

# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen C te D, vertegenwoordigd door E en F  
te G  
Zaak : Eigen risico, verjaring  
Zaaknummer : 2013.00073  
Zittingsdatum : 26 juni 2013

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 2008 en 2009, artt. 10, 11, 18a (oud), 19, 20 en 23 Zvw, 2.17 (oud) en 2.18 Bzv, 3:307 BW)

---

## 1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

C te D, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar, vertegenwoordigd door E en F te G, hierna te noemen: gevolmachtigde.

## 2. De verzekeringssituatie

2.1. 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, Zorgverzekeringwet (verder: Zvw).

Verder waren ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Uitgebreide Aanvullende Verzekering en Basis Tand afgesloten (hierna gezamenlijk: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft in het vervolg buiten beschouwing.

## 3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Bij brief van 21 oktober 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat deze als verzekeringnemer een bedrag van in totaal € 469,99 is verschuldigd ter zake van het verplicht eigen risico 2008 en 2009 voor zichzelf, zijn echtgenote en zijn meerderjarige zoon.

3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 28 november 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de vordering wordt verlaagd tot € 273,58.

3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft bij brief van 12 februari 2013 medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling.

3.4. Bij brief van 1 maart 2013 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar niet gerechtigd is voormeld bedrag van € 469,99, later verminderd tot € 273,58, eerst in oktober 2011 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 2 mei 2013 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 6 mei 2013 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 14 mei 2013 schriftelijk medegedeeld dat hij door de gevolgen van een aantal herseninfarcten niet in staat is te worden gehoord. Hij heeft daarom een schriftelijke reactie bijgevoegd. Een afschrift van deze reactie is op 16 mei 2013 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden. De ziektekostenverzekeraar heeft hierop bij brief van 22 mei 2013 medegedeeld eveneens af te zien van de mogelijkheid te worden gehoord en daarom een – aanvullende - schriftelijke reactie te geven. Een afschrift hiervan is op 24 mei 2013 aan verzoeker gezonden. Verzoeker heeft op 29 mei 2013 nogmaals schriftelijk gereageerd. Een afschrift hiervan is op 6 juni 2013 ter kennisneming aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.

#### 4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Bij brief van 30 maart 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker voor het eerst bericht over de vordering van € 469,99 met betrekking tot het eigen risico van de jaren 2008 en 2009. Na een reactie hierop van verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar de vordering bij brief van 21 juni 2012 toegelicht. Hierin erkent de ziektekostenverzekeraar dat de vordering te laat is ingesteld. De ziektekostenverzekeraar heeft toegelicht dat de vertraging is ontstaan doordat declaraties van de zorgverleners niet direct verrekend konden worden in het digitale systeem voor zorgverleners. De oorzaak heeft derhalve niets te maken met de relatie tussen verzoeker en de ziektekostenverzekeraar.
- 4.2. Verzoeker heeft het grootste deel van de nota's met betrekking tot de jaren 2008 en 2009 trouwens zelf aan de zorgverleners betaald, zodat de ziektekostenverzekeraar deze bedragen niet met de zorgverleners hoefde te verrekenen, maar aan verzoeker kon betalen dan wel kon verrekenen met het eigen risico.
- 4.3. In zijn brief van 14 mei 2013 benadrukt verzoeker dat het onderhavige geschil enkel betrekking heeft op het eigen risico over de jaren 2008 en 2009. In totaal gaat het hierbij om een bedrag van € 273,58. De ziektekostenverzekeraar betreft in zijn brief van 2 mei 2013 ook nog een andere zaak die hiervan evenwel volledig los staat. Ook heeft hij – in tegenstelling tot hetgeen de ziektekostenverzekeraar stelt – zijn zorgverzekering niet beëindigd met ingang van 1 januari 2013. Enkel de verzekering van zijn zoon is beëindigd. Overigens heeft de ziektekostenverzekeraar de premie van zijn zoon over januari 2013 reeds in december 2012 geïncasseerd. Verzoeker vordert het ten onrechte geïncasseerde bedrag van de ziektekostenverzekeraar terug.
- 4.4. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

#### 5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De vordering van € 469,99 is correct. De bedragen van € 18,31, € 150,-- en € 28,10 zijn echter te laat bij verzoeker in rekening gebracht, gelet op de verjaringstermijn van drie jaren. De totale vordering komt daarmee op € 273,58.
- 5.2. Omdat laatstgenoemd bedrag niet tijdig door verzoeker is voldaan, is de vordering intussen overgedragen aan een incassobureau. Deze overdracht is terecht en zal niet worden teruggedraaid.
- 5.3. Naast het eigen risico over 2008 en 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar bij brief van 7 januari 2013 het eigen risico over 2011 en 2012, in totaal € 683,64 bij verzoeker in rekening gebracht. Hiervan heeft verzoeker op 6 februari 2013 € 21,62 voldaan, zodat over deze jaren nog een bedrag van € 622,02 openstaat.
- 5.4. Met ingang van 1 januari 2013 heeft verzoeker zijn zorgverzekering bij de ziektekostenverzekeraar beëindigd. De zorgpremie voor de maand januari 2013 van € 131,99 is via automatische incasso ingehouden. Dit premiedeel wordt in mindering gebracht op de vordering, zodat nog een te betalen bedrag van € 803,61 (€ 273,58 + € 622,02 - € 131,99) resteert.
- 5.5. De ziektekostenverzekeraar schrijft in zijn brief van 22 mei 2013 dat hij inderdaad eerder ten onrechte heeft medegedeeld dat de zorgverzekering van verzoeker met ingang van 1 januari 2013 is beëindigd. Enkel de zorgverzekering van de zoon is beëindigd. De te diens behoefte geïncasseerde premie over de maand januari 2013 is in mindering gebracht op de openstaande vordering.
- 5.6. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

## 6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op de artikelen 11 (2008) en 10 (2009) 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 ziektekostenverzekeraar gerechtigd is het bedrag van € 469,99, later verminderd tot € 273,58, eerst in oktober 2011 bij 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 (2008 en 2009) van de zorgverzekering regelt het 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 150,- per kalenderjaar. Voor een verzekerde die in de loop van een kalenderjaar 18 jaar wordt, geldt het verplichte eigen risico vanaf de eerste dag van de maand volgend op de maand waarin de verzekerde 18 jaar wordt. De hoogte van het verplicht eigen risicobedrag wordt in dat geval berekend volgens de berekeningswijze als vermeld in artikel 7.4.*

7.2. De kosten van huisartsenzorg, zorg in verband met zwangerschap, bevalling en kraambed, hulpmiddelen in bruikleen, eigen bijdragen of eigen betalingen op grond van de zorgverzekering vallen niet onder het verplicht eigen risico. Ook de tandheeskundige zorg voor verzekerden tot 22 jaar zoals beschreven in artikel 29.1 met uitzondering van de chirurgische tandheeskundige hulp van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek en de uitneembare volledige prothetische voorzieningen, valt buiten het verplicht eigen risico. De vrijstelling van huisartsenzorg en verloskundige zorg geldt alleen voor de behandelingen door de huisarts, verloskundige of medisch specialist. Deze vrijstelling geldt niet voor de zorg die wordt voorgeschreven, zoals geneesmiddelen en laboratoriumonderzoek.

(...)

7.4. Als de [naam gevolmachtigde/naam ziektekostenverzekeraar] niet op 1 januari van een kalenderjaar ingaat of eindigt, is het in dat kalenderjaar voor die overeenkomst geldende bedrag van het verplicht eigen risico gelijk aan het voor het gehele kalenderjaar geldende bedrag, vermenigvuldigd met een breuk waarvan de teller gelijk is aan het aantal dagen in dat kalenderjaar waarover de [naam gevolmachtigde/naam ziektekostenverzekeraar] zal lopen of heeft gelopen, en de noemer aan het aantal dagen in het desbetreffende kalenderjaar. Dit berekende bedrag wordt afgerond op hele euro's.

7.5. Voor de berekening van het te dragen eigen risicobedrag worden de kosten van zorg of een andere dienst toegerekend aan het kalenderjaar waarin de zorg is genoten, met dien verstande dat de kosten van zorg of een andere dienst die in twee 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 aangevangen. De kosten van een Diagnose Behandeling Combinatie (DBC) worden toegerekend aan het kalenderjaar waarin de DBC is geopend."

- 8.3. Artikel 7 (2008 en 2009) van de zorgverzekering is volgens de artikelen 2.12 (2008) en 2.13 (2009) 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 waren ten tijde van het ontstaan van onderhavige kwestie 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.(...)"

- 8.5. De Zvw, het daarop gebaseerde Bzv en de Rzv, schrijven dwingend voor welke prestaties onder de zorgverzekering verzekerd dienen te zijn. De verzekerde die een zorgverzekering sluit heeft recht op niet meer of minder dan deze prestaties. De zorgverzekering is in dit opzicht een bijzondere, van overheidswege gereguleerde vorm van schadeverzekering. Het staat de ziektekostenverzekeraar niet vrij een dek-

king te bieden die hetzij ruimer dan wel beperkter is dan op grond van het bij of krachtens de Zvw bepaalde is voorgeschreven.

De hiervoor beschreven regeling, zoals opgenomen in de zorgverzekering, strookt met de toepasselijke regelgeving.

## 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 zijn in 2008 meerderjarig geworden zoon, en dat zij voor 2008 ieder een wettelijk verplicht eigen risico van € 150,- (de zoon € 100,-) en voor 2009 van € 155,- hebben.
- 9.2. De juistheid van de door de ziektekostenverzekeraar genoemde bedragen, die door deze met het eigen risico van 2008 en 2009 zijn verrekend, is door verzoeker niet bestreden. Ook is door hem niet bestreden dat de betreffende bedragen meetellen in het kader van de eigen risico-regeling en dat het eigen risico van betrokkenen voor genoemde jaren nog niet was vol gemaakt. Enkel de vraag of de vordering ter zake van het eigen risico tijdig is ingesteld houdt partijen verdeeld.
- 9.3. 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 het 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. Daarop is de algemene verjaringstermijn zoals opgenomen in het Burgerlijk Wetboek van toepassing. Ingevolge artikel 3:307 BW verjaart een vordering vijf jaar na het opeisbaar worden. De ziektekostenverzekeraar heeft derhalve vijf jaar de tijd om het bedrag van het eigen risico van een verzekerde te vorderen. De wettelijke verjaringstermijn voor de vordering van de ziektekostenverzekeraar is derhalve nog niet verstreken.
- 9.4. De ziektekostenverzekeraar heeft zelf ervoor gekozen in zijn voorwaarden een termijn van drie jaren op te nemen waarbinnen hij zijn vordering moet instellen. Anders dan verzoeker aanvoert, blijkt uit het dossier dat de eerste mededeling over de vordering is gedaan op 21 oktober 2011, met als gevolg dat de verjaring voor een deel van de vordering van € 469,99 is gestuit. Door deze mededeling vallen de kosten die vanaf 21 oktober 2008 zijn gemaakt binnen de hiervoor bedoelde termijn van drie jaar, en voor zover de vordering hierop betrekking heeft – hetgeen te gelden heeft voor het bedrag van € 273,58 – is deze derhalve nog niet verjaard.
- 9.5. Het eigen risico met betrekking tot de jaren 2011 en 2012 is door verzoeker niet in het geschil gebracht.
- 9.6. Verzoeker heeft bij brief van 14 mei 2013 zijn vordering vermeerdert met een bedrag van € 131,99 betreffende de premie over de maand januari 2013 voor de beëindigde zorgverzekering van zijn zoon. De ziektekostenverzekeraar heeft deze vordering erkend, maar zich beroepen op verrekening hiervan met het openstaande bedrag, hetgeen geoorloofd is en ertoe leidt dat het met betrekking tot 2008 en 2009 openstaan-

de bedrag van € 273,58 dienovereenkomstig moet worden verminderd, zodat per saldo € 141,59 resteert.

### **Conclusie**

9.7. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen, zulks met inachtneming van hetgeen in 9.6 is overwogen.

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 26 juni 2013,

Voorzitter