

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen C en D, beide te E
Zaak : Eigen risico
Zaaknummer : 2012.00405
Zittingsdatum : 30 mei 2012

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

1) C, en

2) D, beide te E,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorg-op-Maatpolis (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 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

Verder waren ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Top en Tandarts 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. Verzoekster heeft op 19 januari 2010 bij vooruitbetaling een bedrag van € 165,- aan de ziektekostenverzekeraar voldaan in verband met het door haar verschuldigde verplicht eigen risico over het jaar 2010. Deze betaling is ook als zodanig gespecificeerd.

3.2. De ziektekostenverzekeraar heeft de kosten van zorg in januari 2010 die ten laste van het eigen risico komen, zowel voor verzoekster – een bedrag van € 101,82 – als voor haar echtgenoot – twee bedragen, van € 11,25 en € 64,26 – verrekend met voornoemde betaling. Vervolgens heeft de ziektekostenverzekeraar met twee verschillende beslissingen bedragen van € 55,15 en € 8,03 voor het verschuldigde eigen risico voor 2010 bij verzoekster in rekening gebracht. Verzoekster heeft de bedragen van € 55,15 en € 8,03 niet aan de ziektekostenverzekeraar voldaan.

3.3. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 25 mei 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.4. Nadat verzoekster de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (hierna: SKGZ) had benaderd, heeft de Ombudsman Zorgverzekeringen haar op 8 juni 2010 medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling. Verzoekster is daarbij gewezen op de mogelijkheid de kwestie voor bindend advies voor te leggen aan de Geschillen-

commissie Zorgverzekeringen. Verzoekster heeft gesteld dat zij deze brief niet heeft ontvangen.

- 3.5. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar meerdere keren laten weten dat zij haar eigen risico voor 2010 reeds volledig bij vooruitbetaling heeft voldaan. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster hierop een overzicht met de door haar en haar echtgenoot verschuldigde bedragen en de door hun verrichte betalingen gestuurd.
- 3.6. Bij brief van 3 februari 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar het nog openstaande bedrag van € 63,18 wederom bij verzoekster en haar echtgenoot in rekening gebracht. Verzoekster heeft hierop, in februari 2012, de SKGZ opnieuw benaderd met het onderhavige geschil. Naar aanleiding hiervan heeft de SKGZ de ziektekostenverzekeraar verzocht tot heroverweging over te gaan. De ziektekostenverzekeraar heeft op 23 februari 2012 nogmaals een overzicht gegeven van de berekening van het openstaande bedrag van € 63,18.
- 3.7. Bij mailbericht van 7 maart 2012 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar het bedrag van € 63,18 aan eigen risico over het jaar 2010 onterecht bij haar in rekening heeft gebracht (hierna: het verzoek)..
- 3.8. 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.
- 3.9. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 18 april 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 19 april 2012 aan verzoekster gezonden.
- 3.10. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 23 april 2012 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.11. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 30 mei 2012 in persoon gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Het verplichte eigen risico voor het jaar 2010 van € 165,- is door verzoekster reeds op 19 januari 2010 volledig voldaan, onder vermelding van haar naam. De ziektekostenverzekeraar heeft ten onrechte nota's van haar echtgenoot, die ten laste van zijn eigen risico komen, met deze betaling verrekend.
- 4.2. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat zij in 2010 telefonisch aan de ziektekostenverzekeraar heeft gevraagd of zij het eigen risico direct volledig kon voldoen, omdat zij dit bedrag reeds begin 2010 volledig zou volmaken. Haar werd medegedeeld dat dit geen probleem was, mits zij haar naam vermeldde en waarvoor het bedrag bedoeld was. Zij is hiertoe overgegaan, waarop de problemen begonnen.

Op de eerste van de maand wordt de premie van zowel verzoekster als haar echtgenoot voldaan, zodat er geen achterstand bestaat. De betalingen verlopen via de bank;

er is geen machtiging voor automatische incasso. Bij de betaling wordt steeds het kenmerk vermeld.

4.3. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. De echtgenoot van verzoekster is verzekeringsnemer voor verzoekster. De verzekeringsnemer is verantwoordelijk voor de betaling van de premie. Uit de administratie blijkt dat de premies voor verzoekster en haar echtgenoot altijd gezamenlijk van één rekeningnummer zijn betaald. Ook het verschuldigde eigen risico en de eigen bijdragen zijn van hetzelfde rekeningnummer betaald.

5.2. Verzoekster heeft op 19 januari 2010 een bedrag van € 165,- overgemaakt aan de ziektekostenverzekeraar. Op dat moment stond nog geen bedrag van € 165,- open aan eigen risico. Het principe van het eigen risico is dat maximaal een bedrag van € 165,- door de verzekerde eerst zelf moet worden betaald bij gemaakte zorgkosten. Dus pas als er zorgkosten zijn gemaakt wordt een bedrag van maximaal € 165,- geheel of gedeeltelijk bij de verzekerde in rekening gebracht. Het is daarom niet mogelijk dit bedrag vooruit te betalen.

5.3. Nu er op 19 januari 2010 nog geen zorgkosten over het jaar 2010 waren vergoed die ten laste van het eigen risico 2010 zijn vergoed, is de onderhavige betaling verrekend met de maandpremie van februari 2010.

5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat de premie steeds wordt overgemaakt onder vermelding van hetzelfde (oude) kenmerk. De toegestuurde acceptgiro's voor de verschuldigde maandpremies hebben echter steeds een ander kenmerk. Op het moment dat verzoekster het bedrag van € 165,- overmaakte voor haar eigen risico over het jaar 2010 stond echter voor haar een lager bedrag aan eigen risico open, waardoor het bedrag mede is geboekt op andere bedragen die op dat moment nog openstonden. Als niet het juiste kenmerk wordt gebruikt, wordt geboekt op de oudste vordering. Het is niet gebruikelijk het eigen risico vooraf te betalen.

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 artikel 14 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 vordering van de ziektekostenverzekeraar met betrekking tot het verplicht eigen risico van verzoekster over het jaar 2010 terecht is.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

- 8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.
- 8.2. Artikel 9 van de zorgverzekering regelt het verplicht eigen risico en luidt, voor zover hier van belang:

*“Als u 18 jaar of ouder bent, hebt u voor de zorgverzekering een verplicht eigen risico van € 165,- per jaar. Dit betekent dat u de eerste € 165,- aan kosten die u als vergoeding van uw zorgverzekering zou hebben ontvangen, zelf moet betalen. Pas als u dit hebt gedaan, krijgt u de overige kosten die onder de dekking van uw zorgverzekering vallen van ons vergoed. Het verplicht eigen risico staat op de polis.
(...)”*

- 8.3. Artikel 9 van de zorgverzekering is volgens artikel 2.1 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 de artikelen 19, 21 en 23 Zvw en verder uitgewerkt in de artikelen 2.17 en 2.18 Rzv. Artikel 23 Zvw luidt, voor zover hier van belang:
- 8.5. *“Kosten van zorg of een andere dienst worden toegerekend aan het kalenderjaar waarin de zorg of dienst is genoten, met dien verstande dat de kosten van zorg of een andere dienst die in twee achtereenvolgende kalenderjaren is genoten en door de zorgaanbieder of andere dienstverlener in één bedrag in rekening zijn gebracht, worden toegerekend aan het kalenderjaar waarin de zorg of dienst is genoten. (...)”*
- 8.6. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 8.7. Artikel 6:43, lid 1 van het Burgerlijk Wetboek bepaalt:

“Verricht de schuldenaar een betaling die zou kunnen worden toegerekend op twee of meer verbintenissen jegens een zelfde schuldeiser, dan geschiedt de toerekening op de verbintenis welke de schuldenaar bij de betaling aanwijst.”

9. Beoordeling van het geschil

- 9.1. Vaststaat dat voor 2010 de hoogte van het verplicht eigen risico voor verzoekster € 165,-- bedraagt en dat verzoekster dit bedrag in 2010 heeft volgemaakt met kosten van zorg waarop de eigen risicoregeling van toepassing is. In geschil is of het bij verzoekster in rekening gebrachte bedrag van € 63,18 ter zake van het eigen risico reeds door haar is voldaan.
- 9.2. Verzoekster heeft op 19 januari 2010 een bedrag van € 165,-- betaald aan de ziektekostenverzekeraar. Verzoekster heeft aangevoerd dat zij hierover een afspraak met de ziektekostenverzekeraar had gemaakt. De commissie acht deze afspraak aanneemelijk nu de ziektekostenverzekeraar het bedrag niet heeft teruggestort aan verzoekster, maar dit ook daadwerkelijk heeft verrekend met kosten die ten laste komen van het eigen risico.

- 9.3. Bij de betaling van € 165,- heeft verzoekster als omschrijving vermeld: “*eigen risico van [naam verzoekster] 23-04-1947*”. Aldus heeft verzoekster de betaling aldus voldoende gespecificeerd. De ziektekostenverzekeraar had dit bedrag daarom conform artikel 6:43, lid 1 BW moeten aanwenden voor het verplichte eigen risico van verzoekster. De ziektekostenverzekeraar heeft dan ook ten onrechte een deel van deze betaling gebruikt voor het door de echtgenoot van verzoekster verschuldigde eigen risico. Het betreft hierbij de bedragen van € 11,25 en € 64,26.
- 9.4. Gezien het bovenstaande heeft verzoekster het eigen risico voor 2010 voldaan en dient het verzoek te worden toegewezen.
- 9.5. Ten overvloede overweegt de commissie dat eerder genoemde bedragen van € 11,25 en € 64,26 die ten onrechte tot een bedrag van € 63,18 zijn verrekend met de betaling van € 165,-, nog wel bij de echtgenoot van verzoekster in rekening zullen worden gebracht.

Conclusie

- 9.6. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen.
- 9.7. Aangezien het verzoek deels wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld aan verzoekster te vergoeden.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek toe.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden een bedrag van € 37,-.

Zeist, 13 juni 2012,

Voorzitter