

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen C te D, vertegenwoordigd door E te F
Zaak : Eigen risico
Zaaknummer : 2009.02742
Zittingsdatum : 26 mei 2010

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 bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van augustus 2009 een bedrag van € 650,-- in verband met het wettelijk verplicht en vrijwillig eigen risico bij hem te vorderen.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker 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 was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Gezin & Zeker Pakket afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft in het vervolg buiten beschouwing. Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 28 oktober 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medege-deeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft ertoe geleid dat de ziektekostenverzekeraar besloten heeft een bedrag ter hoogte van € 69,20 niet ten laste te brengen van het vrijwillig eigen risico, en dit bedrag aan verzoeker te res-titueren. Voor het overige heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt gehand-haafd.
- 3.4. Bij brief van 7 maart 2010 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekerin-gen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar niet gerechtigd is het bedrag aan eigen risico over 2008 eerst in augustus 2009 te vorde-ren, en te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is een bedrag van € 210,-- aan verzoeker te voldoen in verband met schadevergoeding vanwege gele-den belastingnadeel (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 ver-

zoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief van 21 april 2010 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 27 april 2010 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben op respectievelijk 30 april en 17 mei 2010 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden.
- 3.8. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 27 mei 2010 telefonisch gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker stelt dat de ziektekostenverzekeraar hem bij brief van 7 augustus 2008 heeft medegedeeld dat een nota voor hem was voldaan in verband met een psychologisch consult, alsmede dat verzoeker een acceptgiro zou ontvangen als zou blijken dat het bedrag op de nota ten laste kwam van het eigen risico. Op het overzicht stond niet dat het eigen risico was veranderd. De acceptgiro heeft verzoeker niet ontvangen. Eerst in augustus 2009 werd het eigen risico ter hoogte van € 650,-- bij hem gevorderd. Alle bedragen die ten laste van het eigen risico waren gebracht, betroffen nota's die vóór 7 augustus 2008 bij de ziektekostenverzekeraar waren gedeclareerd. De ziektekostenverzekeraar heeft derhalve onnodig lang gewacht met het incasseren van het eigen risico, met als gevolg dat verzoeker een belastingnadeel heeft geleden van € 210,--.
- 4.2. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat hij uit het overzicht van 1 september 2009 heeft geconcludeerd dat het maximum voor psychologische zorg was bereikt en dat het eigen risico nog € 500,-- bedraagt. Daarnaast verbaast verzoeker zich erover dat de ziektekostenverzekeraar het heeft over zorg die valt onder de zorgverzekering. Hij ging uit van een vergoeding krachtens de aanvullende verzekering.
- 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. De ziektekostenverzekeraar stelt dat verzoeker heeft gekozen voor een vrijwillig eigen risico van € 500,-- met een bijbehorend premievoordeel. In 2008 heeft hij behandelingen ondergaan die ten laste komen van het eigen risico. Verzoeker kon hiervan op de hoogte zijn door lezing van de polisvoorwaarden. Artikel 19 lid 4 Zvw stelt de terugvorderingstermijn voor het verplicht eigen risico op een jaar. Over het vrijwillig eigen risico is niets geregeld, zodat de normale terugvorderingstermijn van vijf jaar geldt. De ziektekostenverzekeraar heeft het bedrag binnen de termijn teruggevorderd. De afrekening van 7 augustus 2008 heeft enkel betrekking op een nota ter hoogte van € 69,20. Het in rekening brengen van genoemd bedrag is in tegenspraak met de tekst op de betreffende afrekening. Dit vormt de reden dat de ziektekostenverzekeraar heeft besloten het bedrag aan verzoeker te betalen.

5.2. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat bij de prolongatie van de verzekering verzoeker de polisvoorwaarden heeft ontvangen. Aan de hand hiervan had hij kunnen begrijpen dat de psychologische zorg onder de zorgverzekering valt. De kosten van deze zorg worden door de zorgaanbieders elektronisch gedeclareerd. Op het overzicht van 1 september 2009 is het eigen risico nog niet verwerkt. Het eigen risico en eventuele eigen bijdragen worden pas achteraf verrekend.

5.3. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het bedrag aan verschuldigd eigen risico ter hoogte van € 650,-- terecht en tijdig bij verzoeker is gevorderd.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. De commissie is 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 verschuldigde bedrag aan wettelijk verplicht en vrijwillig eigen risico over 2008 eerst in augustus 2009 terug te vorderen, en of verzoeker een schadevergoeding ter hoogte van € 210,-- dient te worden toegekend vanwege door hem geleden belastingnadeel.

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 regelt het wettelijk 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. (...)"

Artikel 8 van de zorgverzekering regelt het vrijwillig eigen risico en luidt, voor zover hier van belang:

"8.1

Als er sprake is van een vrijwillig eigen risico, worden de kosten van zorg in mindering gebracht op het voor de verzekerde in een bepaald kalenderjaar geldend vrijwillig eigen risico voor zover deze kosten van zorg het bedrag van het verplicht eigen risico als bedoeld in artikel 7, hebben overschreden.

Het vrijwillig eigen risico is niet van toepassing op de kosten van zorg die ook uitgesloten zijn van het verplicht eigen risico. (...)

8.3

Een verzekeringsplichtige van 18 jaar en ouder kan kiezen uit de volgende varianten van [de zorgverzekering] met een vrijwillig eigen risico van: € 0,-, € 100,-, € 200,-, € 300,-, € 400,-, of € 500,- per kalenderjaar.

Afhankelijk van de hoogte van het gekozen vrijwillig eigen risico, verleent [de ziektekostenverzekeraar] voor de varianten van [de zorgverzekering] met een vrijwillig eigen risico (...) een

korting op de grondslag van de premie. (...)

- 8.3. De artikelen 7 en 8 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2.1 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, als volgt:

“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. (...).”

- 8.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.

9. Beoordeling van het geschil

- 9.1. Tussen partijen is niet in geschil dat verzoeker een wettelijk verplicht eigen risico ter hoogte van € 150,-- heeft, en een vrijwillig eigen risico van € 500,--. Ook staat vast dat in 2008 kosten zijn gemaakt die ten laste van het eigen risico zijn gekomen, waardoor dit bedrag volledig is verbruikt. Het in rekening te brengen eigen risico is door de ziektekostenverzekeraar in de procedure bij de commissie verlaagd naar € 580,80. Wat partijen verdeeld houdt, is de vraag of de ziektekostenverzekeraar gerechtigd was het bedrag eerst in augustus 2009 bij verzoeker in te vorderen.
- 9.2. Artikel 18a (oud) Zvw regelt dat een rekening die na 31 december van een kalenderjaar bij een verzekeraar wordt gedeclareerd en die betrekking heeft op dat kalenderjaar, nog tot 31 december van het opvolgende kalenderjaar ten laste van het eigen risico van het eerste kalenderjaar mag worden gebracht. Het regelt niet wanneer die kosten bij een verzekerde in rekening moeten worden gebracht. Daarom dient voor de invordering te worden uitgegaan van de normale verjaringstermijn van een vordering. Volgens artikel 3:307 van het Burgerlijk Wetboek bedraagt deze termijn vijf jaar na het opeisbaar worden van de vordering. De ziektekostenverzekeraar heeft derhalve na betaling van de nota aan de zorgverlener en uitgaande van tijdige verrekening van het eigen risico, vijf jaar de tijd het bedrag bij een verzekerde in te vorderen. De vordering op verzoeker is opeisbaar geworden in 2008, zodat de (terug)vordering in augustus 2009 binnen voormelde termijn plaatsvond.
- 9.3. Aangezien de ziektekostenverzekeraar niet toerekenbaar tekort is geschoten in de nakoming van zijn verbintenissen jegens verzoeker noch jegens hem een onrechtmatige daad heeft gepleegd, is er geen grondslag voor toekenning van een schadevergoeding ter grootte van het door verzoeker geleden belastingnadeel.

Conclusie

9.4. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 9 juni 2010,

Voorzitter