7 Als een zorgverzekering niet op 1 januari van een kalenderjaar ingaat of eindigt, is het in dat kalenderjaar voor die overeenkomst geldende bedrag van het verplicht eigen risico en indien dat van toepassing is, vrijwillig eigen risico, gelijk aan het voor het gehele kalenderjaar geldende bedrag, vermenigvuldigd met een breuk waarvan de teller gelijk is aan het aantal dagen in het kalenderjaar waarover de zorgverzekering zal lopen of heeft gelopen, en de noemer van het aantal dagen in het desbetreffende kalenderjaar.

8 De zorgverzekeraar brengt kosten van zorg of overige diensten die zowel ten laste van het verplicht als het vrijwillig eigen risico kunnen komen, eerst ten laste van het verplicht eigen risico."

8.4. Artikel 6 van de 'Verzekerde zorg' van de zorgverzekering (2016) luidt, voor zover hier van belang:

"6.1 Als u 18 jaar of ouder bent en premie verschuldigd bent, heeft u een verplicht eigen risico voor de basisverzekering. De overheid bepaalt hoe hoog dit eigenrisicobedrag is. In 2016 is het verplicht eigen risico € 385,- per verzekerde per kalenderjaar.

6.2 Eerste € 385,- van uw zorgkosten betaalt u zelf

Wij brengen het verplicht eigen risico in mindering op uw recht op zorg. Het gaat hierbij om de kosten die u in de loop van het kalenderjaar vanuit de basisverzekering maakt. Voorbeeld: u wordt behandeld in een ziekenhuis, maar ontvangt geen nota. Dan vergoeden wij deze kosten rechtstreeks aan het ziekenhuis. U (verzekeringnemer) ontvangt vervolgens een nota van ons van € 385,-. (...)

6.3 Voor sommige zorgkosten geldt geen verplicht eigen risico

Wij houden geen verplicht eigen risico in op:

a de kosten van zorg of overige diensten die in 2016 zijn gemaakt, maar waarvan wij de nota's pas na 31 december 2017 ontvangen;

b de kosten van zorg die huisartsen plegen te bieden. Uitzondering hierop zijn de kosten van me deze zorg samenhangend onderzoek, als dit onderzoek ergens anders wordt verricht en apart in rekening wordt gebracht. De persoon of instelling die dat onderzoek doet, moet gerechtigd zijn hiervoor het tarief te rekenen dat de Nederlandse Zorgautoriteit heeft vastgesteld;

c de directe kosten voor verloskundige zorg en kraamzorg;

d de kosten van inschrijving bij een huisarts of bij een instelling die huisartsenzorg verleent. Onder inschrijvingskosten verstaan wij:

1 het bedrag dat een huisarts of instelling die huisartsenzorg verleent, rekent om u als patiënt in te schrijven. Dit is ten hoogste het tarief dat als beschikbaarheidstarief is vastgesteld in de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg);

2 vergoedingen die samenhangen met hoe de geneeskundige zorg bij de huisarts, in de huisartsenpraktijk of in de instelling wordt verleend. Of die samenhangen met de kenmerken van het patiëntenbestand of met de locatie van de praktijk of instelling. Dit voor zover wij deze vergoedingen zijn overeengekomen met uw huisarts of instelling en voor zover een huisarts of instelling deze vergoedingen bij ons in rekening mag brengen, als u zich inschrijft;

e de kosten van nacontroles van de donor nadat de periode van zorg aan die donor is verstreken. Deze zorgperiode is maximaal 13 weken of, als het om een levertransplantatie gaat, een half jaar;

f de kosten van het vervoer van de donor als de donor deze vergoed krijgt via de eigen basisverzekering;

g de kosten van ketenzorg die gedeclareerd worden volgens de beleidsregel Prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen. Deze beleidsregel is vastgesteld op basis van de Wmg;

h de kosten van verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen die plegen te bieden volgens artikel 28 Verpleging en verzorging in de eigen omgeving (extramuraal) van het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen'.

6.4 Verplicht eigen risico is vrijgesteld

De directe kosten van de medicatiebeoordeling chronisch gebruik van receptgeneesmiddelen uitgevoerd door een hiervoor door ons gecontracteerde apotheek is vrijgesteld van het verplicht eigen risico.

6.5 Zorgkosten die wij niet vergoeden tellen niet mee voor het verplicht eigen risico

In sommige gevallen betaalt u zelf een deel van de zorg vanuit de basisverzekering. Bijvoorbeeld bij kraamzorg en bepaalde medicijnen. Deze bedragen staan los van het verplicht eigen risico en tellen dus niet mee voor het volmaken van de € 385,- aan verplicht eigen risico die wij inhouden. (...)"

- 8.5. Artikel 13 van de 'Lijst van aanspraken' van de zorgverzekering (2014) luidt, voor zover hier van belang:

"d Tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen (niet vallend onder a, b of c)

Omschrijving: tandheelkundige zorg die noodzakelijk is, indien:

1 de verzekerde een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft dat hij zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven, gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan;

2 de verzekerde een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening heeft en hij zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan;

3 een medische behandeling zonder die zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben en de verzekerde zonder die andere zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan.

Zorgverlening: centrum voor bijzondere tandheelkunde, tandarts, kaakchirurg, orthodontist of mondhygiënist.

Prestatie:

- gecontracteerde zorg: aanspraak op zorg;*
- niet-gecontracteerde zorg: vergoeding van kosten conform art. 7 van de Algemene Voorwaarden.*

Machtiging: ja, voorafgaand aan de behandeling door de behandelend zorgverlener tenzij tussen de behandelend zorgverlener en Agis anders is overeengekomen. De aanvraag voor toestemming moet voorzien zijn van een behandelplan en begroting. (...)

- voor een volledige prothetische voorziening in het kader van de bijzondere tandheelkundige zorg geldt een wettelijke eigen bijdrage van € 125,- per kaak; (...)"*

- 8.6. Artikel 9 van de 'Verzekerde zorg' van de zorgverzekering (2016) luidt, voor zover hier van belang:

"U heeft recht op het laten maken, plaatsen, repareren en rebasen van de volgende prothesen:

a een uitneembare volledige prothese voor boven- en/of onderkaak;

(...)

Voor deze prothesen geldt een wettelijke eigen bijdrage van 25%.

Laat u een volledige immediaatprothese, een bestaande uitneembare volledige prothese of een bestaande volledige overkappingsprothese repareren of rebasen? Dan hoeft u geen wettelijke eigen bijdrage te betalen.

Wij hanteren een maximumbedrag voor techniek- en materiaalkosten. U kunt deze bedragen terugvinden op onze website of bij ons opvragen. (...)"

- 8.7. De artikelen 12 en 13 van de 'Lijst van aanspraken' van de zorgverzekering (2014) en 6 en 9 van de 'Verzekerde zorg' van de zorgverzekering (2016) zijn volgens artikel 4 (2014) respectievelijk 1 (2016) van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.8. Artikel 11 lid 1 onderdeel a Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.
Het verplicht eigen risico is geregeld in de artikelen 19 en 21 Zvw en verder uitgewerkt in artikel 2.17 Bzv.

Mondzorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.7 Bzv en nader uitgewerkt in artikel 2.31 Rzv.

- 8.9. De Zvw, het daarop gebaseerde Bzv en de Rzv, schrijven dwingend voor welke prestaties onder de zorgverzekering verzekerd dienen te zijn. De verzekerde die een zorgverzekering sluit heeft recht op niet meer of minder dan deze prestaties. De zorgverzekering is in dit opzicht een bijzondere, van overheidswege gereguleerde vorm van schadeverzekering. Het staat de ziektekostenverzekeraar niet vrij een dekking te bieden die hetzij ruimer dan wel beperkter is dan op grond van het bij of krachtens de Zvw bepaalde is voorgeschreven.
- De hiervoor beschreven regeling, zoals opgenomen in de zorgverzekering, strookt met de toepasselijke regelgeving.

9. Beoordeling van het geschil

Verplicht eigen risico 2014

- 9.1. Tussen partijen is niet in geschil dat verzoekster in 2014 een verplicht eigen risico had van € 360,-- en dat de in dat jaar gedeclareerde kosten niet van dit verplicht eigen risico zijn uitgesloten. Verder staat vast dat verzoekster een gedeelte van het verplicht eigen risico 2014 niet heeft opgebruikt, zodat zij aanspraak heeft op terugbetaling van het door haar, bij wijze van vooruitbetaling, voldane bedrag ter zake. Hetgeen partijen verdeeld houdt, is de hoogte van het bedrag dat verzoekster van de ziektekostenverzekeraar retour dient te ontvangen. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.
- 9.2. Verzoekster heeft van de ziektekostenverzekeraar twee declaratieoverzichten ontvangen waarop een terug te betalen bedrag aan verplicht eigen risico 2014 is vermeld. Op het 'Declaratieoverzicht Eigen Risico' met nummer 4/2014 wordt een terugbetaling genoemd van € 115,21 en op het 'Declaratieoverzicht Eigen Risico' met nummer 1/2015 gaat het om een bedrag van € 115,22. Gelet op het feit dat de ziektekostenverzekeraar in het vervolg steeds spreekt van een bedrag van € 115,21 is aannemelijk dat het andere bedrag een verschrijving betreft.
- Bij laatstgenoemd declaratieoverzicht is een 'Declaratieoverzicht Specificatie' gevoegd met nummer 1/2015. Hierop zijn twee declaraties genoemd die door verzoekster zijn ingediend op 24 oktober 2014 respectievelijk 6 november 2014 met bijbehorende bedragen van € 14,91 respectievelijk € 21,29. Verzoekster heeft op laatstgenoemd overzicht vermeld dat het bedrag van € 14,91 een rekening van het ACTA betreft, en het bedrag van € 21,91 de SBT.
- Volgens de ziektekostenverzekeraar is door de SBT een bedrag van € 108,49 gedeclareerd. Hij heeft hiervan bewijs overgelegd. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat het bedrag van € 21,91 ziet op een wettelijke eigen bijdrage voor een probleemgericht consult, welke bijdrage volledig is vergoed ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. De betreffende kosten zijn derhalve niet verrekend met het verplicht eigen risico.
- Gelet op het voorgaande is de commissie van oordeel dat voldoende vast staat dat op het openstaande verplicht eigen risico van € 115,21 nog een bedrag van € 108,49 in mindering dient te worden gebracht, zodat een aan verzoekster terug te betalen bedrag van € 6,72 resteert. Dit bedrag is door de ziektekostenverzekeraar reeds aan verzoekster vergoed.

Verplicht eigen risico 2016

- 9.3. Voorts heeft de ziektekostenverzekeraar bij verzoekster een bedrag van € 139,20 in rekening gebracht in verband met het verplicht eigen risico 2016. De vordering is gebaseerd op een nota die door de SBT is ingediend ter zake van een nazorgbehandeling die is uitgevoerd na plaatsing van een boven- en onderprothese. Tussen partijen is niet in geschil dat verzoekster voor de boven- en onderprothese een eigen bijdrage is verschuldigd van totaal € 250,--. Hetgeen hen verdeeld houdt, is de vraag of de SBT voor de nazorgbehandeling een aparte nota mocht indienen bij de ziektekostenverzekeraar en of deze het bedrag ten laste van het verplicht eigen risico 2016 van verzoekster mag brengen.

9.4. De commissie stelt voorop dat zij niet bevoegd is te oordelen over de juistheid van de door de SBT ingediende declaratie. Aangezien de SBT rechtstreeks bij de ziektekostenverzekeraar heeft gedeclareerd, heeft verzoekster niet vooraf inzage gehad in de nota en heeft zij niet de mogelijkheid gehad betaling te weigeren. De financiële consequenties komen - in de vorm van het verplicht eigen risico - echter wel voor haar rekening. De vraag die ter beantwoording voorligt is derhalve of de ziektekostenverzekeraar betaling van de nota had moeten weigeren dan wel bij de SBT had moeten aandringen op correctie.

9.5. Vast staat dat verzoekster een nazorgbehandeling heeft ondergaan, en dat de SBT de kosten hiervan bij de ziektekostenverzekeraar mocht declareren. De reden voor deze nazorgbehandeling brengt hierin geen verandering. Verder geldt dat de kosten niet zijn uitgesloten van het verplicht eigen risico 2016 en dat dit eigen risico nog niet was 'vol gemaakt', zodat de ziektekostenverzekeraar de betreffende kosten van verzoekster mag vorderen.

Vergoeding gemaakte kosten in het kader van de klachtprocedure

9.6. Aangezien de ziektekostenverzekeraar de bedragen in verband met het verplicht eigen risico 2014 en 2016 op de juiste wijze heeft verwerkt, bestaat geen grond hem te verplichten de door verzoekster gemaakte kosten in het kader van de klachtprocedure te vergoeden. Ten aanzien van het bejegeningaspect geldt dat de commissie hierover geen bindend advies kan uitbrengen.

Conclusie

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

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 31 mei 2017,

A.I.M. van Mierlo