

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, tegen C te D, vertegenwoordigd door E te F
Zaak : Eigen risico, verjaring
Zaaknummer : 2012.02659
Zittingsdatum : 17 april 2013

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2009, artt. 18a (oud) en 23 Zvw, 2.17 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2009)

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster,

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 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).

Verder waren ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Extra en Basis Tand afgesloten (hierna gezamenlijk: 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. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 31 mei 2012 van verzoekster een bedrag aan verplicht eigen risico ter hoogte van € 433,02 gevorderd.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 4 oktober 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster 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 brief van 19 december 2012 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar het bedrag van € 433,02 niet bij haar mag vorderen (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 brieven van 25 januari respectievelijk 18 februari 2013 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Afschriften hiervan zijn op 1 respectievelijk 18 februari 2013 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 11 maart 2013 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 10 april 2013 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 17 april 2013 telefonisch gehoord.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
- 4.1. De factuur met nummer 29016519 van 19 oktober 2009 ter hoogte van € 964,50, die verzoekster rechtstreeks aan de zorgverlener heeft betaald, heeft zij op 21 oktober 2009 bij de ziektekostenverzekeraar ingediend. Hiervan heeft zij een bedrag van € 826,42 vergoed gekregen. Het restant van € 138,08 is ingehouden op het wettelijk verplichte eigen risico. Volgens een afschrift van 11 augustus 2009 was al een bedrag van € 16,92 op het eigen risico ingehouden. In totaal is over 2009 door verzoekster derhalve € 155,-- aan eigen risico betaald.
- 4.2. Kennelijk heeft het ziekenhuis op 5 oktober 2010 nog twee nota's ingediend, ten bedrage van € 65,50 en € 72,58. Deze kunnen echter niet worden verrekend met het eigen risico, omdat dit reeds volledig door verzoekster was voldaan.
- 4.3. Indien de ziektekostenverzekeraar van mening is dat verzoekster ter zake een eigen bijdrage is verschuldigd, geldt dat de verrekening hiervan in 2012 niet meer kan plaatsvinden. Deze vordering is namelijk verjaard.
- 4.4. Verzoekster merkt verder op dat haar (nog steeds) niet duidelijk is geworden waaruit de vordering van de ziektekostenverzekeraar van € 433,02 is opgebouwd.
- 4.5. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. Voor mondzorg zijn in 2009 vier nota's gedeclareerd. Van het bedrag van de eerste nota, te weten € 53,30, is € 2,86 als eigen bijdrage voor rekening van verzoekster gebleven. Het restant van € 50,44 is ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering gekomen.
- 5.2. Van het bedrag van de tweede nota, ter hoogte van € 964,50, is in eerste instantie € 826,42 ten laste van de zorgverzekering vergoed, en een bedrag van € 138,08 ten laste van het eigen risico gebracht. Deze nota is daarna ten dele ten laste van de zorgverzekering en ten dele ten laste van de aanvullende verzekering gekomen. Onder de zorgverzekering werd een bedrag van € 72,58 met het eigen risico verrekend. Aangezien al een bedrag van € 50,44 met de aanvullende ziektekostenverzekering was verrekend, resteert € 299,56. De totale vergoeding wordt dan € 350,--. Tegenover deze uitkering staat een vordering van € 521,92. Deze vordering is als volgt samengesteld: (€ 239,-- + € 355,50 =) € 594,50 - € 72,58 verplicht eigen risico is

€ 521,92. De derde nota, van € 96,40, betreft een orthopantogram en röntgenschedelprofielonderzoek, consult en röntgengebitsonderzoek. De vierde nota van € 231,-- betreft consulten. Het eigen risico op deze nota bedraagt € 72,58.

- 5.3. Na vergoeding van € 299,56 op het notadeel van € 594,50 blijft een eigen bijdrage over van € 294,94. Dit bedrag is vanwege de verrekening van mondzorg (onverschuldigde betaling) en inhouding verplicht eigen risico terecht. De gevorderde som van € 138,08 op declaratie 8725345 wordt herzien. Hiervan wordt coulanchehalve een bedrag van € 72,58 afgeboekt, omdat het bedrag laat met het eigen risico is verrekend. Het in totaal te vorderen bedrag komt daarmee op € 360,44 (€ 294,94 + € 65,50).

- 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 10 van de zorgverzekering en 7 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.

7. Het geschil

- 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gerechtigd is het na correctie openstaande bedrag ter zake van het eigen risico van € 360,44 bij verzoekster te 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 van de zorgverzekering (tekst 2009) regelt het verplichte eigen risico en luidt, voor zover hier van belang:

“Iedere verzekerde van achttien jaar en ouder heeft een verplicht eigen risico van € 155,- 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. (...)”

- 8.3. Artikel 7 van de zorgverzekering is volgens artikel 2.13 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.4. Het verplicht eigen risico is naar aard en omvang geregeld in artikel 18a (oud) Zvw en verder uitgewerkt in artikel 2.17 Bzv.

- 8.5. Artikel 1 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op tandheelkundige zorg en luidt, voor zover hier van belang:

*“Omschrijving:
zorg zoals tandartsen die plegen te bieden.*

*Door:
tandarts. De mondhygiënist en de tandprotheticus mogen deze zorg verlenen als die behoort tot hun deskundigheidsgebied.*

Vergoeding:

- 1. 100% van de kosten van tandheelkunde beginnend met de UPT-codes: A, C, H, M en V;*
- 2. 80% van de kosten van tandheelkunde beginnend met UPT-codes: B, X, E, G en T, inclusief techniekkosten;*
- 3. 80% van de kosten van prothetische zorg (gedeeltelijke prothesen en frameprothesen) en restauratieve zorg (o.a. kroon- en brugwerk): UPT-codes beginnend met P en R, inclusief techniekkosten;*
- 4. 80% van de eigen bijdrage voor de uitneembare volledige prothetische voorziening voor de boven- of onderkaak en de uitneembare volledige prothetische voorziening op implantaten voor de tandeloze boven- of onderkaak zoals bij Regeling Zorgverzekering is vastgesteld.*

De zorg onder punt 1 tot en met 4 wordt vergoed tot ten hoogste € 350,00 per kalenderjaar.

Bijzonderheden:

- 1. de Regeling Zorgverzekering maakt onderdeel uit van deze verzekeringsvoorwaarden en is op aanvraag verkrijgbaar. Zie ook www.scvow.nl;*
- 2. niet vergoed worden de kosten van het uitwendig bleken van elementen (UPT-codes E97/E98) en niet nagekomen afspraken (C90). (...)”*

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Naar de commissie begrijpt, zijn met betrekking tot mondzorg bij de ziektekostenverzekeraar vier nota's gedeclareerd, ten bedrage van respectievelijk € 53,30, € 964,50, € 96,40 en € 231,--.
- 9.2. Alleen de derde en vierde nota komen voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking en kunnen om deze reden worden verrekend met het eigen risico. De overige zorgkosten hebben betrekking op de aanvullende ziektekostenverzekering. Verzoekster heeft niet aangevoerd dat de kosten uiteindelijk ten onrechte zijn geboekt op de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering, zodat de gecorrigeerde boekingen worden verondersteld juist te zijn.
- 9.3. Verzoekster heeft in 2009 een bedrag van € 138,08 niet vergoed gekregen op een nota die bij nader inzien onder de aanvullende ziektekostenverzekering moest worden gebracht. Verzoekster is van mening dat daarmee het eigen risico is voldaan. Dit is echter niet het geval, omdat met het anders boeken van de nota het bedrag van € 138,08 weer is vrij gevallen.

- 9.4. Met betrekking tot nota drie heeft de ziektekostenverzekeraar € 65,50 ten laste van het eigen risico gebracht. Met betrekking tot nota vier gaat het om € 72,58. Samen komt dit uit op € 138,08. De ziektekostenverzekeraar heeft echter het bedrag van € 72,58 coulancehalve kwijtgescholden, zodat van het eigen risico 2009 een te betalen bedrag van € 65,50 resteert.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.5. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt dekking voor de kosten van tandheelkundige zorg, tot een maximum van € 350,-- per kalenderjaar. Daarbij komen sommige kosten voor 100 percent, en andere kosten tot 80 percent voor vergoeding in aanmerking.
- 9.6. De eerste nota, van € 53,30, is opgebouwd uit drie bedragen, waarvan één bedrag onder de dekking van 80 percent, en twee bedragen onder de dekking van 100 percent vallen. Om die reden is € 2,86 als eigen bijdrage aangemerkt, en is € 50,44 ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering geboekt.
- 9.7. De tweede nota beloopt € 964,50. De maximale vergoeding vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering bedraagt nog € 299,56 (€ 350,-- - € 50,44), zodat een bedrag van € 664,94 voor rekening van verzoekster blijft.
- 9.8. De ziektekostenverzekeraar heeft een fout gemaakt bij het berekenen van het bedrag dat van de tweede nota voor rekening van verzoekster blijft. Het bedrag van € 964,50 is opgebouwd uit drie bedragen, te weten € 239,--, € 355,50 en € 370,--. De ziektekostenverzekeraar heeft nagelaten het bedrag van € 370,-- te betrekken in de berekening, en is uitgegaan van een bedrag van € 594,50 (€ 239,-- + € 355,50). Indien hierop de vergoeding van € 299,56 in mindering wordt gebracht, resteert een te betalen bedrag van € 294,94. De ziektekostenverzekeraar heeft echter medegedeeld het meerdere niet bij verzoekster te vorderen.

Verjaring

- 9.9. Met betrekking tot de stelling van verzoekster dat de ziektekostenverzekeraar in 2012 geen bedragen meer mag verrekenen met het eigen risico of een eigen bijdrage van 2009, overweegt de commissie het volgende.
- 9.10. 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 dat 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. Dat door de betrokken zorgaanbieders tijdig is gedeclareerd, vormt geen onderwerp van geschil. Genoemd 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. Daarom dient voor de invordering te worden uitgegaan van de algemene in het BW opgenomen verjaringstermijn. Deze termijn geldt eveneens voor eigen bijdragen.
- 9.11. Ingevolge artikel 3:307 BW verjaart een vordering tot nakoming van een verbintenis uit overeenkomst, gelijk hier de vordering tot betaling van het eigen risico onderscheidenlijk de eigen bijdragen, door verloop van vijf jaren na de aanvang van de

dag, volgende op die waarop de vordering opeisbaar is geworden. Uit de stukken blijkt dat verzoekster tijdig is ingelicht over het bestaan van de vordering en dat op het moment dat aanspraak op betaling van de vordering werd gemaakt voornoemde termijn van vijf jaar nog niet was verstreken.

- 9.12. De ziektekostenverzekeraar heeft toegelicht dat door hem – in afwijking hiervan – een verjaringstermijn van drie jaar wordt gehanteerd, kennelijk tegen de achtergrond dat in artikel 7:942 BW is opgenomen dat een rechtsvordering tegen de verzekeraar in beginsel na drie jaren verjaart. De commissie stelt vast dat ook deze kortere verjaringstermijn nog niet was verstreken toen de vordering tegen verzoekster werd ingesteld.

Conclusie

- 9.13. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen, met dien verstande dat verzoekster – na correctie – gehouden is aan de ziektekostenverzekeraar ter zake van het eigen risico en de eigen bijdragen een bedrag van € 360,44 (€ 65,50 + € 294,94) te betalen.
- 9.14. Aangezien de ziektekostenverzekeraar zijn vordering tijdens de procedure heeft verlaagd, acht de commissie termen aanwezig de ziektekostenverzekeraar te verplichten het entreegeld aan verzoekster te vergoeden.

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af, met dien verstande dat verzoekster gehouden is aan de ziektekostenverzekeraar een bedrag van € 360,44 te betalen.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden een bedrag van € 37,--.

Zeist, 1 mei 2013,

Voorzitter