



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht en Achmea
Zorgverzekeringen N.V. te Zeist
Zaak : Inzage zorgverbruik
Zaaknummer : 201601295
Zittingsdatum : 14 december 2016

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. P.J.J. Vonk)

(Voorwaarden zorgverzekering 2006-2011, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2006-2011, 2:10 BW, 'Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten' (Regeling TH/NR-004))

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

- 1) Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, en
- 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist,
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 verzekering Beter Af Polis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1 onderdeel d Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Aanvullend Tand 3 sterren 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. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar bij brief van 25 maart 2016 verzocht om overzichten van de door haar gemaakte zorgkosten die niet zijn vergoed in de jaren 2004 tot en met 2013 (hierna: de aanspraak). De ziektekostenverzekeraar heeft het verzoek afgewezen. Uiteindelijk heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster wél een overzicht van 2014 gezonden.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 7 juni 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft ertoe geleid dat de ziektekostenverzekeraar de gevraagde overzichten van de jaren 2012 tot en met 2015 heeft overgelegd.
- 3.4. Bij brief van 25 juli 2016 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen voor zover het de jaren 2004 tot en met 2011 betreft (hierna: het verzoek).
- 3.5. 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.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 29 september 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 30 september 2016 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 10 oktober 2016 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10 lid 9 van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat de onderhavige zaak enkelvoudig wordt afgedaan.
- 3.9. Verzoekster heeft de commissie bij brief van 26 oktober 2016 afschriften gestuurd van haar apotheek waarop de geneesmiddelen zijn vermeld die zij vanaf 10 januari 2010 tot en met 13 oktober 2016 heeft afgenomen. Afschriften hiervan zijn op 1 november 2016 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 3.10. 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.

3.11. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 14 december 2016 telefonisch gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

4.1. Verzoekster heeft verzocht om toezending van overzichten van de zorgkosten die niet door de ziektekostenverzekeraar zijn vergoed over de periode van 2004 tot en met 2013. Zij heeft namelijk onlangs van een jurist gehoord dat zij de niet-betaalde zorgkosten via de inkomstenbelasting kan terugvragen. Hiervoor heeft zij voornoemde overzichten nodig. De jurist heeft haar ook verteld dat de ziektekostenverzekeraar haar de gevraagde informatie moet verstrekken. Verzoekster merkt op dat zij van dit alles niet eerder op de hoogte was.

4.2. Verzoekster heeft tegenstrijdige informatie gekregen van de ziektekostenverzekeraar. Volgens de ene medewerker kon verzoekster de gevraagde informatie krijgen, maar volgens de andere niet.

4.3. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat zij in 2005 een decompensatie heeft had, en sindsdien heeft zij heel hoge zorgkostennota's. Daarnaast betaalt zij ook een zeer hoge premie aan de ziektekostenverzekeraar. Het merendeel van haar inkomsten gaat naar de ziektekostenverzekeraar, en dit is teveel van het goede. Daarom is zij inmiddels overgestapt naar een andere verzekeraar. Verzoekster wil er ook graag nog eens financieel op vooruit gaan, en zij zou graag willen dat door de ziektekostenverzekeraar een bedrag wordt vergoed.

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. Verzoekster heeft verzocht om toezending van overzichten van niet-betaalde zorgkosten van 2004 tot en met 2015. In 2004 en 2005 was nog sprake van een ziekenfondsverzekering. Vanaf 1 januari 2006 is dit de zorgverzekering geworden.

5.2. Als de ziektekostenverzekeraar gedeclareerde kosten vergoedt, stuurt hij de verzekeringnemer hiervan een bericht. Dergelijke berichten zijn destijds ook aan verzoekster gezonden. Verzoekster is zelf verantwoordelijk voor het bewaren van de betreffende stukken. Het is niet gebruikelijk overzichten opnieuw aan te leveren. Bij wijze van uitzondering heeft de ziektekostenverzekeraar de overzichten van de jaren 2012 tot en met 2015 nogmaals aan verzoekster verstrekt.

5.3. Voor de onderhavige gegevens geldt een wettelijke bewaartermijn van zeven jaren. De ziektekostenverzekeraar heeft de overzichten van 2009 tot en met 2011 bij zijn brief van 29 september 2016 gevoegd. De gegevens over de eerdere jaren zijn inmiddels vernietigd.

5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat iedereen die bij de ziektekostenverzekeraar is verzekerd de premie dient te betalen en het eigen risico. Het onderhavige geschil betreft de vraag hoeveel declaratieoverzichten aan de verzekerde moeten worden toegestuurd. Er zijn regelmatig overzichten aan verzoekster gestuurd. Voor deze overzichten geldt voor de ziektekostenverzekeraar een wettelijke bewaartermijn van zeven jaar.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 16 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering (2011), welk artikel op grond van de aanhef van de algemene voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering ook van toepassing is op deze verzekering, 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. Een vergelijkbare bepaling was in de jaren 2006 tot en met 2010 opgenomen in de voorwaarden van de zorgverzekering, en in de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering van de jaren 2008 tot en met 2010.

6.2. De commissie is niet bevoegd ten aanzien van de verzekering tegen ziektekosten van vóór 1 januari 2006 en ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering van vóór 1 januari 2008.

7. Het geschil

7.1. In geschil is thans nog of de ziektekostenverzekeraar gehouden is aan verzoekster overzichten te verstrekken van de door haar gemaakte zorgkosten die niet zijn vergoed in de jaren 2004 tot en met 2008.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarde en regelgeving

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

8.2. Artikel 16 lid 1 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering (2011) bepaalt dat op de overeenkomst het Nederlands recht van toepassing is. Dit artikel is op grond van de aanhef van de algemene voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering ook van toepassing op deze verzekering. In de jaren 2006 tot en met 2010 waren vergelijkbare bepalingen opgenomen.

8.3. In artikel 2:10 BW is geregeld dat het bestuur van een rechtspersoon, i.c. de ziektekostenverzekeraar, verplicht is bepaalde gegevens gedurende zeven jaren te bewaren. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

"1 Het bestuur is verplicht van de vermogenstoestand van de rechtspersoon en van alles betreffende de werkzaamheden van de rechtspersoon, naar de eisen die voortvloeien uit deze

werkzaamheden, op zodanige wijze een administratie te voeren en de daartoe behorende boeken, bescheiden en andere gegevensdragers op zodanige wijze te bewaren, dat te allen tijde de rechten en verplichtingen van de rechtspersoon kunnen worden gekend.

2 Onverminderd het bepaalde in de volgende titels is het bestuur verplicht jaarlijks binnen zes maanden na afloop van het boekjaar de balans en de staat van baten en lasten van de rechtspersoon te maken en op papier te stellen.

*3 Het bestuur is verplicht de in de leden 1 en 2 bedoelde boeken, bescheiden en andere gegevensdragers gedurende zeven jaren te bewaren.
(...)"*

8.4. In Regeling TH/NR-004 van de NZa is onder punt 20 het volgende bepaald:

"20. Afwijzingsgronden

20.1 Wanneer de zorgverzekeraar een aanvraag voor vergoeding van zorg afwijst stuurt de zorgverzekeraar aan de verzekerde een afwijzingsbrief.

20.2 De afwijzing is in de afwijzingsbrief zodanig duidelijk onderbouwd, dat de verzekerde op grond van de informatie in de afwijzingsbrief zelf kan nagaan of de afwijzing terecht is.

20.3 De afwijzingsbrief bevat ten minste de volgende punten:

- a. een voor de verzekerde begrijpelijke geformuleerde reden voor afwijzing;
- b. een verwijzing naar een bestaande regel of voorwaarde(n) vanuit de polis waarom de afwijzing plaatsvindt;
- c. de verzekerde moet erop gewezen worden dat er nadere informatie ingewonnen kan worden;
- d. de verzekerde moet erop gewezen worden dat hij/zij een klacht kan indienen bij de zorgverzekeraar als hij/zij het niet eens is met de afwijzing, en de klacht tevens aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen kan voorleggen."

9. Beoordeling van het geschil


9.1. De commissie stelt vast dat het verzoek onder meer betrekking heeft op de jaren 2004 en 2005. De commissie is ten aanzien hiervan evenwel niet bevoegd, aangezien in die jaren de Zvw nog niet van kracht was en er nog geen sprake was van een zorgverzekering waarin haar bevoegdheid om over geschillen te oordelen was vastgelegd. Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering van vóór 1 januari 2008 is de commissie evenmin bevoegd, aangezien de commissie in de toenmaals geldende polisvoorwaarden niet was aangewezen voor de geschillenbeslechting door middel van bindende advisering. Met betrekking tot het verzoek, voor zover dit de jaren 2006 tot en met 2011 betreft, geldt het volgende.

9.2. De ziektekostenverzekeraar is op grond van de 'Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten' (Regeling TH/NR-004) van de Nederlandse Zorgautoriteit verplicht een verzekerde een afwijzingsbrief te sturen indien een aanvraag voor vergoeding van zorg wordt afgewezen. Deze Regeling was geldig van 1 november 2015 tot 1 november 2016. Voorafgaand hieraan waren in de beleidsregels TH/BR-15, TH/BR-10, TH/BR-007 en TH/BR-003, vergelijkbare bepalingen opgenomen.



Door de ziektekostenverzekeraar is gesteld dat hij aan verzoekster steeds declaratieoverzichten heeft gestuurd betreffende de al dan niet toegekende vergoedingen. Dit is door verzoekster niet gemotiveerd weersproken. Daarom neemt de commissie dit als vaststaand aan.

In voornoemde beleidsregels is niet opgenomen dat de afwijzingsbrieven meer dan eens moeten worden verstrekt. Evenmin is hierin bepaald dat aan een verzekerde op diens verzoek een overzicht van alle (in een bepaald jaar) afgewezen zorgkosten moet worden gezonden. Dat de ziektekostenverzekeraar heeft besloten de notaoverzichten van de jaren 2009 tot en met 2015 alsnog aan verzoekster te verstrekken, maakt het voorgaande niet anders.






9.3. Verzoekster heeft aangevoerd dat haar door een jurist is verteld dat zij de niet-betaalde zorgkosten via de inkomstenbelasting kan terugvragen, en dat zij hiervoor voornoemde overzichten nodig heeft. Wat hiervan ook zij, dit maakt het in 9.1 en 9.2 overwogene niet anders. Verzoekster is zelf verantwoordelijk voor haar administratie. Hierbij merkt de commissie nog op dat op



de aan verzoekster verstrekte notaoverzichten nadrukkelijk staat vermeld dat deze moeten worden bewaard, omdat de overzichten nog nodig zouden kunnen zijn voor bijvoorbeeld de belastingaangifte.

- 
- 9.4. Voor zover verzoekster bezwaar maakt tegen het thans niet meer beschikbaar zijn van de gegevens van vóór 2009 bij de ziektekostenverzekeraar, overweegt de commissie dat de ziektekostenverzekeraar op grond van artikel 2:10 BW verplicht is de betreffende gegevens gedurende zeven jaren te bewaren. Aangezien de ziektekostenverzekeraar in het onderhavige geval aan deze bewaartermijn heeft voldaan, kan hem niet worden tegengeworpen dat hij de gegevens van vóór 2009 inmiddels niet meer heeft.
- 

Conclusie

- 
- 9.5. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
- 
- 9.6. Aangezien de ziektekostenverzekeraar lopende de procedure alsnog gedeeltelijk is tegemoet gekomen aan het verzoek door haar de overzichten betreffende de jaren 2009 tot en met 2011 te verstrekken, dient hij het entreegeld van € 37,-- aan verzoekster te vergoeden.
- 
10. Het bindend advies
- 
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.
- 
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden het entreegeld van € 37,--.

Zeist, 21 december 2016,



P.J.J. Vonk

