

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, tegen C te D, vertegenwoordigd door E te F
Zaak : Eigen risico, vordering, betalingsachterstand, financiële compensatie
Zaaknummer : 2012.02707
Zittingsdatum : 7 augustus 2013

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2009-2010, artt. 18a (oud), 19 en 20 Zvw, art. 2.17 Bzv)

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

C te D, vertegenwoordigd door E te F, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Verzoekster was tot en met 31 december 2010 bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van het Keuze Zorg Plan (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Tevens had verzoekster bij de zorgverzekeraar ten behoeve van één ander persoon een zorgverzekering afgesloten. Genoemde zorgverzekering is een schadeverzekeringsovereenkomst 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. Bij brief van 1 november 2010 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat een betalingsachterstand van € 131,75 is ontstaan.
- 3.2. Verzoekster heeft op 13 november 2010 € 131,75 aan de zorgverzekeraar voldaan.
- 3.3. Bij brief van 16 december 2010 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat zij € 1.846,97 is verschuldigd ter zake van het verplicht en vrijwillig eigen risico voor de jaren 2008, 2009 en 2010.
- 3.4. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormeld standpunt gevraagd.
- 3.5. Bij brief van 18 juli 2012 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de betalingsachterstand € 2.081,56 bedraagt, welk bedrag ziet op het verplicht en vrijwillig eigen risico voor de jaren 2008, 2009 en 2010.
- 3.6. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van dit standpunt gevraagd.
- 3.7. Bij brief van 11 oktober 2012 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn standpunt te handhaven, in die zin dat de totale vordering ter zake van het verplicht en vrijwillig eigen risico € 2.081,56 bedraagt.
- 3.8. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft ertoe geleid dat de zorgverzekeraar in eerste instantie heeft besloten dat de betalingsachterstand

€ 1.823,55 beloopt, en daarna heeft besloten dat de betalingsachterstand € 1.691,80 bedraagt.

- 3.9. Bij brief van 3 april 2013 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is haar financieel te compenseren (hierna: het verzoek).
- 3.10. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 37,-- voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar 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.
- 3.11. De zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 17 mei 2013 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 22 mei 2013 aan verzoekster gezonden.
- 3.12. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 30 mei 2013 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De zorgverzekeraar heeft op 10 juni 2013 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.13. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 7 augustus 2013 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Verzoekster was tot en met 31 december 2010 verzekerd tegen ziektekosten bij de zorgverzekeraar. Naar aanleiding van een tweetal brieven van de zorgverzekeraar eind 2010, heeft zij de op dat moment bestaande betalingsachterstand geheel voldaan. Zij is overgestapt naar een andere verzekeraar. In 2011 en 2012 deelde de zorgverzekeraar haar echter mede dat sprake was van een betalingsachterstand. Deze vordering zag op het verplicht en vrijwillig eigen risico 2008, 2009 en 2010. Verzoekster heeft het bestaan van deze betalingachterstand bestreden. Zo was de vordering ter zake van het eigen risico 2008 niet langer opportuun, aangezien deze haar pas in 2012 kenbaar werd gemaakt. Het is onredelijk om na een zo lange termijn bedragen te vorderen. Uiteindelijk heeft de zorgverzekeraar na bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen besloten de vordering ter zake van het eigen risico 2008 af te boeken.
- 4.2. De zorgverzekeraar heeft nagelaten adequate overzichten inzake het verloop van het eigen risico 2008 tot en met 2010 over te leggen. Op basis hiervan had verzoekster het belang van een vrijwillig eigen risico kunnen bepalen. Het is onredelijk dat de zorgverzekeraar stelt dat verzoekster dit via eigen onderzoek moet doen. Achteraf beschouwd zou verzoekster hebben afgezien van het kiezen van een vrijwillig eigen risico voor de jaren 2009 en 2010. Voorts heeft de zorgverzekeraar drie maal erkend dat betalingen van verzoekster foutief zijn verwerkt, en dat zodoende de opgegeven betalingsachterstand onjuist was. Hierbij is door de zorgverzekeraar aangetekend dat verzoekster bij haar betalingen niet het correcte kenmerk had vermeld. Het is in dat licht onbegrijpelijk dat de zorgverzekeraar – in de fase van bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen – verzoekster heeft verzocht € 1.691,80 te betalen, nota bene zonder hierbij een betalingskenmerk op te geven. Verzoekster heeft de

zorgverzekeraar een voorstel gedaan om € 960,-- ter finale kwijting te betalen. Genoemd bedrag bestaat uit het bedrag ter zake van extra premie die zou zijn betaald over de jaren 2009 en 2010 in de situatie dat geen vrijwillig eigen risico van toepassing was. De besparing voor verzoekster zou daarmee op € 731,80 (€ 1.691,80 - € 960,00) komen. Het voorstel is door de zorgverzekeraar afgewezen. Volgens verzoekster was dit echter de enige mogelijkheid om het geschil op een elegante wijze op te lossen.

- 4.3. Door de zorgverzekeraar is op enig moment € 131,75 aan verzoekster teruggestort. Reden hiervoor was dat zij geen betalingskenmerk had vermeld. Het is onbegrijpelijk dat de zorgverzekeraar haar meermalen heeft verzocht om betaling van genoemd bedrag zonder daarbij een betalingskenmerk te vermelden. Verzoekster heeft genoemd bedrag weer betaald aan de zorgverzekeraar.
- 4.4. De werkwijze van de zorgverzekeraar is beneden peil. Zo is haar toegezegd dat binnen vier weken een heroverweging zou worden uitgebracht, terwijl dit uiteindelijk pas na ruim drie maanden geschiedde. Daarnaast is de administratie bij de zorgverzekeraar niet op orde.
- 4.5. Ter zitting is door verzoekster haar standpunt herhaald. Voorts is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat zij lopende de procedure bij de commissie aanmaningen ontving van de zorgverzekeraar, te weten op 22 mei en 20 juli 2013. Nadat zij de zorgverzekeraar wees op de procedure bij de commissie, ontving verzoekster een excuusbrief. Het totaal aantal excuusbrieven van de zorgverzekeraar komt hiermee op vier. Verzoekster voelt zich onbehoorlijk behandeld en benadeeld.
- 4.6. Verzoekster komt tot de conclusie dat haar verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar biedt verzoekster zijn excuses aan voor de late verrekening van het eigen risico. Het is begrijpelijk dat dit verzoekster onaangenaam heeft getroffen. De zorgverzekeraar heeft de wettelijke termijn van vijf jaar om het eigen risico te verrekenen beperkt tot drie jaar, omdat verzekerden eveneens een termijn van drie jaar wordt gegund voor het indienen van declaraties. De termijn van drie jaar is redelijk en billijk.
- 5.2. Verzoekster heeft op 13 november 2010 € 131,75 voldaan. Aangezien bij deze betaling een betalingskenmerk ontbrak, kon deze niet in verband worden gebracht met het openstaande bedrag dat was vermeld in de brief van 1 november 2010. De betaling van € 131,75 is daarom op 10 mei 2011 teruggestort. Bij brief van 18 juli 2012 is genoemd bedrag wederom bij verzoekster in rekening gebracht. Verzoekster heeft het bedrag op 23 oktober 2012, met vermelding van een juist betalingskenmerk, opnieuw overgemaakt.
- 5.3. De vordering van € 131,75 werd veroorzaakt door de verwisseling van twee afrekeningen in het systeem. Verzoekster heeft naar aanleiding van een aantal afrekeningen op 2 september 2010 € 832,12 voldaan. Deze betaling betrof onder meer de afrekening van 2 augustus 2010 (€ 270,42). Echter, in het financiële systeem is de betaling gekoppeld aan een latere afrekening van 16 augustus 2010 (€ 131,75). De vordering van 16 augustus 2010 is hiermee destijds voldaan, maar € 138,67 van de vor-

dering van 5 augustus 2010 is onbetaald gebleven. Om de situatie en het bedrag aan openstaand eigen risico te verduidelijken, is verzoekster een overzicht van het verloop van het eigen risico over de jaren 2008, 2009 en 2010 gezonden. Op basis hiervan is verzoekster volgens de zorgverzekeraar goed in staat haar zorgafname te controleren.

- 5.4. Bij brief van 18 juli 2012 werd het eigen risico 2008, 2009 en 2010 bij verzoekster in rekening gebracht. Deze datum dient te worden gezien als formele kennisgeving van de verrekening. De verrekening van de kosten dient binnen drie jaar na het ontstaan van de vordering kenbaar te worden gemaakt. Het initiële bedrag dat van verzoekster werd gevorderd was € 2.081,56. Dit bedrag is – door bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen – verlaagd tot € 1.823,55, omdat de vorderingen die zijn ontstaan vóór 18 juli 2008, moeten worden afgeboekt. Daarna is dit bedrag nogmaals – wederom door bemiddeling van de Ombudsman Zorgverzekeringen – verlaagd omdat geen rekening was gehouden met een betaling van verzoekster, zodat thans nog € 1.691,80 van haar wordt gevorderd.
- 5.5. Kosten die onder een verplicht of vrijwillig eigen risico vallen, zijn niet fiscaal aftrekbaar. Met ingang van 1 januari 2008 zijn alleen ziektekosten boven het eigen risico aftrekbaar. Het eigen risicobedrag zelf is niet aftrekbaar. De fiscale aftrek van buitengewone ziektekosten is per 2009 uit het fiscale stelsel verdwenen. Reden hiervoor is dat verzekerden vooraf zijn geïnformeerd over het intreden van het verplicht eigen risico en weten welke zorg zij in een bepaald jaar afnemen. Verzekerden dienen zelf een eventuele opgave aan de Belastingdienst te sturen en kunnen indien nodig aan het eind van het jaar hierover contact opnemen met de zorgverzekeraar.
- 5.6. Verzoekster stelt dat zij financieel nadeel heeft geleden doordat zij de gemaakte zorgkosten niet heeft kunnen vergelijken met voorgaande jaren, hetgeen haar keuze voor een vrijwillig eigen risico heeft bepaald. Zij vraagt hiervoor een compensatie van € 731,80. Dit verzoek kan niet worden gehonoreerd. Verzoekster heeft bewust gekozen voor een vrijwillig eigen risico van € 500,- per kalenderjaar. De zorgverzekeraar gaat er van uit dat verzoekster bij haar overwegingen de premiekorting heeft betrokken, maar ook rekening heeft gehouden met de zorg die zij in voorgaande jaren heeft afgenomen, en, gelet op haar gezondheidssituatie, het risico van zorgkosten voor de aankomende jaren heeft meegewogen. Voorts wijst verzoekster erop dat zij geen controle meer kan uitoefenen op gedeclareerde en betaalde zorgkosten, omdat zij haar administratie tot maximaal achttien maanden terug online kan raadplegen. Hoewel dit gegeven voor de zorgverzekeraar niet relevant is, komt de zorgverzekeraar deze opmerking vreemd voor. Bij online bankieren zijn betaalgegevens namelijk voor een langere periode te raadplegen. Daarnaast kunnen bankafschriften worden opgevraagd. Het voorstel van verzoekster om tegen finale kwijting € 960,- te betalen is niet acceptabel.
- 5.7. Ter zitting is door de zorgverzekeraar zijn standpunt herhaald. Voorts is door de zorgverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat niet onredelijk is gehandeld door niet in te gaan op het voorstel van verzoekster tot betaling van een bedrag ter finale kwijting. Verzoekster heeft in 2008 na afweging de keuze gemaakt voor een hoog vrijwillig eigen risico. Vóór 2008 gold de no-claimregeling. Toen was bij verzoekster al sprake van structureel medicijngebruik. Zij kreeg de no-claim in 2006 en 2007 dus niet terug. Het was verzoekster zodoende bekend dat verrekening van de medicijn-

kosten met het eigen risico zou plaatsvinden.

- 5.8. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat het onderhavige verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op artikel 15 van de “Algemene voorwaarden” van de zorgverzekering (2009) en artikel 16 van de “Algemene voorwaarden” van de zorgverzekering (2010) 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 zorgverzekeraar terecht € 1.691,80 ter zake van het eigen risico 2009 en 2010 van verzoekster vordert.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

- 8.1. Voor de beoordeling van het geschil tussen partijen zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.

- 8.2. Artikel 7 van de “Algemene voorwaarden” van de zorgverzekering (2009) regelt het verplicht eigen risico, en luidt, voor zover hier van belang:

*“7.1 Voor iedere verzekerde die premie verschuldigd is voor de zorgverzekering, is het verplicht eigen risico van toepassing. De hoogte van het verplicht eigen risico bedraagt € 150,- per verzekerde per kalenderjaar.
(...)”*

In de zorgverzekering van 2010 is een vergelijkbare bepaling opgenomen, te weten artikel 7 van de “Algemene voorwaarden”. Het verplicht eigen risico voor het jaar 2010 bedraagt € 165,--.

- 8.3. Artikel 8 van de “Algemene voorwaarden” van de zorgverzekering (2010) betreft het vrijwillig gekozen eigen risico. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

*“8.1 Per kalenderjaar kan een verzekerde van 18 jaar en ouder al dan niet kiezen voor een vrijwillig gekozen eigen risico. De zorgverzekering kan worden afgesloten zonder vrijwillig gekozen eigen risico of voor verzekerden van 18 jaar en ouder met een vrijwillig gekozen eigen risico van € 100,-, € 200,-, € 300,-, € 400,- of € 500,- per kalenderjaar. Bij de keuze voor een vrijwillig gekozen eigen risico geldt een premiekorting. Het overzicht waarin deze premiekortingen staan vermeld maakt onderdeel uit van deze polis.
(...)”*

In de zorgverzekering van 2010 is een vergelijkbare bepaling opgenomen, te weten artikel 8 van de “Algemene voorwaarden”.

- 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 (oud), 19 en 20 Zvw, en verder uitgewerkt in artikel 2.17 Bzv.

9. Beoordeling van het geschil

Vordering eigen risico 2009 en 2010

- 9.1. Tussen partijen is niet in geschil dat verzoekster in 2009 en 2010 verzekeringnemer was voor haarzelf en een ander persoon, en dat zij en deze persoon ieder een wettelijk verplicht eigen risico hadden van € 155,-- in 2009 en € 165,-- in 2010, en beide jaren ieder een vrijwillig eigen risico van € 500,--.
- 9.2. De zorgverzekeraar heeft bij brief van 17 mei 2013 verklaard dat thans nog openstaat het verplicht en vrijwillig eigen risico over de jaren 2009 en 2010 voor verzoekster en de door haar verzekerde persoon, ten bedrage van € 1.691,80. Door verzoekster is onvoldoende aannemelijk gemaakt dat dit bedrag onjuist is berekend en evenmin dat het bedrag geheel of ten dele is voldaan. De commissie is daarom van oordeel dat de zorgverzekeraar terecht aanspraak maakt op betaling van voornoemd bedrag.

Financiële compensatie/ schadevergoeding

- 9.3. Verzoekster stelt aanspraak te hebben op een bedrag van € 731,80 als zijnde financiële compensatie voor het feit dat zij achteraf gezien geen vrijwillig eigen risico van € 500,-- per persoon zou hebben gekozen, waardoor meer premie zou zijn verschuldigd, maar per saldo de totale vordering ter zake van het eigen risico lager zou zijn. Hiertoe voert verzoekster aan dat de zorgverzekeraar heeft nagelaten adequate overzichten inzake het verloop van het eigen risico 2008 tot en met 2010 over te leggen, op basis waarvan zij het belang van een vrijwillig eigen risico had kunnen bepalen. Volgens verzoekster is het onredelijk dat de zorgverzekeraar stelt dat zij dit via eigen onderzoek moet doen. De zorgverzekeraar heeft hiertegen aangevoerd dat hij er van uitgaat dat verzoekster bewust heeft gekozen voor een vrijwillig eigen risico, en dat zij bij de overwegingen hiertoe de premiekorting heeft betrokken, maar ook rekening heeft gehouden met de zorg die zij in voorgaande jaren heeft afgenomen, en, gelet op haar gezondheidssituatie, het risico van zorgkosten voor de aankomende jaren heeft meegewogen. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.
- 9.4. Bij het aangaan van een overeenkomst van zorgverzekering kan een verzekerde kiezen voor een vrijwillig eigen risico. Deze keuze wordt voorafgaand aan een verzekeringsjaar gemaakt. Naar mag worden aangenomen maakt een verzekerde een bewuste keuze, waarbij onder meer de premiekorting en het zorgverbruik in ogenschouw worden genomen.
- De stelling van verzoekster dat zij voor haar keuze voor een eventueel vrijwillig eigen risico afhankelijk was van informatie van de zorgverzekeraar inzake het zorgverbruik van haarzelf en haar partner, snijdt geen hout. Een verzekerde weet immers zelf hoe zijn of haar gezondheidssituatie is, en kan op grond hiervan schatten of hij of zij in de loop van enig jaar zorg zal gaan genieten. Een hoge zorgconsumptie in enig jaar zal als regel aanleiding zijn het vrijwillig eigen risico voor het volgende jaar te verlagen. Dat het afnemen van zorg financiële consequenties heeft, moet zonder meer bekend worden verondersteld. Declaratieoverzichten waarop wordt vermeld hoeveel eigen risico in rekening wordt gebracht, zijn in die zin enkel het financiële en administratieve sluitstuk van een zorgtraject.
- Gelet op het voorgaande valt niet in te zien waarom verzoekster thans financieel zou moeten worden gecompenseerd voor haar keuze voor een vrijwillig eigen risico van € 500,-- per persoon voor de jaren 2009 en 2010.

Conclusie

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

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 28 augustus 2013,

Voorzitter