



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen ASR Basis Ziektekostenverzekeringen N.V. en ASR Aanvullende Ziektekostenverzekeringen N.V., beide te Amersfoort

Zaak : Hulpmiddelenzorg, aangepaste schoenen, psychologische zorg, psychosynthese, eigen risico, toezegging, schadevergoeding en rente, verjaring

Zaaknummer : 201501782

Zittingsdatum : 22 juni 2016

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2006, 2007 en 2015, artt. 10, 11, 13, 19 en 21 Zvw, 2.1, 2.4, 2.9 en 2.17 Bzv, 2.6, 2.12 en 2.33 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2006, 2007 en 2015, art. 7:942 BW)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

- 1) ASR Basis Ziektekostenverzekeringen N.V., en
- 2) ASR Aanvullende Ziektekostenverzekeringen N.V., beide te Amersfoort, 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 grond van De Amersfoortse Ziektekostenverzekering Flexibel (2010), de Basisverzekering Optimaal (2011-2012), en de Zorgverzekering Flexibel (2013-2015) (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 Aanvulling Uitgebreid afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De eveneens afgesloten aanvullende verzekering Tandartskosten Optimaal is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van twee paar semi-orthopedische schoenen (hierna: de aanspraak). Bij brief van 8 april 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 21 juli 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat hij geen aanspraak heeft op de door hem aangeschafte schoenen. Echter, omdat de kosten hiervan gedurende meerdere jaren zijn vergoed, en hierdoor bij verzoeker verwachtingen zijn gewekt, zal de ziektekostenverzekeraar uit coulance éénmalig het gedeclareerde bedrag van € 1.249,86 aan hem vergoeden.
- 3.3. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar nogmaals om heroverweging gevraagd. Bij e-mailbericht van 30 september 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven. De ziektekostenverzekeraar wijst tevens het verzoek van verzoeker, de vergoeding van de schoenen in de voorafgaande jaren niet te verrekenen met het eigen risico, af. Nadien is hierover tussen partijen nog veelvuldig gecorrespondeerd.

- 3.4. Verzoeker heeft voorts in 2006 en 2007 bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van psychosynthese. De ziektekostenverzekeraar heeft deze declaraties afgewezen. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft in de kwestie bemiddeld, hetgeen ertoe heeft geleid dat de ziektekostenverzekeraar heeft besloten uit coulance de kosten van psychosynthese, die is verleend in de jaren 2006 en 2007, te vergoeden tot maximaal € 1.000,- per kalenderjaar. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft dit aan verzoeker medegedeeld bij brief van 12 februari 2008, waarmee deze procedure is geëindigd.
Verzoeker heeft in 2010 de betreffende kwestie nogmaals voorgelegd aan de Ombudsman Zorgverzekeringen, maar bij brief van 13 december 2010 is de behandeling hiervan afgewezen, omdat het dezelfde klacht betreft als die uit 2008.
- 3.5. Verzoeker heeft de kwestie ter zake van de psychosynthese in 2014 weer bij de ziektekostenverzekeraar aangekaart. Bij brieven van 3 oktober 2014 en 29 december 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar herhaald dat op grond van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering geen aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van psychosynthese.
- 3.6. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft naar aanleiding van de onder 3.5 bedoelde beslissingen opnieuw bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.7. Bij e-mailbericht van 2 maart 2016 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering alsmede dat de ziektekostenverzekeraar alsnog de kosten van psychosynthese volledig dient te vergoeden ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.8. 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.
- 3.9. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 10 mei 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 19 mei 2016 aan verzoeker gezonden.
- 3.10. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 20 mei 2016 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord.
- 3.11. 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.
- 3.12. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 22 juni 2016 in persoon gehoord.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. Bij brief van 19 december 1991 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker een machtiging verleend voor psychosynthese tot maximaal fl. 2.500,- per kalenderjaar. De kosten van psychosynthese zijn van 1991 tot en met 2005 door de ziektekostenverzekeraar gedeeltelijk vergoed. In voornoemde machtiging zijn verder geen voorwaarden vermeld en ook geen einddatum. De machtiging is dus nog steeds geldig. Bedoelde vergoeding heeft een onverplicht karakter en kan volgens verzoeker alleen op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering zijn toegezegd,

omdat de behandelingen buiten de polisvoorwaarden vallen. Verzoeker heeft daarom ook na de inwerkingtreding van de Zvw aanspraak op continuering van de vergoeding van fl. 2.500,-- (ongeveer € 1.130,--) per kalenderjaar.

Verzoeker merkt hierbij op dat hij nog steeds onder behandeling is bij deze therapeut.

Verzoeker vordert thans een ruimhartige (volledige) vergoeding van de kosten van psychosynthese vanaf 2006. Dit mede omdat het contact tussen hem en de medewerkers van de ziektekostenverzekeraar niet altijd even prettig is verlopen.

Ten aanzien van de ontvankelijkheid van zijn klacht merkt verzoeker op dat hij, na de afwijzing van de vergoeding van de onderhavige therapie in 2007, de zaak eerst heeft aangekaart bij de ziektekostenverzekeraar. Daarna heeft hij de kwestie voorgelegd aan de Ombudsman Zorgverzekeringen. Deze procedure is begin 2008 afgerond. In de tweede helft van 2010 heeft verzoeker de kwestie opnieuw onder de aandacht gebracht van de ziektekostenverzekeraar, echter zonder resultaat. Hij heeft hierop een nieuwe klacht ingediend bij de Ombudsman Zorgverzekeringen. Door een *"eigenaardige samenloop van omstandigheden"*, aldus verzoeker, belandde deze evenwel in het archief. Pas in 2012 kwam de klacht weer boven water, maar toen waren de termijnen voor de procedure reeds overschreden. Verzoeker merkt op dat tussen de laatste correspondentie met de ziektekostenverzekeraar en het in december 2015 opnieuw voorleggen van de zaak aan de Ombudsman Zorgverzekeringen misschien één maand was verstreken.

- 4.2. Voorts heeft verzoeker al jarenlang op maat gemaakte schoenen. De kosten hiervan worden sinds 2004 of 2005 vergoed door de ziektekostenverzekeraar. Een enkele keer is de vergoeding in eerste instantie afgewezen, maar na hierover een klacht te hebben ingediend, werden de kosten toch weer vergoed. In 2015 stelt de ziektekostenverzekeraar ineens dat de schoenen niet meer voor vergoeding in aanmerking komen, omdat het geen (semi-)orthopedische schoenen zijn. Maar hiervan is nimmer sprake geweest, het gaat om dezelfde soort schoenen die al jaren worden vergoed.

Verzoeker benadrukt dat hij een medische indicatie heeft voor de betreffende schoenen.

In 2008 heeft hij een geschil gehad met de ziektekostenverzekeraar over de vergoeding van zijn schoenen, en in deze kwestie is toen bemiddeld door de Ombudsman Zorgverzekeringen. De ziektekostenverzekeraar heeft naar aanleiding hiervan in 2008 toegezegd dat de kosten van de schoenen voortaan zouden worden vergoed. Verzoeker vordert daarom vergoeding van één paar schoenen per twaalf tot vijftien maanden, en van één reservepaar per drie jaar, zonder dat hij hiervoor voorafgaand een prijsopgave hoeft in te dienen. Tevens vordert verzoeker vergoeding van alle voorkomende reparaties aan voornoemde schoenen, eveneens zonder dat hij hiervoor voorafgaand een prijsopgave hoeft in te dienen. Alle vergoedingen dienen ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering te komen.

- 4.3. De onderhavige schoenen voldoen weliswaar niet aan de voorwaarden van de zorgverzekering, doch dit is altijd al zo geweest. De ziektekostenverzekeraar heeft daarom de kosten van deze schoenen al die jaren ten onrechte vergoed ten laste van de zorgverzekering in plaats van de aanvullende ziektekostenverzekering. Hierdoor is ook ten onrechte de vergoeding (gedeeltelijk) verrekend met het eigen risico. Verzoeker vordert daarom teruggave van het ter zake van de schoenen verrekende verplichte eigen risico.

Verzoeker merkt hierbij op dat hem niet eerder duidelijk was dat de schoenen werden vergoed ten laste van de zorgverzekering. Verzoeker vindt de uitkeringsberichten sinds 2006 verwarrend. Zo werd hierin eerder gesproken over 'no-claim' in plaats van 'verplicht eigen risico'. Evenmin was duidelijk ten laste van welke verzekering een vergoeding werd uitgekeerd.

- 4.4. Door de wijze van vergoeding door de ziektekostenverzekeraar was het kiezen voor een vrijwillig eigen risico, zoals vanaf 2008 mogelijk was bij de ziektekostenverzekeraar, voor verzoeker niet de moeite van het overwegen waard. Verzoeker heeft na 2008 weinig kosten gemaakt ten laste van de zorgverzekering. Als de ziektekostenverzekeraar de onderhavige kosten wél correct had vergoed ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering, had verzoeker vanaf 2010 gekozen voor een vrijwillig eigen risico, waardoor hij minder premie had moeten betalen. Daarom

wil hij gecompenseerd worden voor de door hem teveel betaalde premie vanaf 2010, die hij heeft berekend op € 1.650,--.

Daarnaast vordert verzoeker de rente over de nog door hem te ontvangen vergoedingen en compensatie. Hij merkt hierbij op dat 'rood staan' op dit moment bij zijn bank 9 percent op jaarbasis kost.

- 4.5. Ter zitting heeft verzoeker voornoemde stellingen herhaald. Hierbij heeft hij nogmaals benadrukt dat de betreffende schoenen niet onder de dekking van de zorgverzekering vallen, maar integraal (inclusief de kosten van reparaties) moeten worden vergoed ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. Naast vergoeding van de schoenen vordert verzoeker het met de eerder verleende vergoedingen verrekende eigen risico alsmede compensatie voor de door hem teveel betaalde premie. Vanwege de kosten van de schoenen was het voor verzoeker namelijk niet zinvol een hoger - vrijwillig - eigen risico te nemen. Ter zake van de psychosynthese is destijds geprocedeerd over de jaren 2006 en 2007. Op grond hiervan was toegezegd dat over beide jaren € 1.000,-- zou worden vergoed, maar er is voor het ene jaar € 1.000,-- vergoed en voor het andere € 750,--. De kosten van 2008 heeft verzoeker ook gedeclareerd, maar deze zijn afgewezen. Daarna heeft hij de nota's niet meer ter declaratie ingediend, omdat dit toch geen zin had. De therapie is echter wel gewoon doorgegaan. Verzoeker benadrukt dat hij in 1991 een machtiging had voor psychosynthese tot maximaal fl. 2.500,-- per kalenderjaar, onder verdere beperkingen. Het is jarenlang goed gegaan, althans tot 2006.

- 4.6. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. Voor zover het geschil betrekking heeft op de afwijzing van psychosynthese is sprake van verjaring. Deze kwestie is door de Ombudsman Zorgverzekeringen beoordeeld als de zaak met dossiernummer 2007.02321 en heeft geleid tot de brief van 12 maart 2008. Op 16 augustus 2010 is nog een brief aan verzoeker gestuurd door de heer Van Vledder, destijds lid van de Raad van Bestuur van de ziektekostenverzekeraar. Het e-mailbericht van 11 november 2015 aan de SKGZ, waarin verzoeker terugkomt op deze zaak, is ná het verstrijken van de verjaringstermijn zoals bedoeld in artikel 7:942 lid 2 BW verzonden. Verzoeker heeft - voor zover bekend - geen kosten ter zake van psychosynthese gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar, behoudens de kosten van 2006 en 2007. Hierbij merkt de ziektekostenverzekeraar op dat het oude automatiseringssysteem sinds 1 januari 2013 niet meer beschikbaar is.
- 5.2. Verzoeker heeft voorts aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van maatschoenen. Op grond van de zorgverzekering bestaat hierop geen aanspraak. Bij nadere bestudering van het dossier is gebleken dat jarenlang een vergissing is gemaakt in het voordeel van verzoeker, en dat de betreffende maatschoenen zijn aangezien voor orthopedisch schoeisel. De ziektekostenverzekeraar benadrukt dat geen verplichting bestaat om een eenmaal gemaakte fout voort te zetten. Echter, gezien de hierdoor bij verzoeker gewekte verwachtingen, heeft de ziektekostenverzekeraar besloten nog éénmaal de kosten van de schoenen aan hem te vergoeden. Dit heeft de ziektekostenverzekeraar bij brief van 21 juli 2015 aan verzoeker toegezegd. Op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat geen aanspraak op vergoeding van maatschoenen. De ziektekostenverzekeraar zal de ten onrechte uitgekeerde vergoedingen niet terugvorderen van verzoeker.
- 5.3. Het onder 5.2 gestelde neemt niet weg dat de verplichting tot terugbetaling van de ten onrechte uitgekeerde vergoedingen een natuurlijke verbintenis is van verzoeker aan de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar heeft deze betalingen immers onverschuldigd voldaan. Een natuurlijke verbintenis is een verbintenis waarbij de wet of de rechtshandeling

aan de verbintenis de rechtsvordering onthoudt, maar waaraan overigens in beginsel dezelfde rechtsgevolgen zijn verbonden als aan een gewone verbintenis (artikel 6:4 BW). Dit houdt in dat de regels voor verrekening gewoon van toepassing zijn. Dus het eigen risico wordt verrekend met de (achteraf ten onrechte) uitgekeerde vergoedingen voor de niet-verzekerde maatschoenen. De ziektekostenverzekeraar is daarom niet bereid tot betaling van het achteraf ten onrechte ingehouden eigen risico op de achteraf ten onrechte uitgekeerde vergoedingen. De ziektekostenverzekeraar ziet geen aanleiding aan verzoeker een schadevergoeding toe te kennen. Hem ontgaat het verband tussen het achteraf ten onrechte ingehouden eigen risico en de achteraf ten onrechte uitgekeerde vergoedingen. Hierbij moet in aanmerking worden genomen dat het netto resultaat voor verzoeker per jaar altijd positief is geweest: de vergoeding minus het verschuldigde eigen risico heeft telkens geleid tot een voor hem positief resultaat.

- 5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar herhaald dat de schoenen niet onder de dekking van de zorgverzekering vallen. Echter, de kosten bleken jarenlang onterecht te zijn vergoed. Aangezien dit de fout van de ziektekostenverzekeraar was, moest worden gekomen tot een afbouw. Daarom is toegezegd dat de schoenen nog eenmaal zouden worden vergoed. De ziektekostenverzekeraar bevestigt dat na 2008 ter zake van de psychosynthese geen nota's zijn ingediend. De ziektekostenverzekeraar merkt op dat ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekeraar geen dekking bestond of bestaat op deze zorg, omdat de behandelaar niet is aangesloten bij een beroepsvereniging. Ter aanvulling merkt de ziektekostenverzekeraar op dat destijds inderdaad voor 2006 en 2007 € 1.000,-- per jaar is toegezegd. Als dit bedrag niet is uitgekeerd, had dit anders gemoeten. Hij zal proberen dit na te gaan.

- 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 de artikelen 17 van de zorgverzekering en 18 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.
- 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 of verzoeker aanspraak heeft op (i) (volledige) vergoeding van de kosten van psychosynthese uit 2006 en 2007, en (ii) vergoeding van de kosten van op maat gemaakte schoenen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering. Voorts is in geschil of verzoeker aanspraak heeft op (iii) teruggave van het over voornoemde schoenen berekende eigen risico, (iv) de door hem gevorderde compensatie van € 1.650,-- alsmede (v) de rente over de nog door hem te ontvangen vergoedingen en compensatie.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

- 8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.
- 8.2. De zorgverzekering (2015) betreft een mixpolis, zodat de verzekerde voor bepaalde zorgvormen is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders en voor andere zorgvormen kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 18.1 tot en met 18.23 van de zorgverzekering.

- 8.3. Artikel 18.9 van de zorgverzekering (2015) bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op hulpmiddelenzorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"lid 1 Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten of op de verstrekking van functionerende medische hulpmiddelen en verbandmiddelen. De omvang van de aanspraak op de vergoeding van kosten wordt bepaald door de Regeling zorgverzekering (inclusief de daarin opgenomen maximumbedragen en eigen bijdragen). In het Reglement Hulpmiddelen Flexibel 2015 zijn de voorwaarden met betrekking tot de hulpmiddelenverstrekking en de specifieke, per hulpmiddelengroep geldende vereisten opgenomen. In het Reglement Hulpmiddelen Flexibel 2015 wordt nader gespecificeerd welke middelen voor vergoeding in aanmerking komen en welke hulpmiddelen in bruikleen of eigendom worden verstrekt.

Het Reglement Hulpmiddelen Flexibel 2015 maakt deel uit van deze verzekeringsovereenkomst. Deze is te raadplegen op de website www.amersfoortse.nl/zorg en wordt desgevraagd toegezonden.

(...)

lid 4 Er bestaat uitsluitend recht op vergoeding van kosten van medische hulpmiddelen indien deze noodzakelijk, doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd zijn, een en ander ter beoordeling van de zorgverzekeraar.

(...)"

- 8.4. In artikel 5.8.2 van het Reglement Hulpmiddelen Flexibel 2015 is de aanspraak op orthopedisch schoeisel, semi-orthopedisch schoeisel en orthopedische voorzieningen aan confectieschoenen opgenomen. Deze bepaling luidt, voor zover hier van belang:

*"Minimale gebruiksstermijn Orthopedisch schoeisel en semi-orthopedisch schoeisel:
12 maanden bij verzekerden van 16 jaar of ouder*

(...)

36 maanden bij reservepaar voor verzekerden van 16 jaar of ouder

(...)

Vergoeding

Opvraagbaar, maximaal het gemiddelde contractstarief. Er geldt een eigen bijdrage van: € 140,50 per paar bij 16 jaar en ouder."

- 8.5. Artikel 5 van de zorgverzekering (2015) regelt het verplicht eigen risico en luidt, voor zover hier van belang:

"lid 1 Voor iedere verzekerde van achttien jaar of ouder geldt een verplicht eigen risico van € 375,- aan kosten van zorg of overige diensten die voor rekening van verzekerde blijft.

(...)"

In de jaren 2008 tot en met 2014 was een vergelijkbare bepaling opgenomen in de polisvoorwaarden, waarbij het genoemde bedrag evenwel afwijkt van dat van 2015. In 2006 en 2007 was geen sprake van een verplicht eigen risico, maar was de zogenoemde no-claimregeling van toepassing.

- 8.6. De artikelen 5 en 18.9 van de zorgverzekering (2015) en artikel 5.8.2 van het Reglement Hulpmiddelen Flexibel 2015 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 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.

Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.

Hulpmiddelenzorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.9 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.6 e.v. Rzv. De aanspraak op uitwendige hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in het bewegingssysteem, zoals semi-orthopedische schoenen, is uitgewerkt in artikel 2.12 Rzv. In artikel 2.33 Rzv is bepaald dat de eigen bijdrage voor orthopedische schoenen € 141,50 per paar bedraagt, indien de verzekerde zestien jaar of ouder is.

Het verplicht eigen risico is geregeld in de artikelen 19 en 21 Zvw en verder uitgewerkt in artikel 2.17 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 7:942 BW regelt de verjaringstermijn in verzekeringszaken, en dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

"1 Een rechtsvordering tegen de verzekeraar tot het doen van een uitkering verjaart door verloop van drie jaren na de aanvang van de dag, volgende op die waarop de tot uitkering gerechtigde met de opeisbaarheid daarvan bekend is geworden.

2 De verjaring wordt gestuit door een schriftelijke mededeling, waarbij op uitkering aanspraak wordt gemaakt. Een nieuwe verjaringstermijn van drie jaren begint te lopen met de aanvang van de dag, volgende op die waarop de verzekeraar hetzij de aanspraak erkent, hetzij ondubbelzinnig heeft medegedeeld de aanspraak af te wijzen.

(...)"

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de psychosynthese

- 9.1. Aangezien de ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat het verzoek ter zake van de psychosynthese is verjaard, dient de ontvankelijkheid van dit onderdeel van het verzoek als eerste te worden beoordeeld.

Verzoeker heeft in 2007 het geschil ter zake van de psychosynthese over de jaren 2006 en 2007 voorgelegd aan de Ombudsman Zorgverzekeringen. Deze heeft de zaak bij brief van 12 februari 2008 afgesloten. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 16 augustus 2010 - op verzoek van verzoeker - opnieuw inhoudelijk gereageerd. Vervolgens heeft verzoeker de kwestie nogmaals voorgelegd aan de Ombudsman Zorgverzekeringen; de behandeling hiervan is evenwel afgewezen omdat het dezelfde klacht betrof als in 2007/2008. In de brieven van 3 oktober 2014 en 29 december 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar herhaald dat op grond van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering geen aanspraak bestaat op vergoeding van psychosynthese. Hierbij is echter niet inhoudelijk gereageerd.

Artikel 7:942 BW bepaalt dat de verjaringstermijn in verzekeringszaken drie jaar bedraagt.

Genoemde termijn is verstreken zonder dat de verjaring tijdig door verzoeker is gestuit. Het verzoek, voor zover dit betrekking heeft op psychosynthese in de jaren 2006 en 2007 is derhalve niet-ontvankelijk. De latere bemiddelingspoging door de Ombudsman Zorgverzekeringen maakt dit niet anders. De commissie heeft er goede nota van genomen dat de ziektekostenverzekeraar heeft toegezegd nog te zullen nagaan of de destijds toegezegde vergoeding van € 1.000,-- per jaar over 2006 en 2007 inderdaad is verleend.

Ter zake van de gevorderde vergoeding van psychosynthese over 2008 heeft verzoeker ter zitting verklaard dat hij de nota hiervan wèl ter declaratie heeft ingediend bij de ziektekostenverzekeraar, en dat deze door de ziektekostenverzekeraar is afgewezen, maar dat hij hierna verder geen actie

heeft ondernomen. Aangezien de termijn om tegen deze beslissing op te komen inmiddels is verstreken, is deze afwijzing thans rechtens onaantastbaar.

Met betrekking tot de vergoeding van psychosynthese over 2009 tot heden heeft verzoeker ter zitting verklaard dat hij de nota's hiervan niet ter declaratie heeft ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. Er zijn derhalve hierover geen beslissingen genomen. Daarom kan de commissie, mede gelet op artikel 3 van het Reglement Geschillencommissie Zorgverzekeringen, over dit onderdeel van het verzoek geen uitspraak doen.

Ten aanzien van de maatschoenen


- 9.2. Tussen partijen is niet in geschil dat op grond van de zorgverzekering geen aanspraak bestaat op vergoeding van de onderhavige schoenen.
- 9.3. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt evenmin dekking voor op maat gemaakte schoenen. Dat verzoeker een medische indicatie heeft voor deze schoenen geeft hem geen recht op vergoeding op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 9.4. De commissie is gebleken dat, niettegenstaande hetgeen onder 9.2 en 9.3 is overwogen, de kosten van de maatschoenen door de ziektekostenverzekeraar gedurende meerdere jaren aan verzoeker zijn vergoed. Hierdoor is bij verzoeker de verwachting gewekt dat hij deze kosten ook in 2015 vergoed zou krijgen. De ziektekostenverzekeraar heeft reeds bij brief van 21 juli 2015 aan verzoeker toegezegd, op grond van voornoemd gewekt vertrouwen, uit coulance nog éénmaal de kosten van de schoenen te vergoeden. De commissie acht deze toegezegde vergoeding voldoende als overgangsregeling.

Verrekening met het eigen risico

- 9.5. De door de ziektekostenverzekeraar vanaf 2008 ter zake van de schoenen abusievelijk ten laste van de zorgverzekering toegekende vergoedingen zijn indertijd verrekend met de nog openstaande (verplichte) eigen risicobedragen. Verzoeker stelt thans dat dit ten onrechte is gebeurd en vordert teruggave van hetgeen is verrekend. Zoals hiervoor is geoordeeld, had verzoeker noch op grond van de zorgverzekering noch op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering aanspraak op vergoeding van de schoenen. Hetgeen door de ziektekostenverzekeraar is vergoed aan verzoeker werd derhalve onverschuldigd betaald. Anderzijds is het (verplicht) eigen risico alleen van toepassing op verzekerde zorg of andere diensten waarvan de kosten ten laste van de zorgverzekering komen. Nu hiervan geen sprake is, heeft verzoeker het bedrag aan (verplicht) eigen risico dus onverschuldigd betaald. Door de ziektekostenverzekeraar is in dit verband betoogd dat hem de bevoegdheid tot verrekening toekomt. Dit verrekeningsverweer slaagt, waarbij de commissie opmerkt dat hetgeen de facto door de ziektekostenverzekeraar is vergoed het saldo is van de bruto-vergoeding minus het (verplicht) eigen risico. Niet valt in te zien hoe de ziektekostenverzekeraar gehouden zou kunnen worden af te zien van een dergelijke saldering. Het resultaat hiervan zou dan immers zijn dat hij aan verzoeker een aanvullende vergoeding dient te verlenen, zonder dat hiervoor een rechtsgrond bestaat. Dit onderdeel van het verzoek moet om die reden worden afgewezen.

Schadevergoeding

- 9.6. Ten aanzien van het door verzoeker gevorderde bedrag van € 1.650,- als compensatie voor de door hem teveel betaalde premie, overweegt de commissie als volgt. Op een uitkeringsoverzicht staat vermeld of op een bepaalde vergoeding het verplicht eigen risico in mindering wordt gebracht. In 2006 en 2007 gold het zelfde voor de no-claimteruggave. Reeds hieruit had verzoeker kunnen opmaken dat de kosten van de maatschoenen ten laste van de zorgverzekering werden vergoed. Indien verzoeker zich hier niet mee kon verenigen, had het op zijn weg gelegen de ziektekostenverzekeraar hierop aan te spreken. Zo hij dit niet wist of de zaak liever zo liet vanwege de verleende vergoeding, heeft hij - zoals hiervoor is vastgesteld - een zodanig financieel voordeel genoten dat dit, ook na verrekening van het verplicht eigen risico nog steeds opweegt tegen het door



verzoeker becijferde nadeel van totaal € 1.650,--. Nu de ziektekostenverzekeraar heeft verklaard de onterechte vergoedingen niet te zullen terugvorderen, heeft verzoeker geen financieel nadeel en bestaat voor toekenning van de gevorderde compensatie geen aanleiding.



Rente


- 9.7. Aangezien de door verzoeker gevorderde vergoedingen en compensaties moeten worden afgewezen, dient het verzoek om toewijzing van de rente hierover eveneens te worden afgewezen.



Conclusie

- 9.8. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek voor zover het ziet op de psychosynthese niet-ontvankelijk is, en voor het overige dient te worden afgewezen.

- 
10. Het bindend advies

- 
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 6 juli 2016,




A.I.M. van Mierlo