

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen C en D, beide te E
Zaak : Eigen risico, specificatie vordering, bejegening
Zaaknummer : 2013.00302
Zittingsdatum : 20 november 2013

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 Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw).

Verder waren ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Extra en Tand afgesloten (hierna gezamenlijk: de aanvullende ziektekostenverzekering).

Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft in het vervolg buiten beschouwing.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. De ziektekostenverzekeraar heeft bij verzoeker een bedrag van € 508,64 aan verplicht eigen risico gevorderd, betreffende hemzelf, zijn echtgenote en zijn meerderjarige dochter. Toen betaling uitbleef, is de vordering overgedragen aan een deurwaarder, die verzoeker incassokosten in rekening heeft gebracht.
- 3.2. Verzoeker is het niet eens met de vordering, en heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 15 januari 2013 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 28 juni 2013 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat hij niet gehouden is de door de ziektekostenverzekeraar en de deurwaarder in rekening gebrachte bedragen te betalen (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 6 september 2013 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 10 september 2013 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 29 september 2013 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 20 november 2013 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord.
- 3.9. De ziektekostenverzekeraar is in de gelegenheid gesteld door verzoeker een machtiging te laten ondertekenen, zodat hij gegevens kan opvragen bij de apothekers. Bij brief van 27 januari 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar medegedeeld deze machtiging tot tweemaal toe bij verzoeker te hebben gevraagd, maar deze niet te hebben verkregen. Een afschrift van deze brief is ter kennisname aan verzoeker gezonden.
- 3.10. Verzoeker heeft de commissie bij brief van 7 februari 2014 medegedeeld zijn verzoek in te trekken. Omdat dit in beginsel in deze fase van de procedure niet langer mogelijk is, heeft de commissie de ziektekostenverzekeraar op 12 februari 2014 telefonisch verzocht om zijn consent. De ziektekostenverzekeraar heeft medegedeeld zich hierover te moeten beraden, en heeft de commissie bij e-mailbericht van 17 februari 2014 medegedeeld niet akkoord te gaan met de intrekking en een bindend advies te wensen. Een afschrift van dit e-mailbericht is op 20 februari 2014 ter kennisname aan verzoeker gezonden.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft een vordering betreffende het verplicht eigen risico overgedragen aan de deurwaarder. Via de deurwaarder werd verzoeker voor het eerst attent gemaakt op deze vordering. Voorheen was hem daarover geen informatie verstrekt. Verzoeker kreeg een overzicht van de bij de ziektekostenverzekeraar door zorgaanbieders in rekening gebrachte bedragen. Omdat hij een aantal verrichtingen niet kon thuisbrengen, heeft verzoeker de vordering betwist. De ziektekostenverzekeraar is niet in staat gebleken de onderliggende declaraties te produceren. De oorzaak daarvan zou zijn dat de zorgaanbieders digitaal declareren. Recente publicaties in de media maken duidelijk dat er nogal wat mis is met het declaratiegedrag van zorgaanbieders. Dit sterkt verzoeker in zijn verzoek tot inzage in de onderliggende declaraties.
- 4.2. Verzoeker wenst in het onderhavige geschil antwoord op de volgende vragen:
 - in hoeverre is het niet kunnen (willen) produceren van de onderliggende declaraties door de ziektekostenverzekeraar voldoende reden het eigen risico toch in rekening te brengen?

- in hoeverre is de handelwijze van de ziektekostenverzekeraar bij het ter inzage geven van systeemuitdraaien met zorgkostenoverzichten van hemzelf, zijn echtgenote en zijn meerderjarige dochter, die op een eigen polis staat, in strijd met de Wet op de Privacy en verdient de ziektekostenverzekeraar daarvoor een terechtwijzing?
 - in hoeverre is het antwoord van de ziektekostenverzekeraar met daarin genoemde onjuiste data een teken van slordigheid en het niet serieus nemen van de klacht?
 - in hoeverre is het afwijzen van kwijting van de incassokosten een teken van miscommunicatie, slordigheid en het niet serieus nemen van de klacht, aangezien met de deurwaarder al een akkoord was bereikt?
 - in hoeverre komt de door verzoeker in deze zaak bestede tijd in aanmerking voor vergoeding door de ziektekostenverzekeraar?
- 4.3. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat hij via een deurwaarder aanmaningen heeft ontvangen. Hij wist niet waar het over ging en nam contact op met de deurwaarder. Hij kreeg kopieën van de brieven die hij van de ziektekostenverzekeraar zou hebben ontvangen. Bij nader inzien bleek dit ook zo te zijn, maar de inhoud van de vordering kwam verzoeker onbekend voor. Hij heeft daarom de ziektekostenverzekeraar gevraagd om een bewijs dat deze kosten ook door de zorgaanbieders waren gedeclareerd en dat de zorg ook was verleend. De deurwaarder kondigde inmiddels aan te gaan dagvaarden. Van de ziektekostenverzekeraar ontving verzoeker enkel een globaal overzicht. Bewijzen ontbraken, en hij werd verwezen naar de SKGZ. Recent kwam de deurwaarder met een dagvaarding.
- 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. Vanaf 24 mei 2011 is verzoeker aangemeld bij FINBOX, zodat hij zijn nota's digitaal ontvangt. Via FINBOX worden alle nota's in rekening gebracht die niet door middel van automatische incasso worden geïnd. Zodra de nota via FINBOX niet wordt betaald, wordt er een aanmaningsbrief verstuurd via de post. Nota's verstuurd de ziektekostenverzekeraar niet aangetekend. Hiervoor bestaat geen wettelijke verplichting.
- 5.2. Op 16 oktober 2012 is het totaalbedrag van € 508,64 overgedragen aan de deurwaarder. Vanaf dat moment lag de administratie van de vordering bij deze deurwaarder en niet meer bij de ziektekostenverzekeraar. In het kader van de procedure heeft de ziektekostenverzekeraar besloten zijn vordering in te trekken ter zake van incassokosten en rente van € 99,84.
- 5.3. Vanaf 1 januari 2013 is verzoeker niet meer bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd. Vanaf dat moment kan hij niet meer via de website zijn zorgkosten inzien. Daarom is aan verzoeker een zorgkostenoverzicht nagezonden.
- 5.4. Verzoeker heeft opgemerkt dat op het zorgkostenoverzicht diverse apotheken worden genoemd. Leveringen worden doorgaans door een vaste apotheek gedaan. De ziektekostenverzekeraar heeft contact gehad met de vaste apotheek. Aldaar werd medegedeeld dat als medicijnen niet op voorraad zijn, en iemand deze toch direct wil hebben, deze kunnen worden afgehaald bij andere apotheken. Verzoeker heeft gevraagd om achterliggende stukken teneinde deze declaraties te kunnen controleren. Deze

declaraties worden elektronisch bij de ziektekostenverzekeraar ingediend. Daarom kunnen hiervan geen achterliggende stukken worden gestuurd. De ziektekostenverzekeraar heeft medegedeeld dat het gaat om de middelen Monuril Granulaat 3000 mg/89, nitrofurantoin Mc Teva Capsul, Piracetam Teva Tablet 800mg, Fluticason-propionaat Fc Neusspray en Metformine Hcl Rp Tablet 850m.

- 5.5. De dochter van verzoeker is bij verzoeker meeverzekerd tot en met 31 maart 2012. De zorgkosten tot deze datum worden via de verzekeringnemer in rekening gebracht. Daarom zijn de kosten voor het eigen risico van 2 maart 2013 bij verzoeker in rekening gebracht.
- 5.6. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat hij niets weet van het bezoek van de deurwaarder. Bij zijn weten ligt de vordering hier niet meer en zijn de bijkomende kosten kwijtgescholden. De ziektekostenverzekeraar heeft verder opgemerkt bereid te zijn bij de apothekers na te vragen welke medicijnen zijn verstrekt. Hiervoor is een machtiging nodig.
- 5.7. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op artikel A17 van 'Hoofdstuk A' van de zorgverzekering 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 verzoeker gehouden is de hoofdsom en bijbehorende incassokosten aan de ziektekostenverzekeraar dan wel de deurwaarder te voldoen.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

- 8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.
- 8.2. Artikel B8 van de zorgverzekering regelt het verplicht en vrijwillig eigen risico en luidt, voor zover hier van belang:

"U heeft een verplicht eigen risico van € 220 per kalenderjaar als u 18 jaar of ouder bent. U kunt naast uw verplicht eigen risico kiezen voor een vrijwillig eigen risico van € 100, € 200, € 300, € 400 of € 500 per kalenderjaar. In dat geval krijgt u een korting op de premiegrondslag. Deze korting bedraagt per maand bij een eigen risico van € 100 een bedrag van € 4, bij een eigen risico van € 200 een bedrag van € 7, bij een eigen risico van € 300 een bedrag van € 11, bij een eigen risico van € 400 een bedrag van € 14, bij een eigen risico van € 500 een bedrag van € 25.

Let op

Het (verplicht en vrijwillig) eigen risico geldt niet voor:

- verloskundige zorg en kraamzorg (voor de kosten van laboratoriumonderzoek, geneesmiddelen en (ambulance)vervoer geldt het eigen risico wel),

- *hulpmiddelen die in bruikleen worden verstrekt (voor de kosten van onderhoud en gebruik van het hulpmiddel geldt het eigen risico wel),*
- *huisartsenzorg met inbegrip van zorg die wordt bekostigd met toepassing van de op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde beleidsregel voor de prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen (ketenzorg). Door de huisarts aangevraagd laboratorium- en functieonderzoek valt wel onder het eigen risico, als dat onderzoek elders wordt uitgevoerd en apart in rekening wordt gebracht,*
- *nacontroles van de donor bij transplantatie, nadat de periode genoemd in artikel B30, bij het zevende streepje onder 'Welke zorg', is verstreken. Als u een eigen bijdrage heeft of een eigen betaling doet, telt dat niet mee voor het eigen risico. Als de verzekering niet op 1 januari begint of eindigt, wordt het eigen risico naar evenredigheid toegepast. Eerst wordt het verplicht eigen risico toegepast, daarna het vrijwillig eigen risico. Als [naam ziektekostenverzekeraar] rechtstreeks betaalt aan een zorgaanbieder, betaalt u of verzekeringnemer (ter keuze van [naam ziektekostenverzekeraar]) het eigen risico en de eventueel betaalde eigen bijdrage aan [naam ziektekostenverzekeraar]. U of verzekeringnemer ontvangt dan een nota van [naam ziektekostenverzekeraar]. Het eigen risico of een eigen bijdrage is ook van toepassing als u naar een gecontracteerde zorgaanbieder gaat. (...)"*

8.3. Artikel B8 van de zorgverzekering is volgens de artikelen B1 en B6 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.4. Het verplicht en vrijwillig eigen risico is geregeld in de artikelen 19, 20 en 21 Zvw, en verder uitgewerkt in de artikelen 2.17 en 2.18 Bzv.

8.5. 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

9.1. De vraag die allereerst dient te worden beantwoord, is of de vordering tijdig aan verzoeker kenbaar is gemaakt, zodat hij incassokosten had kunnen voorkomen. Uit informatie van de ziektekostenverzekeraar blijkt dat verzoeker gebruik maakt van FINBOX. Dit is door hem niet bestreden. De nota's zijn derhalve eerst digitaal aan verzoeker verzonden. Vervolgens zijn per gewone post een aanmaningsbrief en een zorgkostenoverzicht verstuurd. De commissie acht het daarom niet aannemelijk dat verzoeker niet tijdig bekend was met het bestaan en de hoogte van de vordering. Rest de vraag naar de juistheid hiervan.

9.2. De op het zorgkostenoverzicht van de ziektekostenverzekeraar vermelde kosten vallen, behoudens de kosten van huisartsenzorg en de kosten die vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering zijn vergoed, onder het verplichte eigen risico op grond van de zorgverzekering. Op het overzicht is vermeld op welke datum de zorg is genoten, bij welke zorgaanbieder, voor welk soort zorg en tegen welk bedrag. Ook is vermeld

welke kosten ten laste van het verplicht eigen risico zijn gebracht. Het is gebruikelijk dat zorgaanbieders elektronisch bij zorgverzekeraars declareren, zodat de ziektekostenverzekeraar als bewijs niet meer kan verstrekken dan een uitdraai uit het systeem. De commissie is van oordeel dat de ziektekostenverzekeraar voldoende aannemelijk heeft gemaakt dat de betreffende zorgaanbieders de kosten bij hem in rekening hebben gebracht en dat hij deze heeft voldaan. Indien verzoeker het oneens is met een specifieke declaratie, dient hij dit – bijzondere omstandigheden daargelaten die zich hier niet voordoen – op te nemen met de betreffende zorgaanbieder en laatstgenoemde kan de ziektekostenverzekeraar dan zo nodig een creditnota sturen.

- 9.3. Verzoeker is van mening dat de ziektekostenverzekeraar zijn klacht niet serieus heeft genomen. Uit het dossier blijkt echter dat de ziektekostenverzekeraar voldoende op de klacht is ingegaan. Zo heeft hij toegelicht waarom hij van mening is dat de vordering terecht is. Derhalve is sprake van een adequate klachtafwikkeling. Of verzoeker tevreden is met het eindresultaat, is hiervoor niet relevant.
- 9.4. De opmerking van verzoeker dat hij geen inzage dient te hebben in de door zijn meerderjarige dochter gemaakte zorgkosten is terecht, voor zover zij een eigen polis heeft gesloten. Naar de ziektekostenverzekeraar stelt, en ook uit het door verzoeker overgelegde polisblad blijkt, stond de dochter van verzoeker echter tot en met 31 maart 2013 nog bij hem op de polis, hetgeen ook logisch is aangezien zij voordien niet zelf een zorgverzekering kon afsluiten, zodat verzoeker als verzekeringnemer niet alleen verantwoordelijk is voor betaling van de premie, maar ook van het verschuldigde eigen risico over die periode. Aangezien deze vordering verzoeker betreft, dient hij ook inzage te hebben in de kosten. Hierbij zij aangetekend dat de door verzoeker aangehaalde privacywetgeving eraan in de weg staat dat een verdergaande specificatie dan op basis van zorgvorm wordt aangeleverd door de ziektekostenverzekeraar. Een zodanige specificatie, met vermelding van datum en bedrag is voldoende om eventueel contact te zoeken met de zorgaanbieder indien twijfels bestaan over de nota.
- 9.5. Voor zover verzoeker stelt dat de ziektekostenverzekeraar de gegevens van hem, zijn echtgenote en zijn dochter niet aan de Ombudsman Zorgverzekeringen en daarmee aan de SKGZ had mogen verstrekken, merkt de commissie op dat door verzoeker in het kader van de procedure een toestemmingsverklaring is ondertekend, waarmee hij toestemming heeft gegeven voor de gegevensuitwisseling tussen ziektekostenverzekeraar en SKGZ, ook waar het deze gegevens betreft.
- 9.6. Aangezien er, behoudens de in algemene bewoordingen door verzoeker geuite twijfels, geen concrete aanwijzingen zijn om vraagtekens te zetten bij de vordering van de ziektekostenverzekeraar, ziet de commissie geen aanleiding voor kwijting van incassokosten (daargelaten de door de ziektekostenverzekeraar gedane onherroepelijke intrekking ten bedrage van € 99,84) dan wel een vergoeding voor de door verzoeker aan de onderhavige procedure bestede tijd, nog daargelaten dat de vordering ter zake niet is gespecificeerd en gesubstantieerd.

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, 5 maart 2014,

Voorzitter