

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen C te D, vertegenwoordigd E te F
Zaak : Eigen risico, verjaring
Zaaknummer : 2011.01599
Zittingsdatum : 8 februari 2012

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2009, artt. 10, 11, 18a (oud), 19, 20 en 23 Zvw, 2.17 en 2.18 Bzv, 3:307 BW)

1. Partijen

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, tezamen met zijn echtgenote en zijn twee minderjarige kinderen, 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). Deze verzekering is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). Verder had verzoeker ten behoeve van hemzelf en zijn gezinsleden bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Prima polis 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 24 januari 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat hij als verzekeringnemer een bedrag van in totaal € 113,59 is verschuldigd ter zake van het verplichte eigen risico 2009 voor zijn echtgenote.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 21 juni 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. Nadat verzoeker de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen had benaderd, heeft de Ombudsman Zorgverzekeringen hem op 25 juli 2011 medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling. Verzoeker is daarbij gewezen op de mogelijkheid de kwestie voor bindend advies voor te leggen aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen.
- 3.4. Bij brief van 9 oktober 2011 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar niet gerechtigd is voormeld bedrag van € 113,59, eerst in januari 2011 van hem te 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 brief van 14 december 2011 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 16 december 2011 aan verzoeker gezonden.

- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 24 januari 2012 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 24 januari 2012 telefonisch medegedeeld eveneens niet te willen worden gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker heeft in een artikel van de Geldgids van april/mei 2011 op pagina 31 de volgende tekst gelezen:

“In de Zorgverzekeringswet is immers geregeld dat een bedrag nog in het volgende kalenderjaar verrekend mag worden met het eigen risico van het voorafgaande jaar. Voorbeeld: als een zorgverzekeraar een rekening voor zorg die is verleend in 2009 op 31 december 2010 aan de verzekerde verstuurt, mag het bedrag in mindering worden gebracht op het eigen risico van 2009. Wordt de nota pas in 2011 of later verzonden en is dat niet te wijten aan de verzekerde, dan mogen de kosten niet afgetrokken worden van het eigen risico van 2009, of welk jaar dan ook.”

- 4.2. Gelet op dit artikel is verzoeker van mening dat de ziektekostenverzekeraar het verplichte eigen risico 2009 te laat bij hem in rekening heeft gebracht. Dat de ziektekostenverzekeraar zijn administratie niet op orde heeft, mag niet op verzoeker worden afgewenteld.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. Volgens de ziektekostenverzekeraar is voor zorgverzekerden vanaf 18 jaar een wettelijk verplicht eigen risico van toepassing. Dit betekent dat van alle declaraties die in 2009 ten laste van de zorgverzekering zijn vergoed de eerste € 155,-- in rekening wordt gebracht bij de verzekerde. Door een vertraging heeft de verrekening van het nog openstaande verplichte eigen risico 2009 pas eind 2010 plaatsgevonden.

- 5.2. In artikel 19 Zvw is de verrekening van het verplichte eigen risico geregeld. Nota's van zorg in 2009 die vóór 31 december 2010 door de ziektekostenverzekeraar zijn ontvangen, mogen nog ten laste van het eigen risico 2009 worden gebracht. Het is echter aan de ziektekostenverzekeraar overgelaten hoe, en in beperkte mate ook tot wanneer, hij het eigen risico vordert van zijn verzekerden. De algemene verjaringstermijn op grond van het BW is vijf jaar. De ziektekostenverzekeraar heeft daarentegen besloten deze termijn te beperken tot drie jaar aangezien verzekerden maximaal drie jaar de tijd hebben om een declaratie in te dienen. In het onderhavige geval is de vordering binnen de termijn van drie jaar, en derhalve tijdig, ingesteld.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. De commissie is 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 gerechtigd is voormeld bedrag van € 113,59 ter zake van het verplichte eigen risico 2009 eerst op 24 januari 2011 van verzoeker 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 2009 regelt het wettelijk verplichte eigen risico en luidt, voor zover hier van belang:

“7.1.

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

8.3. Artikel 7 van de zorgverzekering is volgens de artikelen 2.1 en 2.5 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.4. De verschuldigdheid van het wettelijk verplichte eigen risico en de mogelijkheid tot het afsluiten van een vrijwillig eigen risico zijn geregeld in de artikelen 18a (oud), 19, 20 en 21 (oud) Zvw en verder uitgewerkt in de artikelen 2.17 en 2.18 (oud) Bzv. Artikel 18a (oud) Zvw luidt, voor zover hier van belang:

“lid 5

Rekeningen voor kosten van zorg of overige diensten worden slechts op het verplicht eigen risico in mindering gebracht, indien deze door de zorgverzekeraar zijn ontvangen voor een bij algemene maatregel van bestuur te bepalen dag van het kalenderjaar volgend op het kalenderjaar waarop het verplicht eigen risico betrekking heeft (...).”

Artikel 2.17 (oud) Bzv bepaalt, voor zover hier van belang, het volgende:

“lid 2

De dag, bedoeld in artikel 18a, vijfde lid, van de wet, is 31 december.(...)”

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Tussen partijen is niet in geschil dat verzoeker in 2009 verzekeringnemer was voor zijn echtgenote, dat de echtgenote voor 2009 een wettelijk verplicht eigen risico van € 155,-- had, en dat in dat jaar kosten door de ziektekostenverzekeraar kosten zijn vergoed op grond van de zorgverzekering, welke kosten ten laste van voornoemd eigen risico komen.
- 9.2. 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. 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. Daarom dient voor de invordering te worden uitgegaan van de algemene verjaringstermijn zoals opgenomen in het Burgerlijk Wetboek. Ingevolge artikel 3:307 BW verjaart een vordering vijf jaar na het opeisbaar worden. De ziektekostenverzekeraar heeft in afwijking van het bepaalde in artikel 3:307 BW besloten een termijn van drie jaar te hanteren. Aangezien deze afwijking feitelijk ten voordele van verzoeker strekt gaat de commissie eveneens uit van deze termijn zodat de ziektekostenverzekeraar drie jaar de tijd heeft het bedrag bij een verzekerde in te vorderen. Nu de vordering op verzoeker opeisbaar is geworden in 2009 is de commissie van oordeel dat de vordering van januari 2011 tijdig is ingesteld. Dat verzoeker in een artikel in de Geldgids van april/mei 2011 iets anders heeft gelezen, kan de ziektekostenverzekeraar niet worden tegengeworpen aangezien de Geldgids een uitgave is van de Consumentenbond en niet van de ziektekostenverzekeraar.

Conclusie

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

Zeist, 8 februari 2012,

Voorzitter