



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, als wettelijk vertegenwoordiger van de minderjarige C, tegen ONVZ
Ziektekostenverzekeraar N.V. en ONVZ Aanvullende Verzekering N.V., beide te Houten

Zaak : Vordering, teveel uitgekeerde vergoeding, orthodontie, aanvullende ziektekosten-
verzekering, gewekt vertrouwen

Zaaknummer : 201600979

Zittingsdatum : 23 november 2016

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. P.J.J. Vonk, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2015, artt. 3:309 en 6:203 BW)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, als wettelijk vertegenwoordiger van de minderjarige C , hierna te noemen: verzekerde,

tegen

ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V. en ONVZ Aanvullende Verzekering N.V., beide te Houten, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzekerde bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering PNO Ziektekosten Basis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1 onderdeel d Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzekerde bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen PNO Budget en PNO Tandarts Standaard 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).
De zorgverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 16 februari 2016 aan verzoeker medegedeeld dat hij per abuis meer heeft vergoed ter zake van de orthodontische behandeling van verzekerde dan waarop aanspraak bestaat ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. Het verschil wordt van verzoeker gevorderd. Bij e-mailbericht van 25 februari 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat het teveel uitgekeerde bedrag € 387,80 bedraagt.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij e-mailbericht van 29 maart 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.4. Bij e-mailbericht van 18 juli 2016 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de vordering van de teveel betaalde vergoeding ter zake van de orthodontische behandeling van verzekerde te laten vervallen (hierna: het verzoek).
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 37,- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden

op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij e-mailbericht van 8 september 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 14 september 2016 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 9 oktober 2016 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard in persoon te willen worden gehoord.
- 3.8. Verzoeker is op 23 november 2016 telefonisch gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft in persoon aan de hoorzitting deelgenomen.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft de kosten van de orthodontische behandeling van verzekerde in 2015 in eerste instantie vergoed. Omdat de ziektekostenverzekeraar steeds brieven aan verzoeker heeft gestuurd waarin was vermeld dat deze kosten werden vergoed, is verzoeker ervan uitgegaan dat dit correct was, en daarom heeft hij de behandeling van verzekerde voortgezet. Deze behandeling liep al bijna op het einde, en het betrof alleen nog de fijne afwerking van het gebit van verzekerde.
- 4.2. Verzoeker was zeer verbaasd toen hij van de ziektekostenverzekeraar het bericht kreeg dat een deel van de kosten van de orthodontische behandeling van verzekerde ten onrechte was vergoed als gevolg van een foute inregeling van het systeem. Door deze fout van de ziektekostenverzekeraar wordt verzoeker nu geconfronteerd met een financieel probleem. Hij benadrukt dat hij de onderhavige kosten zeker niet had gemaakt als hij tijdig had geweten dat deze niet zouden worden vergoed. De ziektekostenverzekeraar dient zijn verantwoording te nemen voor de door hem gemaakte fout, en af te zien van terugvordering.
- 4.3. Ter zitting is door verzoeker herhaald dat de ziektekostenverzekeraar een fout heeft gemaakt, en dit ook heeft toegegeven, maar dat verzoeker hiervoor moet bloeden. Als hij had geweten dat de kosten niet zouden worden vergoed, zou hij in overleg met de orthodontist voor een andere oplossing hebben gekozen, waardoor de behandeling eerder zou zijn afgerond. Het gebit van verzekerde was namelijk al voor 80 tot 90 percent op orde. Verzoeker vergelijkt de situatie met een 'all you can eat' restaurant, waarbij een tijdslimiet van één uur geldt, en achteraf moet worden bijbetaald omdat de klok kapot is. Verzoeker is daarom van mening dat de onderhavige kosten thans niet meer van hem mogen worden gevorderd.
Daarnaar gevraagd, antwoordt verzoeker dat hij destijds is overgestapt naar de ziektekostenverzekeraar vanwege de aanspraak op orthodontie.
Verzoeker vond het niet vreemd dat hij in 2014 nota's ontving van de ziektekostenverzekeraar voor de behandelingen orthodontie en in 2015 niet meer. Hij heeft de link destijds niet gelegd. Daarnaast vindt hij het niet redelijk dat hij de ziektekostenverzekeraar erop zou moeten wijzen dat deze een fout heeft gemaakt.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. Verzekerde had ter zake van de orthodontische behandeling op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering aanspraak op maximaal € 500,- vergoeding voor de gehele looptijd van de verzekering. Op de behandeldatum 2 april 2014 was de maximale vergoeding bereikt. Dit is op het betreffende uitkeringsbericht vermeld. Als de maximale vergoeding is bereikt, en de zorgaanbieder dient de nota's rechtstreeks in bij de ziektekostenverzekeraar, dan betaalt

de ziektekostenverzekeraar de zorgaanbieder en wordt het teveel betaalde bedrag van de verzekeringnemer teruggevraagd. Dit is ook gebeurd met de acht behandelingen die hebben plaatsgevonden van 2 april 2014 tot en met 31 december 2014. Op de acht aan verzoeker verzonden uitkeringsberichten staat vermeld dat de gedeclareerde tandheelkundige verrichting niet onder de voorwaarden van de '(tandarts)verzekering' valt. De nota's die hiervoor aan verzoeker zijn gestuurd, zijn alle door hem voldaan. Verzoeker wist derhalve dat geen vergoeding meer plaatsvond voor de orthodontische behandeling van verzekerde en dat de kosten hiervan door de ziektekostenverzekeraar werden voorgeschoten.

- 5.2. Door een fout in het administratiesysteem van de ziektekostenverzekeraar zijn de nota's voor orthodontische zorg ten behoeve van verzekerde met ingang van 2015 weer vergoed. Verzoeker had, gegeven de maximale dekking van € 500,- en de in 2014 aan hem gezonden nota's, kunnen weten dat dit ten onrechte gebeurde. Dat verzoeker in 2015 geen nota's meer ontving voor de kosten van orthodontie ten behoeve van verzekerde had hem op zijn minst vreemd moeten voorkomen, aangezien de orthodontische behandeling gewoon doorliep. Dit had voor verzoeker een signaal moeten zijn om bij de ziektekostenverzekeraar te informeren of een en ander wel klopte.
- 5.3. Verzoeker heeft opgemerkt dat hij de onderhavige behandeling zou hebben stopgezet als hij eerder op de hoogte was geweest van het bereiken van de maximale vergoeding, omdat het op dat moment uitsluitend nog de verdere afwerking van het gebit van verzekerde betrof. Deze opmerking verbaast de ziektekostenverzekeraar. Uit zijn administratie blijkt dat de beugel van verzekerde pas op 18 augustus 2015 is verwijderd. De kosten hiervan bedragen € 173,30. Vóór en na deze datum hebben diverse controles plaatsgevonden en er zijn foto's gemaakt. Het lijkt de ziektekostenverzekeraar dat dit alles wel moet plaatsvinden om een behandeling goed af te sluiten. De beugel moet immers worden verwijderd door de behandelaar.
- 5.4. De ziektekostenverzekeraar heeft in eerste instantie een bedrag van € 387,80 teruggevorderd van verzoeker ter zake van de teveel toegekende vergoeding voor de orthodontische behandeling van verzekerde. Op 16 december 2015 heeft wederom een orthodontische behandeling plaatsgevonden. De kosten hiervan bedragen € 37,62 en zijn door de ziektekostenverzekeraar aan de zorgaanbieder vergoed. Vervolgens zijn deze kosten bij verzoeker in rekening gebracht. De totale vordering bedraagt derhalve € 425,42.
- 5.5. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat de maximale vergoeding was bereikt op 2 april 2014. Dit had verzoeker kunnen zien in de 'Mijn PNO'-omgeving en op de uitkeringsberichten. De behandelend orthodontist is de nota's daarna blijven indienen bij de ziektekostenverzekeraar. Laatstgenoemde heeft de kosten vergoed aan de zorgaanbieder en heeft deze aan verzoeker doorberekend. Verzoeker heeft de in 2014 aan hem gestuurde nota's ter zake steeds betaald. In 2015 zijn wederom de kosten aan de orthodontist vergoed, maar door een systeemfout zijn deze kosten vervolgens niet bij verzoeker in rekening gebracht. De ziektekostenverzekeraar merkt op dat het raar is dat de nota's van de orthodontist eerst worden vergoed, dan een tijdje niet meer, en vervolgens weer wel worden vergoed. Dit had verzoeker moeten opvallen. Daarnaast was hem bekend wat een consult kost, dus had hij ook kunnen bedenken op welk moment de maximumvergoeding ongeveer zou zijn bereikt.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 15 van de algemene voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering 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 de teveel uitgekeerde vergoedingen ter zake van de orthodontische behandeling van verzekerde mag vorderen van verzoeker.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

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

8.2. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt voor personen jonger dan 18 jaar aanspraak op een vergoeding van maximaal € 500,- voor de kosten van orthodontie voor de duur van de verzekering.

8.3. Artikel 6:203 BW regelt het recht op terugvordering van een onverschuldigde betaling, en luidt:

*"1 Degene die een ander zonder rechtsgrond een goed heeft gegeven, is gerechtigd dit van de ontvanger als onverschuldigd betaald terug te vorderen.
2 Betreft de onverschuldigde betaling een geldsom, dan strekt de vordering tot teruggave van een gelijk bedrag.
3 Degene die zonder rechtsgrond een prestatie van andere aard heeft verricht, heeft eveneens jegens de ontvanger recht op ongedaanmaking daarvan."*

8.4. Artikel 3:309 BW regelt de termijn waarbinnen een onverschuldigde betaling kan worden teruggevorderd. Deze bepaling luidt:

"Een rechtsvordering uit onverschuldigde betaling verjaart door verloop van vijf jaren na de aanvang van de dag, volgende op die waarop de schuldeiser zowel met het bestaan van zijn vordering als met de persoon van de ontvanger is bekend geworden en in ieder geval twintig jaren nadat de vordering is ontstaan."

9. Beoordeling van het geschil

9.1. Tussen partijen is niet in geschil dat verzekerde op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van orthodontie tot maximaal € 500,- voor de gehele duur van de verzekering. Verzoeker heeft niet bestreden dat deze maximale vergoeding is verleend, zodat de commissie dit als vaststaand aanneemt. Hetgeen partijen verdeeld houdt is of de ziektekostenverzekeraar het door hem aan de zorgaanbieder betaalde bedrag van € 425,42 van verzoeker mag vorderen. Verzoeker beroept zich er in dit kader op dat hij niet wist dat het maximum van € 500,- al was bereikt, dat de vordering te laat is ingesteld, en dat hij - bij kennis van de ware stand der zake - de behandeling eerder zou hebben afgebroken.

9.2. Uit de stukken blijkt dat de maximale vergoeding reeds in april 2014 was uitgekeerd. Hierna is, in 2014, achtmaal een bedrag ter zake van orthodontische zorg ten behoeve van verzekerde door de ziektekostenverzekeraar betaald aan de zorgaanbieder en zijn de betreffende bedragen bij verzoeker in rekening gebracht. Verzoeker heeft deze bedragen ook voldaan aan de ziektekostenverzekeraar. Op de uitkeringsberichten staat hierbij vermeld dat de gedeclareerde tandheelkundige verrichting niet onder de voorwaarden van de '(tandarts)verzekering' valt. Verzoeker had hieruit kunnen afleiden dat de maximale vergoeding voor orthodontische zorg ten behoeve van verzekerde reeds in 2014 was bereikt. Derhalve wist hij of kon hij weten dat de vergoedingen met ingang van 2015 ten onrechte werden verleend. Hieraan kan nog worden toegevoegd dat door verzoeker ter zitting is verklaard dat de vergoeding van € 500,- voor hem juist de aanleiding was om over te stappen naar de ziektekostenverzekeraar. Verder kende hij de kosten per consult en kon hij, in ieder geval bij benadering, weten hoe vaak verzekerde de orthodontist vóór

2 april 2014 al had bezocht. Er bestond geen aanleiding te veronderstellen dat in 2015 opnieuw recht op vergoeding was ontstaan. Hetgeen verzoeker hiertegen heeft aangevoerd, treft geen doel.

- 9.3. De ziektekostenverzekeraar heeft zowel in 2014 als in 2015 ten behoeve van verzekerde betalingen gedaan aan de zorgaanbieder ter zake van zorg waarop op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering geen aanspraak op vergoeding (meer) bestond. In 2015 zijn de kosten van de orthodontische behandelingen van verzekerde niet direct bij verzoeker in rekening gebracht, maar pas bij brief van 16 februari 2016. Verzoeker stelt dat deze vordering onrechtmatig is, en dat hij deze kosten niet hoeft te voldoen. De commissie overweegt dat de door de ziektekostenverzekeraar uitgekeerde bedragen zijn aan te merken als onverschuldigde betalingen, aangezien verzekerde op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering geen aanspraak (meer) had op vergoeding. Op grond van artikel 6:203 BW mag degene die een ander zonder rechtsgrond een geldsom heeft gegeven dit bedrag van de ontvanger terugvorderen. In dit geval hebben de betalingen niet aan verzoeker als rechthebbende op grond van de verzekeringsvoorwaarden plaatsgevonden, maar - feitelijk namens hem rechtstreeks aan de zorgaanbieder. De verplichting tot terugbetaling ligt daarom bij verzoeker.
- 9.4. Voor zover verzoeker heeft beoogd te stellen dat de ziektekostenverzekeraar de vordering te laat heeft ingesteld, merkt de commissie op dat in artikel 3:309 BW is bepaald dat een onverschuldigde betaling kan worden teruggevorderd binnen vijf jaar na aanvang van de dag, volgend op die waarop de schuldeiser (i.c. de ziektekostenverzekeraar) met het bestaan van zijn vordering bekend is geworden. In de onderhavige situatie is voornoemde termijn van vijf jaar nog niet verstreken. De ziektekostenverzekeraar heeft de vordering dus tijdig ingesteld. Hetgeen overigens door verzoeker is aangevoerd, met name zijn stelling dat hij de behandeling wellicht eerder zou hebben afgebroken als hij tijdig ermee bekend was geweest dat verdere kosten niet zouden worden vergoed, kan niet leiden tot een andere uitkomst.
- 9.5. Alles overwegende concludeert de commissie dat de ziektekostenverzekeraar de teveel uitgekeerde vergoedingen ter zake van de orthodontische behandeling van verzekerde ten bedrage van totaal € 452,42 van verzoeker mocht vorderen.

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, 14 december 2016,

H.A.J. Kroon