

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen C te D, vertegenwoordigd door E te F
Zaak : Eigen risico
Zaaknummer : 2013.00307
Zittingsdatum : 17 juli 2013

1. Partijen

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

tegen

C te D, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar, vertegenwoordigd door E te F

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] Zorgverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Deze verzekering is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 juncto artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

Verder waren ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Prima Polis en een verzekering voor tandheelkundige zorg afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Bij brief van 31 maart 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar bij verzoeker, als verzekeringnemer, een bedrag van € 871,04 gevorderd met betrekking tot het verplicht eigen risico voor 2008 en 2009 van hem en zijn twee zonen.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij e-mailbericht van 29 augustus 2012 en brief van 24 januari 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld de vordering te verlagen tot € 421,04.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.4. Bij brief van 21 maart 2013 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar het bedrag van € 421,04 niet bij hem mag vorderen (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 brieven van 13 en 16 mei 2013 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Afschriften hiervan zijn op 24 mei 2013 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft de commissie bij e-mailbericht van 25 mei 2013 verzocht om advies over de wenselijkheid dan wel noodzaak een en ander toe te lichten tijdens een hoorzitting. Daarnaast heeft hij inhoudelijk gereageerd op het standpunt van de ziektekostenverzekeraar. De commissie heeft verzoeker op 28 mei 2013 medegedeeld dat het aan hem is om de afweging te maken of het geven van een mondelinge toelichting in de onderhavige kwestie wenselijk of noodzakelijk is. Verzoeker heeft op 15 juni 2013 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 25 juni 2013 schriftelijk medegedeeld evenmin te willen worden gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker is het niet eens met de vordering van de ziektekostenverzekeraar van € 421,04. In beginsel heeft hij namelijk een bevestiging gekregen, dat geen eigen risico is verschuldigd over de jaren 2008 en 2009. Pas in 2011 is de ziektekostenverzekeraar hier op teruggekomen. Daaruit mag niet de conclusie worden getrokken, dat de vordering achteraf rechtmatig is.
- 4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op geen enkel e-mailbericht, brief of telefoongesprek adequaat gereageerd. Na ruim een jaar kwam een reactie op het eerste telefoongesprek. Bij volgende contactmomenten is steeds pas na vier maanden gereageerd. De vordering is tweemaal gecorrigeerd. Verzoeker is van mening dat de juistheid van de vordering niet aannemelijk is gemaakt.
- 4.3. Verzoeker heeft van de ziektekostenverzekeraar nooit excuses gehad voor de slordige administratieve procedure en de klantenvriendelijke behandeling. Pas bij het allerlaatste contact ontving verzoeker een bloemenbon. Hiermee heeft hij geen genoegen genomen, omdat het gebaar beslist geen recht doet aan de tijd en kosten die hij geheel ongevraagd heeft moeten maken om te achterhalen waarom hem ineens een vordering werd opgelegd. Deze vordering is in alle jaren nooit door de ziektekostenverzekeraar verduidelijkt aan de hand van afschriften van de administratieve vastlegging.
- 4.4. In zijn e-mailbericht van 25 mei 2013 benadrukt verzoeker dat hij de vordering ter discussie stelt en niet de termijn waarbinnen deze is ingesteld. De ziektekostenverzekeraar heeft nooit aangetoond dat de vordering terecht is opgelegd.
- 4.5. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. Bij brief van 31 maart 2011 is bij verzoeker een bedrag van € 871,04 in rekening gebracht. Hiervan had € 421,04 betrekking op het verplicht eigen risico en € 450,-- op de terugvordering van de vergoeding voor contactlenzen.
- 5.2. Verzoeker heeft op 4 april 2011 telefonisch contact opgenomen. Naar aanleiding van de opmerkingen van verzoeker is de vordering toen verlaagd naar € 646,04. Het be-

drag met betrekking tot de contactlenzen is daarbij aangepast naar € 225,--. Verzoeker is hierover bij brief van 16 april 2012 geïnformeerd, dus ruim één jaar later.

5.3. Verzoeker heeft in april 2012 per e-mail gereageerd op de vordering van de ziektekostenverzekeraar. Hierop is bij e-mailbericht van 29 augustus 2012 gereageerd, dus vier maanden later. De vordering met betrekking tot de kosten van de contactlenzen is toen geheel komen te vervallen, zodat thans alleen een bedrag van € 421,04 aan verplicht eigen risico resteert. Dit bedrag is binnen de wettelijke verjaringstermijn bij verzoeker gevorderd, en tevens binnen de termijn van drie jaar die in de voorwaarden van de zorgverzekering is opgenomen.

5.4. 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 11 (2008) en 10 (2009) 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 een bedrag van € 421,04 ter zake van het verplicht eigen risico voor 2008 en 2009 bij verzoeker mag vorderen.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

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

8.2. Artikel 7 (2008) van de zorgverzekering regelt het verplicht eigen risico en luidt, voor zover hier van belang:

“7.1. Iedere verzekerde van achttien jaar en ouder heeft een verplicht eigen risico van € 150,- per kalenderjaar. Voor een verzekerde die in de loop van een kalenderjaar 18 jaar wordt, geldt het verplichte eigen risico vanaf de eerste dag van de maand volgend op de maand waarin de verzekerde 18 jaar wordt. De hoogte van het verplicht eigen risicobedrag wordt in dat geval berekend volgens de berekeningswijze als vermeld in artikel 7.4.

7.2. De kosten van huisartsenzorg, zorg in verband met zwangerschap, bevalling en kraambed, hulpmiddelen in bruikleen, eigen bijdragen of eigen betalingen op grond van de zorgverzekering vallen niet onder het verplicht eigen risico. Ook de tandheelkundige zorg voor verzekerden tot 22 jaar zoals beschreven in artikel 29.1 met uitzondering van de chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek en de uitneembare volledige prothetische voorzieningen, valt buiten het verplicht eigen risico. De vrijstelling van huisartsenzorg en verloskundige zorg geldt alleen voor de behandelingen door de huisarts, verloskundige of medisch specialist. Deze vrijstelling geldt niet voor de zorg die wordt voorgeschreven, zoals geneesmiddelen en laboratoriumonderzoek. (...)”

8.3. Artikel 7 (2009) van de zorgverzekering kent een gelijke strekking als artikel 7 (2008), met dien verstande dat het verplicht eigen risico in dat jaar € 155,-- bedraagt.

8.4. Artikel 7 (2008 en 2009) van de zorgverzekering is volgens de artikelen 2.12 (2008) en 2.13 (2009) van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw),

het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.5. Het verplicht eigen risico was ten tijde van het ontstaan van het onderhavige geschil naar aard en omvang geregeld in artikel 18a (oud) Zvw en verder uitgewerkt in artikel 2.17 (oud) Bzv.
- 8.6. 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.

9. Beoordeling van het geschil

- 9.1. Tussen partijen is niet in geschil dat in het jaar 2008 een verplicht eigen risico van toepassing was ter hoogte van € 150,--, en in 2009 ter hoogte van € 155,--. De ziektekostenverzekeraar heeft bij verzoeker een bedrag ter zake van het verplicht eigen risico in rekening gebracht van € 421,04. Dit totaalbedrag is opgebouwd uit vier bedragen, namelijk € 67,39, € 102,43, € 101,22 en € 150,--, die betrekking hebben op drie verzekerden, waarvoor verzoeker op dat moment als verzekeringnemer optrad.
- 9.2. Gelet op de door de ziektekostenverzekeraar overgelegde overzichten hebben de bedragen betrekking op geneesmiddelen, laboratoriumonderzoek en (poli)klinisch onderzoek. Deze kosten zijn niet uitgezonderd van het verplichte eigen risico. Verzoeker heeft gesteld noch aannemelijk gemaakt dat de door de ziektekostenverzekeraar genoemde kosten niet zijn gemaakt. Hij heeft weliswaar opgemerkt dat de administratie van de ziektekostenverzekeraar zodanig slecht is, dat het gevorderde bedrag niet juist kan zijn, maar deze stelling heeft hij op geen enkele wijze onderbouwd.
- 9.3. Uit het dossier blijkt verder dat het eerder gevorderde bedrag van € 871,04 tweemaal is verlaagd. Beide keren had de verlaging echter betrekking op de kosten van contactlenzen. De ziektekostenverzekeraar heeft vanaf de eerste brief een bedrag van € 421,04 aan verplicht eigen risico gevorderd. Aangezien dit bedrag steeds gelijk is gebleven, en verzoeker niet aannemelijk heeft gemaakt dat het onjuist is, is hij gehouden genoemd bedrag aan de ziektekostenverzekeraar te voldoen.
- 9.4. Verzoeker stelt dat de vordering van de ziektekostenverzekeraar intussen is verjaard. Artikel 18a (oud) Zvw bepaalt dat een rekening die na 31 december van een kalenderjaar bij een verzekeraar wordt gedeclareerd en die betrekking heeft op het daaraan voorafgaande kalenderjaar, nog tot 31 december van het volgende kalenderjaar ten laste van het eigen risico van het daaraan voorafgaande kalenderjaar mag worden gebracht. Dit artikel geeft geen specifieke regeling met betrekking tot de vraag tot op welk moment het eigen risico aan de verzekeringnemer in rekening mag worden gebracht. Daarop is de algemene verjaringstermijn zoals opgenomen in het Burgerlijk Wetboek van toepassing. Ingevolge artikel 3:307 BW verjaart een vordering vijf jaar na het opeisbaar worden. De ziektekostenverzekeraar heeft derhalve vijf jaar de tijd om het bedrag van het eigen risico van een verzekerde te vorderen. De wettelijke ver-

jaringstermijn voor de vordering van de ziektekostenverzekeraar is derhalve nog niet verstreken.

- 9.5. Ook de door de ziektekostenverzekeraar gehanteerde verjaringstermijn van drie jaar is nog niet verstreken. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker bij brief van 31 maart 2011 bericht over de vordering, waardoor de verjaring is gestuit. De eerste kosten op het overzicht dateren van 27 mei 2008, zodat de vordering tijdig is ingesteld.
- 9.6. Verzoeker heeft verder aangevoerd dat hij door de ziektekostenverzekeraar niet correct is bejegend, met name omdat diverse keren zeer laat op zijn brieven en e-mails is gereageerd, en pas na een jaar is gehandeld naar aanleiding van een telefoongesprek. De commissie is van oordeel dat de gang van zaken geen schoonheidsprijs verdient, maar deze feiten maken de uitkomst niet anders.

Conclusie

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

Zeist, 17 juli 2013,

Voorzitter