



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem
Zaak : Geneeskundige zorg, medisch specialistische zorg, eigen risico, alternatieve zorg, incasso, toerekening betalingen
Zaaknummer : 201402675
Zittingsdatum : 17 juni 2015

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2013 en 2014, artt. 10, 11, 19 en 21 Zvw, 2.1, 2.4, 2.17 en 2.19 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2013 en 2014, 6:43 BW)

Zittingsexemplaar

1. Partijen

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

tegen

VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, hierna 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 verzekeringen VGZ Natura (2013) en VGZ Restitutie (2014) (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering VGZ Aanvullend Best (2013 en 2014) afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten 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. Met het vergoedingenoverzicht 2014-16 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat ten behoeve van verzoeker een bedrag van € 232,77 aan het TweeSteden Ziekenhuis is vergoed. Hiervan komt € 214,75 ten laste van het nog openstaande eigen risico. Dit bedrag wordt van verzoeker gevorderd. Daarnaast heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat vergoeding van de kosten van een alternatieve behandeling is afgewezen.

3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Op 18 september 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar telefonisch aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.3. Verzoeker heeft op verschillende momenten aan de ziektekostenverzekeraar kenbaar gemaakt dat hij het niet eens is met bepaalde vorderingen en verrekeningen van betalingen. Hierover hebben partijen uitvoerig gecommuniceerd.

3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar

3.5. Bij brief van 16 december 2014 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is (i) de vordering van € 214,75 ter zake van het eigen risico te laten vervallen, (ii) de kosten van alternatieve zorg ad € 84,-- alsnog aan hem te vergoeden ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering, (iii) de

door hem gedane betalingen toe te rekenen aan de vorderingen waarvoor deze waren bedoeld, en (iv) het door hem tweemaal betaalde bedrag van € 50,16 te restitueren (hierna: het verzoek).

- 3.6. 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.
- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 25 maart 2015 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 2 april 2015 aan verzoeker gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 13 april 2015 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 18 juni 2015 per e-mail medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.9. Verzoeker is op 1 juli 2015 in persoon gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch aan de zitting deelgenomen.
- 3.10. Tijdens de hoorzitting is afgesproken dat de ziektekostenverzekeraar nagaat of het bedrag van € 50,16 inderdaad - zoals door verzoeker is gesteld - meerdere keren bij hem in rekening is gebracht. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie hierover bij brief van 13 juli 2015 geïnformeerd. Een afschrift van deze brief is op 14 juli 2015 aan verzoeker gestuurd, waarbij hij in de gelegenheid is gesteld hierop binnen veertien dagen te reageren. Verzoeker heeft bij brief van 16 juli 2015 gereageerd. Een afschrift hiervan is op 21 juli 2015 ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 3.11. Verzoeker heeft de commissie op 24 juli 2015 nog een brief gezonden. Een afschrift hiervan is op 30 juli 2015 ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker is het er niet mee eens dat hij vanwege het eigen risico een bedrag van € 214,75 is verschuldigd voor de medisch specialistische zorg die in het TweeSteden Ziekenhuis aan hem is verleend. Volgens verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar geen titel om dit bedrag bij hem in rekening te brengen. Hij heeft het daarom laten terugboeken door zijn bank. Bovendien is in het verleden door een ander ziekenhuis ook een nota ter declaratie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar, terwijl verzoeker daar niet was behandeld. Nadat verzoeker hierover had geklaagd, is de betreffende nota ingetrokken.
- 4.2. De ziektekostenverzekeraar wil de kosten van een behandeling door een alternatieve zorgaanbieder niet vergoeden, omdat deze niet door hem is gecontracteerd. Verzoeker beslist echter zelf door wie hij zich laat behandelen. Ter onderbouwing citeert verzoeker de volgende passage uit de verzekeringsvoorwaarden: *"Dan worden de kosten per behandeling (zitting) vergoed tot maximaal 80% van de gemiddeld gecontracteerde tarieven zoals deze voor de betreffende vormen van zorg zijn overeengekomen met de betreffende zorgaanbieders."*
- 4.3. De ziektekostenverzekeraar voert een chaotische administratie. Hierdoor gebeurt het regelmatig dat een bedrag dat reeds door verzoeker is voldaan, na enkele weken nogmaals door de ziektekostenverzekeraar wordt afgeschreven van zijn rekening of dat verzoeker een betalingsherinnering ontvangt. In februari 2014 heeft verzoeker een betaling van € 45,-- ontvangen van de ziektekostenverzekeraar onder vermelding van "verzamelbetaling". Verzoeker kan dit bedrag echter niet herleiden. Voorts worden door de ziektekostenverzekeraar telkens administratiekosten in rekening gebracht over volgens hem openstaande bedragen, die verzoeker echter al lang heeft voldaan.

- 4.4. Door een storing bij de bank van verzoeker is begin april 2014 een bedrag van € 50,16 tweemaal betaald aan de ziektekostenverzekeraar. Verzoeker heeft het dubbel betaalde bedrag teruggevraagd, maar de ziektekostenverzekeraar heeft dit geweigerd.
- 4.5. De ziektekostenverzekeraar heeft coulancehalve een bedrag van € 55,- aan verzoeker vergoed als zijnde 'administratiekosten'. Deze tegemoetkoming is echter grotendeels een sigaar uit eigen doos, aangezien de ziektekostenverzekeraar nog het dubbel betaalde bedrag van € 50,16 aan verzoeker verschuldigd was.
- 4.6. Verzoeker is absoluut niet te spreken over de wijze waarop de communicatie met de ziektekostenverzekeraar verloopt. Ook is hij boos, omdat de ziektekostenverzekeraar een vordering heeft overgedragen aan de deurwaarder, terwijl verzoeker alle bedragen heeft voldaan.
- 4.7. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat de tegen hem ingestelde vordering van € 264,91 is opgebouwd uit het bedrag van € 214,75 voor een behandeling in het TweeSteden Ziekenhuis en het bedrag van € 50,16 dat door hem reeds tweemaal werd voldaan. De vordering van € 214,75 wordt door verzoeker niet meer bestreden. Hij heeft een en ander uitgezocht, en erkent nu de juistheid hiervan. Verzoeker vordert nog wel de terugbetaling van € 50,16. Hij beroept zich hiervoor op de artikelen 6:203 tot en met 6:211 BW en de hierop betrekkelijke jurisprudentie. Daarnaast is er de afgewezen nota van € 84,- voor alternatieve geneeswijzen. De ziektekostenverzekeraar is in dit verband niet ingegaan op de zogenoemde zorgplicht. Bovendien heeft verzoeker gekozen voor een restitutiepolis. Bij restitutie moet de vergoeding van zorg die is geleverd door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gelijk zijn aan de vergoeding voor een gecontracteerde zorgaanbieder. Als dit niet geldt voor de aanvullende ziektekostenverzekering, had dit duidelijk kenbaar moeten worden gemaakt. De ziektekostenverzekeraar heeft zelfs niet aangeboden het tarief te vergoeden dat zou zijn vergoed aan een zorgaanbieder die wel voldoet aan de polisvoorwaarden. Verzoeker merkt verder op dat de deurwaarder het incassotraject inmiddels heeft stilgelegd.
- 4.8. In reactie op de brief van de ziektekostenverzekeraar van 13 juli 2015 heeft verzoeker op 16 juli 2015 aan de commissie geschreven dat hij het jammer vindt dat de ziektekostenverzekeraar het argument van het niet gebruiken van betalingskenmerken blijft hanteren. Zeker nu de ziektekostenverzekeraar geen betalingsinstructie heeft verstrekt. Volgens verzoeker heeft hij bij de betaling duidelijk verwezen naar het vergoedingenoverzicht 2014-8. Ten aanzien van de nota van € 84,- merkt verzoeker op dat de website van de ziektekostenverzekeraar regelmatig niet bereikbaar is, en dat telefonische informatie dikwijls tot onduidelijkheid leidt. Verzoeker beroept zich nogmaals op de bestaande zorgplicht, die ook wel de mededelingsplicht wordt genoemd. Hierop is door de ziektekostenverzekeraar nooit gereageerd. Verzoeker merkt op dat zijn huidige zorgverzekeraar de onderhavige nota wél zou hebben vergoed.
- 4.9. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. Het TweeSteden Ziekenhuis heeft op 4 juli 2014 een bedrag van € 232,77 gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar voor een behandeling die verzoeker op 12 februari 2014 heeft ondergaan. Dit betreft de DBC met declaratiecode 034690, met omschrijving: *"Diagnostische endoscopie alleen van het sigmoid met behulp van een flexibele endoscoop, inclusief eventuele bipten en poliepectomie"*. Voornoemd bedrag is aan het ziekenhuis vergoed. Omdat het verplichte eigen risico op dat moment nog niet was volgemaakt, is een bedrag van € 214,75 ten laste hiervan gebracht. Verzoeker dient dit bedrag aan de ziektekostenverzekeraar te betalen.
- 5.2. Verzoeker heeft een nota van € 84,- voor natuurgeneeskundige consulten ter declaratie ingediend. Op grond van de polisvoorwaarden bestaat aanspraak op vergoeding van alternatieve

behandelingen indien de zorgaanbieder door de ziektekostenverzekeraar is gecontracteerd. Aangezien de betreffende zorgaanbieder niet door hem is gecontracteerd, heeft de ziektekostenverzekeraar de declaratie afgewezen. Verzoeker heeft voorafgaand aan de behandeling niet bij de ziektekostenverzekeraar geïnformeerd of de betreffende zorgaanbieder door hem is gecontracteerd.

- 5.3. Verzoeker is het niet eens met de betalingsherinneringen die hij van de ziektekostenverzekeraar ontvangt. Verzoeker voert evenwel een eigen administratie die niet correspondeert met die van de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker meerdere keren verzocht om de betalingen te verrichten met de verstrekte betalingskenmerken. Verzoeker maakt echter een bedrag over zonder betalingskenmerk en stuurt vervolgens een schriftelijke uitleg hierover naar de ziektekostenverzekeraar. Hierin laat hij weten waarvoor de betaling is bestemd. Op 2 september 2014 is aan verzoeker een premiespecificatie gestuurd waarin de volledige financiële administratie is weergegeven. Ook heeft meermaals contact plaatsgevonden met verzoeker over onduidelijkheden ten aanzien van de betalingsherinneringen. Indien verzoeker voornoemde premiespecificatie weerspreekt, ziet de ziektekostenverzekeraar hiervan graag bewijs in de vorm van betalingsbewijzen en/of rekeningafschriften.
- 5.4. Het bedrag van € 45,--, dat op 18 februari 2014 aan verzoeker is betaald, heeft betrekking op een acupunctuurbehandeling van 11 februari 2014 van de echtgenote van verzoeker. Dit is de maximumvergoeding voor deze zorg. De betreffende nota bedroeg € 75,--.
- 5.5. De communicatie met verzoeker verloopt stroef. Verzoeker schrijft veelvuldig naar de afdeling Klachtenmanagement, diverse managers, en de raad van bestuur van de ziektekostenverzekeraar. In zijn correspondentie beklaagt verzoeker zich over de processen van de ziektekostenverzekeraar, zoals het geautomatiseerde financiële systeem, en de uitvoering van de Zvw in het algemeen. Helaas komt de ziektekostenverzekeraar na het bestuderen van de brieven van verzoeker vaak tot de conclusie dat de bezorgdheid van verzoeker niet is weg te nemen, bijvoorbeeld omdat het financiële systeem niet kan worden aangepast aan de wensen van een individuele verzekerde. Of omdat de ziektekostenverzekeraar de inhoud van de Zvw niet bepaalt, maar deze wet slechts uitvoert.
- 5.6. In zijn brief van 25 maart 2015 schrijft de ziektekostenverzekeraar dat de betalingsproblemen zijns inziens zijn ontstaan doordat verzoeker niet de automatische incasso's heeft afgewacht. Door het ontbreken van de betalingskenmerken, zijn de daaropvolgende betalingen vaak niet verwerkt op de posten waarvoor verzoeker deze had bedoeld. Daarnaast omvatten automatische incasso's soms het saldo van meerdere vergoedingenoverzichten tezamen, zodat de bedragen niet goed herleidbaar zijn. De ziektekostenverzekeraar begrijpt dat het voor verzoeker onbegrijpelijk is dat hij tweemaal het bedrag van € 50,16 heeft betaald, en dat dit bedrag desondanks nog steeds openstaat. Gezien de gang van zaken is de ziektekostenverzekeraar bereid verzoeker deels tegemoet te komen, en de vordering van € 50,16 te laten vervallen. Het betreffende dossier wordt teruggehaald van het incassobureau, zodat verzoeker geen extra kosten heeft.
- 5.7. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat in de brief van 25 maart 2015 al is medegedeeld dat de vordering van € 50,16 vervalt. In deze brief is ook medegedeeld dat het dossier wordt teruggehaald bij de deurwaarder. Ten aanzien van de stellingen van verzoeker over de vergoeding van de nota van € 84,-- zegt de ziektekostenverzekeraar toe een en ander te zullen nagaan en de commissie hierover nog schriftelijk te informeren. De ziektekostenverzekeraar zegt tevens toe in zijn schriftelijke reactie te zullen vermelden hoe verzoeker het bedrag van € 214,75 kan betalen.
- 5.8. Bij brief van 13 juli 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat zowel op 7 als 9 april 2014 een bedrag van verzoeker is ontvangen. Aangezien verzoeker bij de betalingen geen betalingskenmerk had vermeld, zijn deze toegerekend aan de oudste openstaande vorderingen. Vanwege de onduidelijkheid en het ontstane ongemak is de ziektekostenverzekeraar bereid om coulancehalve éénmaal een bedrag van € 50,16 aan verzoeker terug te betalen.

De nota van € 84,-- heeft betrekking op twee behandelingen door een alternatieve genezer. In artikel 9 van de aanvullende ziektekostenverzekering is bepaald dat aanspraak bestaat op alternatieve zorg indien de zorgaanbieder een arts is met een BIG-registratie, of een door de ziektekostenverzekeraar aangewezen zorgaanbieder. Een overzicht van de aangewezen zorgaanbieders staat vermeld op de website. De onderhavige zorgaanbieder is geen arts met een BIG-registratie en evenmin een door de ziektekostenverzekeraar aangewezen zorgaanbieder. Daarom komt deze nota niet voor vergoeding in aanmerking. De ziektekostenverzekeraar heeft voorts aan de commissie medegedeeld dat verzoeker het bedrag van € 214,75 ter zake van het eigen risico kan overmaken onder vermelding van kenmerk [nummer] en zijn klantnummer.

5.9. 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 10 van de zorgverzekering (2013 en 2014), en 7 (2013) en 11 (2014) 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 (i) of de ziektekostenverzekeraar een bedrag van € 214,75 ter zake van medisch specialistische zorg ten laste van het verplicht eigen risico voor 2014 mocht brengen, (ii) of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van alternatieve zorg ad € 84,-- alsnog aan verzoeker te vergoeden ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering, (iii) de betalingen van verzoeker mocht toerekenen aan c.q. verrekenen met nog openstaande vorderingen, en (iv) of de ziektekostenverzekeraar het door verzoeker tweemaal betaalde bedrag van € 50,16 aan deze dient terug te betalen.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

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

8.2. De zorgverzekering (2014) betreft een restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 e.v. van de zorgverzekering. In 2013 had verzoeker een naturapolis, zodat hij in beginsel was aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders.

8.3. Artikel 14 van de zorgverzekering (2014) bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“omschrijving

U hebt recht op vergoeding van de kosten van geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten deze plegen te bieden, met inbegrip van het daarbij behorende laboratoriumonderzoek, geneesmiddelen, verbandmiddelen en hulpmiddelen.(...)”

8.4. Artikel 7 van de zorgverzekering (2014) regelt het verplicht eigen risico. Deze bepaling luidt, voor zover hier van belang:

“7.1. hoogte verplicht eigen risico

Als u 18 jaar of ouder bent, hebt u een verplicht eigen risico van € 360 per kalenderjaar. De kosten van zorg blijven tot dit bedrag voor uw rekening. Als u in de loop van een kalenderjaar 18

jaar wordt, geldt het verplicht eigen risico vanaf de eerste dag van de kalendermaand na de 18e verjaardag. De hoogte van het verplicht eigen risicobedrag wordt in dat geval berekend volgens de berekeningswijze als vermeld in artikel 7.4.

7.2. Voor welke zorgvormen geldt het verplicht eigen risico

Het verplicht eigen risico geldt voor alle zorgvormen zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden, behalve voor:

- huisartsenzorg.

(...)

- zorg die wordt bekostigd met toepassing van de op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde beleidsregel voor de prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen (zogenaamde zorgprogramma's). Zie artikel 12, Zorgprogramma's (ketenzorg);

- verloskundige zorg en kraamzorg.

(...)

- de door ons aangewezen preferente geneesmiddelen zoals genoemd in het Reglement farmaceutische zorg VGZ. (...)

- de door ons gecontracteerde zorgaanbieders voor het leveren van drinkvoeding (dieetpreparaten), voor zover zij de door ons als voorkeursproduct geselecteerde drinkvoedingen leveren zoals genoemd in het Reglement farmaceutische zorg VGZ;

- hulpmiddelen in bruikleen;

- nacontroles van een nier- of leverdonor, nadat de periode zoals genoemd in artikel 20, Transplantaties van weefsels en organen onder omschrijving, punt d is verstreken;

- eventuele eigen bijdragen en/of eigen betalingen.

(...)"

- 8.5. In artikel 3.6 van de zorgverzekering (2014) zijn de gevolgen van niet-tijdige betaling geregeld, alsmede het recht van de ziektekostenverzekeraar om betalingen te verrekenen met openstaande vorderingen. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

"3.6.1. Als u de premie, wettelijke bijdragen, eigen risico, eigen bijdragen en onterecht uitbetaalde vergoedingen niet-tijdig betaalt, sturen wij u een aanmaning. Als u niet betaalt binnen de in de aanmaning genoemde termijn van ten minste 14 dagen, kunnen wij de dekking schorsen. In dat geval bestaat er vanaf de laatste premievervaldag voor de aanmaning geen recht op vergoeding van de kosten van zorg. U blijft bij schorsing wel verplicht de premie te betalen. Er is weer recht op vergoeding van de kosten van zorg vanaf de dag volgend op de dag waarop wij het verschuldigde bedrag en de eventuele kosten hebben ontvangen. Wij hebben het recht bij niet tijdige betaling de VGZ Restitutie te beëindigen. De verzekering wordt in dat geval niet met terugwerkende kracht beëindigd.

3.6.2. Wij kunnen incassokosten en wettelijke rente bij u in rekening brengen.

3.6.3. Als u al bent aangemaand voor niet tijdige betaling van premie, wettelijke bijdragen, eigen risico, eigen bijdragen, onterecht uitbetaalde vergoedingen of kosten, hoeven wij u bij niet-tijdig voldoen van een hierop volgende factuur niet afzonderlijk schriftelijk aan te manen.

3.6.4. Wij hebben het recht om achterstallige premie, kosten en wettelijke rente te verrekenen met door u gedeclareerde kosten van zorg of andere van ons te ontvangen bedragen.

(...)"

In 2013 is een vergelijkbare bepaling opgenomen in artikel 3.6 van de zorgverzekering.

- 8.6. De artikelen 3 (2013 en 2014), 7 en 14 (2014) van de zorgverzekering zijn volgens de artikelen 2.3, 2.9 en 2.10 (2013 en 2014) van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.7. Artikel 11, lid 1, onderdeel b 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 vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.

Medisch specialistische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.
Het verplicht eigen risico is geregeld in de artikelen 19 en 21 Zvw en verder uitgewerkt in de artikelen 2.17 en 2.19 Bzv.

- 8.8. 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.

- 8.9. Artikel 9 van de aanvullende ziektekostenverzekering (2014) regelt de aanspraak op alternatieve zorg en luidt, voor zover hier van belang:

"Omschrijving:

Alternatieve zorg bestaat uit:

1. *behandelingen en consulten die vallen onder de volgende stromingen:*
 - a. *acupunctuur en andere Oosterse geneeswijzen;*
 - b. *antroposofische alternatieve geneeswijzen;*
 - c. *homeopathie;*
 - d. *natuurgeneeswijzen;*
 - e. *psychosociale zorg.*

Wie mag de zorg verlenen:

- *voor de zorg onder a tot en met d: een arts met een BIG-registratie (Wet op de individuele beroepen) of een door ons aangewezen zorgaanbieder;*
- *voor de zorg onder e: een door ons aangewezen zorgaanbieder.*

Een overzicht van de aangewezen zorgaanbieders kunt u vinden op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder die niet door ons is aangewezen? Dan vergoeden wij de kosten niet.

(...)

Het totale budget alternatieve zorg bedraagt:

maximaal € 800 per kalenderjaar

voor behandelingen en consulten geldt een maximum vergoeding van € 45 per dag"

- 8.10. In artikel 3 van de aanvullende ziektekostenverzekering (2014) is onder 3.5 bepaald dat de ziektekostenverzekeraar het recht heeft om achterstallige premie en kosten te verrekenen met door de verzekerde gedeclareerde kosten van zorg of andere te ontvangen bedragen. In 2013 is een vergelijkbare bepaling opgenomen in artikel 3 van de aanvullende ziektekostenverzekering.

- 8.11. Artikel 6:43 BW regelt de toerekening van betalingen, en luidt:

"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."

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Verzoeker stelt dat de ziektekostenverzekeraar geen titel heeft om het bedrag van € 214,75 van hem te vorderen als zijnde verschuldigd eigen risico ter zake van medisch specialistische zorg die is verleend in het TweeSteden Ziekenhuis. Artikel 7 van de zorgverzekering bepaalt dat iedere verzekerde van 18 jaar en ouder een verplicht eigen risico heeft van € 360,-- per kalenderjaar. Dit betekent dat zorgkosten tot dit bedrag voor rekening van de verzekerde blijven. Enkele zorgvormen zijn hiervan uitgesloten. Dit geldt evenwel niet voor medisch specialistische zorg. Door verzoeker is niet bestreden dat hij de betreffende zorg heeft ontvangen in het TweeSteden Ziekenhuis. Evenmin is gesteld of gebleken dat het verplicht eigen risico op dat moment al was volgemaakt. Verzoeker is daarom het bedrag van € 214,75 verschuldigd aan de ziektekostenverzekeraar voor het nog openstaande verplicht eigen risico voor 2014. Ter zitting is door verzoeker verklaard dat hij de verschuldigdheid van genoemd bedrag niet langer bestrijdt.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.2. Op grond van artikel 9 van de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van alternatieve zorg tot maximaal € 800,-- per kalenderjaar, met een maximum voor behandelingen en consulten van € 45,-- per dag, indien de zorgaanbieder (i) een arts is met een BIG-registratie, of (ii) door de ziektekostenverzekeraar is aangewezen. De onderhavige alternatieve behandelaar voldoet niet aan deze voorwaarden zodat de nota terecht is afgewezen. Verzoeker stelt dat hij zelf bepaalt door wie hij wordt behandeld. Dit is weliswaar correct, maar betekent niet dat de ziektekostenverzekeraar dan ook in alle gevallen gehouden is de kosten van de behandeling te vergoeden. Verzoeker citeert ter onderbouwing van zijn stelling een tekst waaruit blijkt dat bij behandeling door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder 80 percent van het gemiddeld gecontracteerde tarief wordt vergoed. Het betreffende citaat staat echter niet in voornoemd artikel dat betrekking heeft op de aanspraak op alternatieve zorg. Uit de tekst maakt de commissie op dat het citaat uit artikel 10 van de aanvullende ziektekostenverzekering komt, welke bepaling ziet op beweegzorg. Dit artikel heeft geen betrekking op alternatieve zorg, waarvan in casu sprake is, zodat het beroep van verzoeker op de betreffende tekst niet kan slagen.
- Verzoeker heeft zich voorts erop beroepen dat hij heeft gekozen voor een restitutiepolis. In de voorwaarden van de zorgverzekering is bepaald dat als gebruik wordt gemaakt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder het bedrag wordt uitgekeerd dat zou zijn vergoed aan een gecontracteerde zorgaanbieder. Dit beroep van verzoeker kan niet slagen, aangezien de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering twee aparte verzekeringen zijn met eigen voorwaarden. In het toepasselijke artikel 9 van de aanvullende ziektekostenverzekering is expliciet opgenomen aan welke voorwaarden zorgaanbieders moeten voldoen, wil aanspraak bestaan op vergoeding van de kosten van behandeling. Tevens is hierin bepaald: *"Gaat u naar een zorgaanbieder die niet door ons is aangewezen? Dan vergoeden wij de kosten niet."* Het beroep op de zorgplicht kan evenmin slagen. Voor de zorgverzekering is deze beschreven in artikel 11 Zvw. In de onderhavige situatie betreft het echter de aanvullende ziektekostenverzekering.
- De stelling van verzoeker dat zijn huidige verzekeraar de nota van € 84,-- voor natuurgeneeskundige consulten wel zou hebben vergoed, treft geen doel. Deze verzekeraar hanteert immers - kennelijk - andere voorwaarden dan de ziektekostenverzekeraar.
- 9.3. Gebleken is dat de betaling van € 45,--, die voor verzoeker niet te herleiden was, ziet op de vergoeding van een acupunctuurbehandeling van de echtgenote van verzoeker. De commissie gaat ervan uit dat hierover thans geen geschil meer bestaat.

Toerekening betalingen

- 9.4.  Verzoeker maakt bezwaar tegen de toerekening van betalingen door de ziektekostenverzekeraar aan andere openstaande bedragen dan waarvoor hij deze heeft bedoeld. De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat verzoeker bij zijn betalingen niet het betalingskenmerk vermeldt, maar separaat een brief stuurt waarin door hem wordt toegelicht waarvoor de betaling is bedoeld. Dit alles is door verzoeker niet weersproken, zodat de commissie dit als vaststaand aanneemt. In het op de verhouding tussen verzoeker en de ziektekostenverzekeraar toepasselijke artikel 6:43 BW is bepaald dat een betaling wordt toegerekend aan de verbintenis die door de schuldenaar wordt aangewezen. Indien een zodanige aanwijzing ontbreekt, geldt dat in eerste instantie wordt toegerekend aan de opeisbare verbintenissen, vervolgens aan de meest bezwarende, en zijn de verbintenissen even bezwarend, aan de oudste. Zijn de verbintenissen bovendien even oud, dan geschiedt de toerekening naar evenredigheid. Aangezien verzoeker bij zijn betalingen geen kenmerk vermeldt, is de commissie van oordeel dat in voorkomend geval niet kan worden gesproken van het aanwijzen van een verbintenis waaraan de betaling moet worden toegerekend als bedoeld in artikel 6:43 BW. Van de ziektekostenverzekeraar kan in redelijkheid niet worden verwacht dat hij de betaling en de separate melding hierover van verzoeker bij elkaar gaat zoeken teneinde deze handmatig te verwerken. De commissie is derhalve niet gebleken dat de ziektekostenverzekeraar in strijd met artikel 6:43 BW bedragen heeft toegerekend aan openstaande vorderingen.
- 9.5.  Uit de brief van de ziektekostenverzekeraar van 25 maart 2015 maakt de commissie op dat op dat moment nog een bedrag van € 264,91 (exclusief incassokosten) open stond. De ziektekostenverzekeraar heeft toegezegd dat de vordering van € 50,16 komt te vervallen. Tevens is toegezegd dat de betreffende vordering wordt teruggehaald bij het incassobureau, waardoor ook de door het incassobureau in rekening gebrachte kosten komen te vervallen. Blijft nog openstaan het restant van € 214,75 (€ 264,91 - € 50,16). Dit betreft het verplicht eigen risico. Zoals onder 9.1 reeds is vastgesteld, is verzoeker het eigen risico verschuldigd aan de ziektekostenverzekeraar. Verzoeker heeft verklaard dat hij genoemd bedrag eerder heeft laten terugboeken door zijn bank. Uit het dossier is niet gebleken, en door verzoeker is ook niet gesteld, dat dit bedrag nadien alsnog door verzoeker is betaald of door verrekening met andere betalingen is voldaan. Verzoeker zal het bedrag van € 214,75 daarom alsnog moeten voldoen aan de ziektekostenverzekeraar. Ter zitting heeft verzoeker toegezegd dit te zullen doen.
- 9.6.  De commissie stelt daarnaast vast dat door de ziektekostenverzekeraar is toegezegd dat coulancehalve een bedrag van € 50,16 aan verzoeker wordt terugbetaald. Hiermee is aan het betreffende onderdeel van het verzoek geheel tegemoet gekomen.
- 9.7.  Verzoeker heeft de commissie bij brief van 24 juli 2015 medegedeeld dat hij het bedrag van € 50,16 inmiddels heeft ontvangen van de ziektekostenverzekeraar. Voorts heeft verzoeker medegedeeld dat hij het bedrag van € 214,75 ter zake van het eigen risico 2014 aan de ziektekostenverzekeraar heeft betaald. De commissie neemt dit voor kennisgeving aan.

Conclusie

- 9.8.  Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek, voor zover hieraan door de ziektekostenverzekeraar niet is tegemoet gekomen, dient te worden afgewezen.
- 9.9.  Aangezien de ziektekostenverzekeraar lopende de procedure verzoeker deels is tegemoet gekomen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,-- aan verzoeker te vergoeden.



10. Het bindend advies



10.1. De commissie wijst het verzoek af.



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

Zeist, 19 augustus 2015,



A.I.M. van Mierlo

