

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen C te D, vertegenwoordigd door E te F
Zaak : Eigen risico
Zaaknummer : 2013.00054
Zittingsdatum : 25 september 2013

1. Partijen

De heer 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 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). Genoemde verzekering is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

De eveneens door verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar afgesloten aanvullende ziektekostenverzekering Beperkte Aanvullende Verzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 19 april 2010 van verzoeker een bedrag aan verplicht eigen risico 2009 ter hoogte van € 155,-- gevorderd.
- 3.2. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 14 juli 2010 van verzoeker een bedrag aan verplicht eigen risico 2010 ter hoogte van € 149,74 gevorderd.
- 3.3. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 30 november 2010 van verzoeker een bedrag aan verplicht eigen risico 2008 ter hoogte van € 110,-- gevorderd.
- 3.4. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 6 april 2011 van verzoeker een bedrag aan verplicht eigen risico 2011 ter hoogte van € 170,-- gevorderd.
- 3.5. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissingen gevraagd. Bij brief van 10 juli 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat het eigen risico 2008 ten onrechte bij hem in rekening is gebracht, zodat dit deel van de vordering vervalt, en dat hij voor het overige zijn beslissingen handhaaft.
- 3.6. Bij brief van 20 december 2012 heeft de incassogemachtigde van de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de vordering € 562,34 bedraagt, inclu-

sief rente en incassokosten.

- 3.7. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.8. Bij brief van 13 mei 2013 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar ten onrechte het bedrag van € 655,92 van hem vordert (hierna: het verzoek).
- 3.9. 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.
- 3.10. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 18 juli 2013 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 23 juli 2013 aan verzoeker gezonden.
- 3.11. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 25 juli 2013 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 19 september 2013 schriftelijk medegedeeld mondeling te willen worden gehoord.
- 3.12. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 25 september 2013 telefonisch respectievelijk in persoon gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. De vordering ter zake van het verplicht eigen risico 2009 en 2010 is onjuist. Met betrekking tot het verplicht eigen risico 2009 stelt verzoeker dat hij alle zorg in dat jaar zelf heeft betaald. Hij heeft geïnformeerd waarop de bijbehorende nota met nummer 7491554 zag, maar heeft hierop geen antwoord gekregen. Voorts is voor verzoeker onduidelijk waarvoor het verplicht eigen risico 2010 bij hem in rekening wordt gebracht. De bijbehorende nota met nummer 008342101949 geeft hierover geen uitsluitel.
De totale vordering dient derhalve te worden gecorrigeerd door de ziektekostenverzekeraar.
- 4.2. Het is incorrect dat de ziektekostenverzekeraar zo laat het verplicht eigen risico over de voorgaande jaren vordert. Hierdoor wordt verzoeker op kosten gejaagd, waardoor financiële problemen ontstaan. Daarnaast blijkt dat de ziektekostenverzekeraar niet precies weet waarvoor het eigen risico in rekening wordt gebracht. Verzoeker stelt dit vreemd te vinden.
- 4.3. Verzoeker heeft zich al vanaf 2010 bij de ziektekostenverzekeraar beklagd over het in rekening brengen van het verplicht eigen risico. Hierop werd óf niet gereageerd óf de antwoorden waren onduidelijk. Als al een klacht werd afgehandeld, werden de betreffende brieven naar een verkeerd adres gestuurd. Hierdoor kon verzoeker geen kennis nemen van de reacties van de ziektekostenverzekeraar. Zo is verzoeker pas op 20 december 2012 bekend geworden met de inhoud van de brief van de ziekte-

kostenverzekeraar van 10 juli 2012. Verzoeker verklaart in de periode van 2010 tot en met 2012 meerdere malen te zijn verhuisd. De ziektekostenverzekeraar is hierover telkens geïnformeerd. Overigens werden premienota's wel naar het juiste adres gestuurd.

- 4.4. De ziektekostenverzekeraar heeft de vordering ten onrechte overgedragen aan de incassogemachtigde.
- 4.5. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat hij in 2009 is gesteriliseerd. De nota hiervan bedroeg ruim € 500,--, en er heeft geen vergoeding plaatsgevonden door de ziektekostenverzekeraar. Wel wordt het eigen risico van hem gevorderd. Verzoeker is derhalve niet gehouden dit te voldoen. Voorts heeft ambulancevervoer plaatsgevonden. Verzoeker stelt dat dit ten laste komt van een andere verzekering. Verzoeker verklaart dat de ziektekostenverzekeraar meerdere malen een deurwaarder heeft ingeschakeld. Dit is onterecht, omdat hem nimmer is duidelijk gemaakt hoe de vordering ter zake van het eigen risico was opgebouwd en waarom hij gehouden was deze te voldoen.
- 4.6. 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 heeft iedereen van 18 jaar en ouder een verplicht eigen risico voor de zorgverzekering. In artikel 19 Zvw is de verrekening geregeld. Deze regeling houdt in dat nota's voor zorg nog tot 31 december van het jaar volgend op het jaar waarin de zorg is genoten ten laste van het eigen risico mogen worden gebracht. De ziektekostenverzekeraar mag zelf bepalen hoe dit in rekening wordt gebracht, en in beperkte mate ook tot wanneer. Deze termijn is door de ziektekostenverzekeraar beperkt tot drie jaar, aangezien een verzekerde ook maximaal drie jaar de tijd heeft een declaratie in te dienen.
 - 5.2. Het eigen risico is van toepassing op kosten die ten laste van de zorgverzekering worden vergoed. Uitgezonderd zijn huisartsenzorg, kraamzorg, jeugdtandzorg en hulpmiddelen in bruikleen. Ziekenhuiskosten, kaakchirurgie, ambulancevervoer, en soms ook fysiotherapie, worden vergoed ten laste van de zorgverzekering, en zodoende verrekend met het verplicht eigen risico. De ziektekostenverzekeraar heeft declaraties van de diverse zorgverleners voorgesloten. Het eigen risico wordt daarom van verzoeker gevorderd.
 - 5.3. Het eigen risico 2009 (€ 155,--) betreft een poliklinische behandeling in het Ikazia Ziekenhuis. De kosten hiervan zijn vergoed ten laste van de zorgverzekering. Derhalve zijn deze terecht verrekend met het verplicht eigen risico.
 - 5.4. Het eigen risico 2010 (€ 149,74) betreft ambulancevervoer op 5 juni 2010. De kosten hiervan zijn vergoed ten laste van de zorgverzekering. Uit verzoekers e-mailbericht van 15 november 2011 concludeert de ziektekostenverzekeraar dat voornoemd bedrag geen vragen oplevert.
 - 5.5. Naar de stand van 18 juli 2013 bedraagt de betalingsachterstand € 655,92. Dit bedrag ziet op het verplicht eigen risico 2009, 2010, 2011 en 2012, en de premie voor

december 2012.

5.6. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat de sterilisatie in oktober 2008 heeft plaatsgevonden. Dit is geen verzekerde zorg, zodat de kosten niet zijn vergoed ten laste van de zorgverzekering of de aanvullende ziektekostenverzekering. Overigens heeft de ziektekostenverzekeraar de betreffende nota pas in 2012 ontvangen. De ziektekostenverzekeraar stelt dat het eigen risico 2010 ziet op ambulancevervoer. Deze zorg is niet uitgesloten van de eigen risicoregeling. Verzoeker zou eventueel de kosten kunnen verhalen. Dit betekent echter niet dat het eigen risico niet is verschuldigd. De vordering blijft zodoende gehandhaafd. Voorts verklaart de ziektekostenverzekeraar dat eerder is aangeboden de vordering bij de deurwaarder terug te halen als verzoeker binnen drie weken zou betalen. Dit is echter niet gebeurd.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 10 van de zorgverzekering (2009-2010) 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 ziektekostenverzekeraar terecht het eigen risico 2009 en 2010 van verzoeker vordert, en of de ziektekostenverzekeraar terecht heeft besloten tot overdracht van de betreffende vorderingen aan zijn incassogemachtigde.

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 verplicht eigen risico, en luidt, voor zover hier van belang:

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

7.3. Voor welke zorgvormen geldt het verplicht eigen risico

Het verplicht eigen risico geldt voor alle zorgvormen zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden, met uitzondering van:

- de kosten van huisartsenzorg;*
- de kosten van zorg in verband met zwangerschap, bevalling en kraambed;*
- de kosten voor mondzorg voor verzekerden jonger dan 22 jaar zoals beschreven in artikel 29.1 met uitzondering van de chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek en de uitneembare volledige prothetische voorzieningen;*
- hulpmiddelen in bruikleen. Kosten zoals bezorging en onderhoud tellen wel mee voor het verplicht eigen risico;*

- de kosten van door [naam ziektekostenverzekeraar] in dit kader nader aan te wijzen zorgproducten, zorgproducten of -diensten van voorkeursleveranciers en voorkeursprogramma's. (...);
- eventuele eigen bijdragen en/of eigen betalingen. (...)

7.5. Berekening verplicht eigen risico

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."

Artikel 7 van de zorgverzekering 2010 is gelijklopend met dien verstande dat het verplicht eigen risico in 2010 € 165,-- bedraagt.

- 8.3. Artikel 7 van de zorgverzekering (2009-2010) is volgens artikel 2 van de zorgverzekering (2009-2010) gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.4. Het verplicht eigen risico is naar aard en omvang geregeld in artikel 18a (oud) Zvw (2009) en artikel 19 Zvw (2010), en verder uitgewerkt in de artikelen 2.17 en 2.18 Bzv.

9. Beoordeling van het geschil

- 9.1. Tussen partijen is in geschil of in de jaren 2009 en 2010 door de ziektekostenverzekeraar kosten zijn vergoed op grond van de zorgverzekering, welke kosten, voor zover vallend binnen de respectieve eigen risicobedragen, door verzoeker moeten worden gedragen.
- 9.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat het eigen risico 2009 ziet op een poliklinische ziekenhuisbehandeling. Verzoeker heeft gesteld dat hij de kosten hiervan rechtstreeks aan het ziekenhuis heeft betaald. Uit de stukken blijkt dat het gaat om notanummer 7491554 met een bijbehorend bedrag van € 316,90. Door verzoeker is niet aannemelijk gemaakt dat door hem € 155,-- respectievelijk € 316,90 is betaald aan de ziektekostenverzekeraar onderscheidenlijk het ziekenhuis. Derhalve ligt de vordering ter zake van het eigen risico 2009 ten bedrage van € 155,-- voor toewijzing gereed.
- 9.3. Volgens opgave van de ziektekostenverzekeraar ziet het eigen risico 2010 op ambulancevervoer. Verzoeker stelt dat hem onduidelijk is waar het eigen risico 2010 betrekking op heeft; de nota biedt hem hierover geen uitsluit. Naar het oordeel van de commissie is door de ziektekostenverzekeraar in voldoende mate gespecificeerd waar het eigen risico 2010 op ziet. Verzoeker heeft daarentegen niet aannemelijk gemaakt dat het hiermee gemoeide bedrag door hem is betaald, hetzij aan de ziektekostenverzekeraar dan wel aan de zorgaanbieder. Derhalve ligt de vordering ter zake van het eigen risico 2010 ten bedrage van € 165,-- voor toewijzing gereed.
- 9.4. Met betrekking tot de stelling van verzoeker dat de ziektekostenverzekeraar het verplicht eigen risico erg laat in rekening brengt, merkt de commissie het volgende op.

Artikel 18a (oud) en artikel 19 Zvw bepalen 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 welk moment (i) het eigen risico aan de verzekeringnemer in rekening mag worden gebracht en of (ii) hiervoor een betalingsherinnering moet worden verstuurd. Daarom dient voor de invordering te worden uitgegaan van de algemene in het BW opgenomen bepalingen.

Ingevolge artikel 3:307 BW verjaart een vordering tot nakoming van een verbintenis uit overeenkomst, gelijk hier de vordering tot betaling van het eigen risico, door verloop van vijf jaren na de aanvang van de dag, volgende op die waarop de vordering opeisbaar is geworden. De ziektekostenverzekeraar heeft deze termijn teruggebracht tot drie jaar.

Uit de stukken blijkt dat verzoeker tijdig is ingelicht over het bestaan van de onderhavige vorderingen en dat op het moment dat aanspraak op betaling van (gedeeltes van) deze vorderingen werd gemaakt, voornoemde termijn van drie jaar nog niet was verstreken. Aangezien verzoeker nalatig is gebleven de verschuldigde bedragen te voldoen, stond het de ziektekostenverzekeraar vrij incassomaatregelen te treffen en de hieraan verbonden kosten, overeenkomstig artikel 6:96 sub b BW, op verzoeker te verhalen.

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, 9 oktober 2013,

Voorzitter