

# **ANONIEM BINDEND ADVIES**

Partijen : Mevrouw A te B, vertegenwoordigd door de heer C te D, tegen E  
te F, vertegenwoordigd door G te H  
Zaak : Afhandeling declaraties, incassokosten  
Zaaknummer : 2012.03156  
Zittingsdatum : 15 mei 2013

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door de heer C te D,

tegen

E te F, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar, vertegenwoordigd door G te H

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Basisverzekering Natura (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Genoemde verzekering is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 jo 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De eveneens door verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar afgesloten aanvullende ziektekostenverzekering Privilege Polis is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten die de incassogemachtigde van het AZ Turnhout (België) bij haar in rekening heeft gebracht, ten bedrage van € 3.211,77 (hierna: de aanspraak). Bij brief van 30 oktober 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 19 november 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. Verzoekster heeft zich tot de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen gewend. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft verzoekster bij brief van 23 januari 2013 medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling.
- 3.4. Bij brief van 5 februari 2013 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen (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 stuk-

ken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 27 maart 2013 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 2 april 2013 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 11 april 2013 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 8 mei 2013 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 15 mei 2013 telefonisch gehoord.

#### 4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Verzoekster heeft in juli en oktober 2011 heupoperaties ondergaan in het AZ Turnhout. In verband hiermee heeft verzoekster contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar. Haar werd medegedeeld dat zij de operaties aldaar kon laten plaatsvinden, met de restrictie dat ter zake niet meer zou worden vergoed dan het Nederlandse tarief. Dit was voor verzoekster geen probleem, aangezien haar bekend was dat de zorgkosten in België over het algemeen lager zijn dan in Nederland. Daarnaast werd haar medegedeeld dat de nota's van de operaties konden worden gedeclareerd. Hieruit leidde verzoekster af dat de nota's op eenzelfde manier zouden worden behandeld als eerder door haar ingediende nota's van het AZ Turnhout. Die werden na declaratie telkens prompt vergoed.
- 4.2. De nota's van de twee heupoperaties zijn gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar. Opgemerkt zij dat de nota van de eerste operatie aanvankelijk onvoldoende gespecificeerd was, en dat om die reden later een gespecificeerde nota aan de ziektekostenverzekeraar is gezonden. De nota van de eerste operatie werd door de ziektekostenverzekeraar op 16 maart 2012 ontvangen, de nota van de tweede operatie op 21 februari 2012. Door de ziektekostenverzekeraar werd de nota van de eerste operatie op 27 juni 2012 betaald, en de nota van de tweede operatie op 30 mei 2012. Derhalve is in beide gevallen ruim drie maanden na declaratie betaald door de ziektekostenverzekeraar. Onduidelijk is hierbij nog waarom de nota van de eerste operatie pas een maand na die van de tweede werd voldaan.
- 4.3. In de periode gelegen tussen de declaratie en de betaling is door de ziektekostenverzekeraar niet gecommuniceerd met verzoekster. Verzoekster stelt dat de ziektekostenverzekeraar haar had kunnen mededelen dat de betaling enige tijd in beslag zou nemen, en dat zij de nota's eerst zelf zou moeten voldoen teneinde problemen te voorkomen. Bovendien is verzoekster in het geheel niet erop gewezen dat zij de nota's diende voor te schieten. Evenmin is door de ziektekostenverzekeraar in de periode tussen de declaratie en de betaling enige informatie omtrent de operaties ingewonnen bij het AZ Turnhout of verzoekster. Pas toen verzoekster de ziektekostenverzekeraar informeerde over de dreiging van een incassogemachtigde, werden de nota's binnen enkele dagen betaald.
- 4.4. Zelfs al zou het argument van de ziektekostenverzekeraar juist zijn dat verzoekster de nota's op basis van de voorwaarden in eerste instantie had moeten voorschieten, dan nog kan met recht worden gesteld dat de door de ziektekostenverzekeraar in

acht genomen termijnen niet reëel zijn. Als sprake zou zijn van voorschieten, zou een kortere termijn moeten worden gehanteerd voor de afwikkeling van de nota's, gelet op de hoge kosten die met de operaties gemoeid zijn. Daarnaast mocht verzoekster erop vertrouwen dat de gedeclareerde nota's zouden worden afgehandeld zoals dit eerder ook geschiedde, te weten prompte betaling na declaratie. Voorts stelt verzoekster dat de ziektekostenverzekeraar geen enkel beletsel had de nota's direct te voldoen na declaratie. Immers, van het inwinnen van informatie is geen sprake geweest. Opvallend is in dit verband nog dat de ziektekostenverzekeraar de nota's heeft betaald aan het AZ Turnhout, en niet aan verzoekster zelf. Kennelijk was rechtstreekse betaling geen probleem.

- 4.5. Door deze gang van zaken heeft verzoekster aanzienlijke schade geleden. Het AZ Turnhout heeft een incassogemachtigde ingeschakeld, waardoor verzoekster € 3.211,77 heeft moeten betalen ter zake van incassokosten, schadebeding en rente. Deze schade, dan wel een substantieel deel daarvan, dient door de ziektekostenverzekeraar te worden vergoed.
- 4.6. Ter zitting is door verzoekster haar standpunt herhaald, waarbij door haar is benadrukt dat de ziektekostenverzekeraar tot op heden op geen enkele wijze heeft toegelicht waarom met de afwikkeling van de nota's een termijn van drie maanden was gemoeid en waarom niet beide nota's gelijktijdig op 30 mei 2012 zijn betaald.
- 4.7. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
  - 5.1. Op basis van de zorgverzekering is een verzekerde voor bepaalde zorg aangewezen op gecontracteerde zorgverleners, en voor andere vormen van zorg kan gebruik worden gemaakt van niet-gecontracteerde zorgverleners. Artikel 9 van de zorgverzekering betreft de aanspraak op zorg in het buitenland. Indien een verzekerde niet tijdig in zijn of haar regio kan worden geholpen, bestaat de mogelijkheid zorgbemiddeling en advies te vragen bij de ziektekostenverzekeraar. De Afdeling Zorgadvies en Bemiddeling adviseert bij welke zorgverlener een verzekerde voor een bepaalde zorgvraag terecht kan, in Nederland dan wel het buitenland. Indien een verzekerde geen gebruik wenst te maken van zorgbemiddeling en zorg in het buitenland verkiest, kan dit derhalve nadelige financiële gevolgen hebben.  
Een verzekerde heeft aanspraak op vergoeding conform het Belgische socialezekerheidsstelsel als de zorg niet of niet tijdig in Nederland kan worden geleverd. Indien de verzekerde dit onvoldoende aannemelijk kan maken óf indien hij of zij desondanks (dus vanwege de eigen voorkeur) gebruik wenst te worden gemaakt van de zorg in het buitenland (i.c. België), bestaat slechts aanspraak op het in Nederland van toepassing zijnde marktconforme tarief.
  - 5.2. Verzoekster heeft er voor gekozen twee heupoperaties te ondergaan in het AZ Turnhout, een niet-gecontracteerd ziekenhuis. Deze zorgkosten zijn vergoed tot maximaal het Wmg-tarief, als ware sprake van gecontracteerde zorg. Hiertoe was de ziektekostenverzekeraar niet gehouden, aangezien het geplande zorg in het buitenland betreft. Derhalve is de afwikkeling van de declaraties coulant. De buitengerechtelijke kosten van de incassogemachtigde van het AZ Turnhout worden om de volgende redenen niet vergoed.

- 5.3. Ten eerste werd de nota van de eerste operatie in september 2011 incompleet ontvangen. Volgens de polisvoorwaarden moeten nota's "op zodanige wijze zijn gespecificeerd, dat er zonder verdere navraag uit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding de ziektekostenverzekeraar is gehouden". Verzoekster is hierover bij afreken-specificatie van 8 november 2011 geïnformeerd, en zij is verzocht de complete nota in te sturen. De plicht om een complete nota in te sturen en zondig uitstel van betaling bij een zorgverlener te bedingen rust op de verzekerde. Verzoekster diende derhalve zelf haar financiële belangen veilig te stellen.
- 5.4. Ten tweede werd de complete nota van de eerste operatie pas op 16 maart 2012 door verzoekster ingediend. De betalingstermijn die het AZ Turnhout een patiënt biedt, was daarmee al ruimschoots verstreken. Verzoekster bevestigt in haar e-mailbericht van 9 juli 2012 dat zij de afreken-specificatie en de aanmaningen van het AZ Turnhout heeft ontvangen. Daarnaast geeft verzoekster in het e-mailbericht aan dat zij de gespecificeerde nota's van het AZ Turnhout heeft ontvangen en deze per e-mail aan de ziektekostenverzekeraar heeft doorgestuurd.
- 5.5. Ten derde is een verzekeringnemer altijd zelf verantwoordelijk voor betaling van nota's aan (niet-gecontracteerde) zorgverleners. Een en ander is omschreven in artikel 1 van de zorgverzekering. Hierin is tevens opgenomen dat geen recht bestaat op vergoeding van onder meer administratiekosten en kosten wegens het niet tijdig voldoen van nota's van zorgaanbieders, en op vergoeding van schade die het indirecte gevolg is van het handelen of nalaten van de ziektekostenverzekeraar.
- 5.6. De vordering van verzoekster tot vergoeding van de kosten die de incassogemachtigde bij haar in rekening heeft gebracht is afgewezen. De verantwoordelijkheid voor het tijdig indienen van volledige en complete nota's van een niet-gecontracteerde zorgverlener, en voor tijdige betaling van deze nota's aan de betrokken zorgverlener, ligt altijd bij de verzekerde. Omdat verzoekster bewust niet-gecontracteerde zorg heeft afgenomen, mocht van haar worden verwacht dat zij de nota's zou voorschieten. Dat de ziektekostenverzekeraar op verzoek van verzekerden nota's aan buitenlandse niet-gecontracteerde zorgverleners in bepaalde gevallen voorschiet, is een gunst, en geen plicht. De aanname dat verzoekster de nota's zelf zou voorschieten is dan ook redelijk en billijk. Van de schadeclaim wordt daarom afstand genomen. Ten overvloede wijst de ziektekostenverzekeraar er nog op dat een medewerker geheel onverplicht en uit serviceoogpunt contact heeft opgenomen met de incassogemachtigde van AZ Turnhout, met het verzoek de buitengerechtelijke kosten te laten vervallen dan wel deze te reduceren. De incassogemachtigde bleef echter bij zijn standpunt.
- 5.7. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat verzoekster een naturapolis heeft. Zij heeft aanvankelijk enkel een prijsopgave ingediend. De operatie was twee dagen eerder al uitgevoerd. Er is dus geen toestemming verleend, en er was geen gelegenheid verzoekster te verwijzen naar een gecontracteerde zorgaanbieder. Tijdens het telefonisch contact is verzoekster wel gewezen op de mogelijkheid dat kosten voor haar rekening zouden blijven. Vervolgens is een nota ingediend, maar hierop stond alleen het eindbedrag. De complete nota werd pas 205 dagen na de notadatum ontvangen. Overigens staat in de polisvoorwaarden dat indien een verzekerde gebruik maakt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, hij zelf verantwoordelijk is voor de tijdige betaling. Dat aan het AZ Turnhout is betaald, was op verzoek van verzoekster, aangezien dit was aangegeven op het declaratieformulier.

lier. De lange afwikkelingstermijn staat geheel los van het feit dat verzoekster reeds te laat was met haar betaling aan het AZ Turnhout. Er is sprake van twee contracten, en verzoekster is bij beide partij. In diverse brieven aan verzoekster is getracht dit duidelijk te maken. De ziektekostenverzekeraar erkent dat laat is betaald, maar de vervalltermijn die door het AZ Turnhout was gesteld was reeds daarvoor lang verlopen. De nota's zijn namelijk pas 205 respectievelijk 89 dagen na de notadatum ontvangen. Dat het AZ Turnhout kosten heeft berekend is dus niet aan de ziektekostenverzekeraar te wijten, maar uitsluitend aan verzoekster.

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

## 6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 10. van de zorgverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

## 7. Het geschil

7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar is gehouden de aanspraak alsnog in te willigen.

## 8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

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

8.2. De zorgverzekering betreft een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners.

Artikel 1.3. van de zorgverzekering bepaalt dat zorg in natura wordt verleend door een door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder. De vergoeding van de kosten van zorg vindt dan rechtstreeks aan de betreffende zorgaanbieder plaats op basis van het met de betrokken zorgaanbieder overeengekomen tarief.

Artikel 1.4. van de zorgverzekering betreft de hoogte van de vergoeding voor zorg verleend door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

*“Gaat u naar een zorgaanbieder met wie [naam ziektekostenverzekeraar] geen overeenkomst heeft gesloten? Als u voor zorg naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat, kan het zijn dat u een deel van de rekening zelf moet betalen. De kosten van zorg worden namelijk vergoed tot maximaal 80% van de gemiddelde tarieven voor 2011, zoals deze voor de betreffende vormen van zorg zijn overeengekomen met de betreffende zorgaanbieders. Als er voor de betreffende zorg geen inkooptarieven zijn vastgesteld en er gelden Wmg-tarieven, is het gemiddeld gecontracteerde tarief gelijk aan het geldende Wmg-tarief. In dat geval worden de kosten vergoed tot maximaal 80% van de Wmg-tarieven. U kunt de maximale vergoedingen raadplegen op de Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgaanbieders [naam ziektekostenverzekeraar] 2011. (...).”*

Artikel 1.5. van de zorgverzekering betreft het insturen van nota's. Voor zover hier van belang, luidt dit artikel:

*“De meeste zorgaanbieders sturen de nota’s rechtstreeks naar [naam ziektekostenverzekeraar]. Als u zelf een nota hebt ontvangen, kunt u een declaratieformulier invullen en samen met de originele nota opsturen; geen kopie of aanmaning. Het is belangrijk dat op de nota de naam van de verzekerde, de behandeling, de datum van de behandeling, het notabedrag en de paraaf van de zorgaanbieder staat. De nota’s moeten op zodanige wijze zijn gespecificeerd, dat er zonder verdere navraag uit kan worden opgemaakt tot welke vergoeding [naam ziektekostenverzekeraar] is gehouden. (...) U kunt nota’s tot maximaal drie jaar na het begin van de behandeling indienen.*

*Voor de administratieve afhandeling is het in uw en ons belang om nota’s zo snel mogelijk na ontvangst in te dienen bij [naam ziektekostenverzekeraar]. (...)”*

In artikel 1.7. van de zorgverzekering is bepaald dat de ziektekostenverzekeraar het recht heeft de kosten van zorg rechtstreeks te betalen aan een zorgaanbieder. Hiermee vervalt het recht van de verzekerde op vergoeding.

In artikel 1.9. van de zorgverzekering is bepaald dat indien een verzekerde gebruik maakt van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, hiervoor toestemming van de ziektekostenverzekeraar dient te worden gevraagd.

Artikel 1.11. ziet op de uitsluitingen, en luidt, voor zover hier van belang:

*“U hebt geen recht op:*

*(...)*

- *vergoeding van de kosten van schriftelijke verklaringen, bemiddelingskosten die zonder voorafgaande schriftelijke akkoordverklaring van [naam ziektekostenverzekeraar] door derden in rekening worden gebracht, administratiekosten of kosten wegens het niet-tijdig voldoen van nota’s van zorgaanbieders;*

*(...)*

- *vergoeding van schade die het indirecte gevolg is van handelen of nalaten van [naam ziektekostenverzekeraar];*

*(...)”*

Artikel 9. van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland. Voor zover hier van belang, luidt dit artikel:

*“9.1. U woont of verblijft in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland*

*Als u woont of tijdelijk verblijft in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland kunt u voor zorg kiezen uit:*

- *zorg volgens het wettelijke verzekeringspakket in een EU-/EER-land of verdragsland, als dit voor u van toepassing is. Dit recht op zorg is geregeld in de EU-socialezekerheidsverordening of een sociaalzekerheidsverdrag;*
- *zorg door een gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling;*
- *vergoeding van de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. De kosten worden vergoed tot maximaal het bedrag dat u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Zie artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.*

*(...)*

*9.3. Toestemmingsvereiste voor zorg in het buitenland*

*In alle gevallen hebt u voor het invoeren van voorzienbare intramurale zorg in een ander land dan het woonland, voorafgaande toestemming van [naam ziektekostenverzekeraar] nodig. Intramurale zorg als bedoeld in dit artikel is zorg die gepaard gaat met verblijf van ten minste één nacht.*

*(...)”*

8.3. De artikelen 1.3., 1.4., 1.5., 1.7., 1.9., 1.11. en 9. van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.4. Artikel 11, lid 1, onderdeel a Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Artikel 13 lid 1 Zvw luidt:

*“Indien een verzekerde krachtens zijn zorgverzekering een bepaalde vorm van zorg of een andere dienst dient te betrekken van een aanbieder met wie zijn zorgverzekeraar een overeenkomst over deze zorg of dienst en de daarvoor in rekening te brengen prijs heeft gesloten of van een aanbieder die bij zijn zorgverzekeraar in dienst is, en hij deze zorg of andere dienst desalniettemin betreft van een andere aanbieder, heeft hij recht op een door de zorgverzekeraar te bepalen vergoeding van de voor deze zorg of dienst gemaakte kosten”*

8.5. Artikel 7:461 BW luidt:

*“De opdrachtgever is de hulpverlener loon verschuldigd, behoudens voor zover deze voor zijn werkzaamheden loon ontvangt op grond van het bij of krachtens de wet bepaalde dan wel uit de overeenkomst anders voortvloeit.”*

## 9. Beoordeling van het geschil

9.1. Verzoekster heeft in België twee heupoperaties ondergaan. Niet is gebleken dat zij voorafgaand hieraan de ziektekostenverzekeraar om toestemming heeft verzocht. Derhalve is toetsing aan artikel 20 Vo. nr. 883/2004 achterwege gebleven. Dit is in zoverre spijtig dat ingeval van een tijdig ingediend en door de ziektekostenverzekeraar gehonoreerd toestemmingsverzoek, de afwikkeling van de nota's – voor zover het althans kosten van zorg betreft die ten laste komen van de Belgische sociale ziektekostenverzekering – via de plaatselijke mutualiteit zou hebben plaatsgevonden, en het voorliggende probleem zich niet zou hebben voorgedaan.

Na indiening van de nota's is de ziektekostenverzekeraar overgegaan tot vergoeding op basis van artikel 9 van de zorgverzekering. Hoewel verzoekster de zorg heeft betrokken bij een niet-gecontracteerde zorgverlener, heeft de ziektekostenverzekeraar de kosten vergoed als ware de zorg genoten bij een gecontracteerde zorgverlener. In deze beslissing zal de commissie niet treden.

In geschil is uitsluitend of de ziektekostenverzekeraar is gehouden de kosten die door de incassogemachtigde van de buitenlandse zorgverlener bij verzoekster in rekening zijn gebracht, te vergoeden. Hiertoe overweegt de commissie als volgt.

9.2. Verzoekster heeft de keuze gemaakt voor een naturapolis. Dit betekent dat zij in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. Deze zorgverleners declareren de kosten als regel rechtstreeks. Artikel 1.4. van de zorgverzekering voorziet in de mogelijkheid dat een verzekerde gebruik maakt van niet-gecontracteerde zorg. Uit de bepaling blijkt dat een verzekerde die hier voor kiest rekening moet houden met de mogelijkheid dat een deel van de kosten voor eigen rekening blijft. Voorts valt uit artikel 1.5. van de zorgverzekering op te maken dat in bepaalde gevallen de verzekerde zelf een nota ontvangt van de zorgverlener. Dit zal met name het geval zijn indien deze zorgverle-



ner niet door de ziektekostenverzekeraar is gecontracteerd. Verzoekster heeft de onderhavige zorg betrokken bij een niet-gecontracteerde buitenlandse zorgverlener en heeft van deze nota's ontvangen.

- 9.3. In het kader van de behandeling is verzoekster met de betreffende zorgverlener een behandelingsovereenkomst aangegaan. Uit deze overeenkomst vloeit voor haar de verplichting voort de zorgverlener te betalen voor diens werkzaamheden. De commissie constateert dat verzoekster deze verplichting – die nadrukkelijk op haar rust en niet op de ziektekostenverzekeraar - niet is nagekomen. Reeds voordat zij de nota's bij de ziektekostenverzekeraar indiende, was verzoekster ten opzichte van de zorgverlener in verzuim en waren door laatstgenoemde incassokosten, schadebeding en rente in rekening gebracht. Op grond van artikel 1.11. van de zorgverzekering zijn deze kosten en rente van vergoeding uitgesloten.
- 9.4. Door verzoekster is gesteld dat zij niet met extra kosten zou zijn geconfronteerd indien de ziektekostenverzekeraar terstond tot vergoeding zou zijn overgegaan. Wat hiervan ook zij, zoals hiervoor is vastgesteld, was verzoekster ten tijde van het indienen van de nota's al in verzuim. Ook indien de vergoeding van de nota's op een eerder tijdstip zou hebben plaatsgevonden zou dit geen gevolgen hebben gehad voor de intussen opgekomen incassokosten, schadebeding en rente. Ook de stelling van verzoekster dat haar is medegedeeld dat de kosten van de beide operaties zouden kunnen worden gedeclareerd, waaruit zij heeft afgeleid dat de nota's op de zelfde wijze zouden worden afgewikkeld als eerdere declaraties, kan haar niet baten. Eerdergenoemd artikel 1.4. van de zorgverzekering maakt het mogelijk dat een verzekerde gebruik maakt van niet-gecontracteerde zorg. Wordt ter zake een nota ontvangen, dan kan deze worden gedeclareerd. De gedane mededeling behelst niet meer dan dat en heeft zeker niet de strekking dat de betalingsverplichting die ten opzichte van de zorgverlener uit hoofde van de behandelingsovereenkomst bestaat kan worden opgeschort.
- 9.5. Gelet op het voorgaande is de commissie van oordeel dat de ziektekostenverzekeraar niet is gehouden de kosten die de incassogemachtigde van de zorgverlener bij verzoekster in rekening heeft gebracht, aan haar te vergoeden.

### **Conclusie**

- 9.6. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 29 mei 2013,

Voorzitter