

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C te D vertegenwoordigd door E te F
Zaak : Eigen risico, verjaring
Zaaknummer : 2011.00559
Zittingsdatum : 26 oktober 2011

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2008 + 2009, artt. 10, 11 18a (oud), 19, 20 en 23 Zvw, 2.17 en 2.18 Bzv)

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 meerderjarige dochter, 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 waren ten behoeve van verzoeker en zijn gezinsleden bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Uitgebreide Aanvullende Verzekering en Basis Tand 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 1 december 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat hij als verzekeringnemer een bedrag van in totaal € 588,60 verschuldigd is ter zake van het verplicht eigen risico 2008 en 2009 voor zichzelf, zijn echtgenote en zijn meerderjarige dochter.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 24 januari 2011 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 brief van 31 juli 2011 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar niet gerechtigd is voormeld bedrag van € 588,60, eerst in december 2010 te vorderen (hierna: het verzoek).
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 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 15 september 2011 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 22 september 2011 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben op respectievelijk 27 september en 4 oktober 2011 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker stelt dat de ziektekostenverzekeraar het verplichte eigen risico te laat bij hem in rekening heeft gebracht. Vóór de invoering van het verplicht eigen risico was de no-claimregeling van kracht, in het kader waarvan bij wet was bepaald dat nagekomen rekeningen betreffende 2007 tot uiterlijk 31 maart 2009 ten laste van de no-claim konden worden gebracht. Verzoeker meent daarom dat nota's over 2008 tot uiterlijk 31 maart 2010 met het eigen risico 2008 mogen worden verrekend. Nu de ziektekostenverzekeraar eerst op 1 december 2010 het eigen risico bij hem in rekening heeft gebracht, dient hij in ieder geval het deel van de vordering dat betrekking heeft op 2008 te laten vervallen. Verzoeker beroept zich in dit verband op artikel 19, lid 4 Zvw (tekst 2011).
- 4.2. Het argument "achterstand in de administratie" van de ziektekostenverzekeraar is geen gegronde reden om zo laat nog met een afrekening voor het eigen risico te komen. Voordien is door de ziektekostenverzekeraar op geen enkele wijze kenbaar gemaakt dat sprake was van een vertraging in de administratieve verwerking. Bovendien zijn vóór december 2010 al meerdere facturen voor het verplicht eigen risico 2009 betaald. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker medegedeeld dat hij zich ervan bewust is dat het laat is om het eigen risico 2008 nu nog in rekening te brengen, maar dat het niet te laat is in de zin dat het niet meer zou mogen. De ziektekostenverzekeraar erkent hiermee dat sprake is van administratieve wanprestatie.
- 4.3. Het beroep van de ziektekostenverzekeraar op de omstandigheid dat geen wettelijke termijn is gesteld voor het in rekening brengen van het verplicht eigen risico, wil niet zeggen dat de ziektekostenverzekeraar zich niet aan een redelijke termijn dient te houden. In de onderhavige situatie is geen sprake van een redelijke termijn.
- 4.4. Gezien het bovenstaande stelt verzoeker zich op het standpunt dat de ziektekostenverzekeraar "op grond van onzorgvuldig administreren en informeren" zeker de helft van het gevorderde bedrag aan verplicht eigen risico voor zijn rekening dient te nemen.
- 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. Met ingang van 1 januari 2008 is voor zorgverzekerden vanaf 18 jaar een wettelijk verplicht eigen risico van toepassing. Dit betekent dat van alle declaraties die in 2008 ten laste van de zorgverzekering zijn vergoed de eerste € 150,-- in rekening wordt gebracht bij de verzekerde. Voor het jaar 2009 is dit bedrag verhoogd naar € 155,--. Door een vertraging heeft de verrekening van het nog openstaande verplicht eigen risico 2008 en 2009 pas eind 2010 plaatsgevonden.
- 5.2. In artikel 19 Zvw is de verrekening van het verplicht eigen risico geregeld. Deze bepaling houdt in dat nota's voor zorg over 2008 die vóór 31 december 2009 en nota's voor zorg over 2009 die vóór 31 december 2010 door de ziektekostenverzekeraar zijn ontvangen, nog ten laste van het eigen risico mogen worden gebracht. Het is aan de ziektekostenverzekeraar overgelaten hoe, en in beperkte mate ook tot wanneer, hij het eigen risico terugvordert bij verzekerden. Het eigen risico over 2008 is weliswaar laat, maar mede gelet op het bepaalde in artikel 3:307 BW niet te laat, bij verzoeker in rekening gebracht.
- 5.3. In de polisbescheiden die bij de verlenging van de verzekering in november 2007 aan verzekerden ter beschikking zijn gesteld, wordt melding gemaakt van de introductie van het eigen risico in de zorgverzekering. Zowel de aard als de hoogte van het eigen risico is hierin toegelicht. Verzekerde kan zich daarom niet met succes beroepen op de omstandigheid dat hij vooraf niet in kennis is gesteld van (de gevolgen van) het toepasselijk worden van het eigen risico.
- 5.4. 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 € 588,60 eerst in december 2010 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 2008 regelt het wettelijk verplicht eigen risico. In de polis van 2009 is een vergelijkbare bepaling opgenomen. Het artikel luidt, voor zover hier van belang:

*"7.1.
Iedere verzekerde van achttien jaar en ouder heeft een verplicht eigen risico van € 150,-
[€ 155,-- in 2009] per kalenderjaar. (...)"*
 - 8.3. Artikel 7 van de zorgverzekering is volgens de artikelen 2.11 en 2.12 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering

(Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.4. De verschuldigdheid van het wettelijk verplicht eigen risico en de mogelijkheid tot het afsluiten van een vrijwillig eigen risico zijn geregeld in de artikelen 18a, 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 de jaren 2008 en 2009 verzekeringnemer was voor zichzelf, zijn echtgenote en meerderjarige dochter; dat zij voor 2008 ieder een wettelijk verplicht eigen risico van € 150,-- en voor 2009 van € 155,-- hebben, en dat in die jaren kosten zijn gemaakt die ten laste van dit 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. Anders dan verzoeker meent, geeft het artikel 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. Volgens artikel 3:307 BW verjaart een vordering vijf jaar na het opeisbaar worden. De ziektekostenverzekeraar heeft derhalve vijf jaar de tijd het bedrag bij een verzekerde in te vorderen. De vordering op verzoeker is opeisbaar geworden in 2008 respectievelijk 2009, zodat de (terug)vordering in december 2010 binnen voormelde termijn plaatsvond. Aangezien de wetgever kennelijk geen gronden aanwezig heeft geacht om voor een situatie als de onderhavige een afwijkende verjaringsregeling in het leven te roepen, bestaat geen aanleiding de vroegere no-claimregeling in deze situatie analoog toe te passen.

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, 26 oktober 2011,

Voorzitter