



**SKGZ**



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen C en D, beide te E  
Zaak : Verlaging eigen risico 2006  
Zaaknummer : 201303317  
Zittingsdatum : 1 oktober 2014



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



(Voorwaarden zorgverzekering 2006, artt. 19, 21, 22 en 23 Zvw)

---



1. Partijen



A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen



1) C te E, en

2) D te E,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.



2. De verzekeringssituatie



2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] Basispolis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen [naam ziektekostenverzekeraar] Compactpolis en Tand Compact afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Alle hiervoor genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten 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. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 6 februari 2007 van verzoeker een bedrag van € 378,77 aan vrijwillig eigen risico voor 2006 gevorderd.



3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 5 december 2013 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 23 maart 2014 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is het bedrag dat bij hem in rekening is gebracht ter zake het eigen risico 2006 met € 40,-- te verlagen (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 9 mei 2014 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 28 augustus 2014 aan verzoeker gezonden.



3.7. Verzoeker heeft op 1 september 2014 gereageerd op het onder 3.6 bedoelde standpunt van de ziektekostenverzekeraar. Een afschrift van deze reactie is op 8 september 2014 aan de wederpartij gezonden.



3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 1 september 2014 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 17 september 2014 schriftelijk medegedeeld eveneens niet te willen worden gehoord.



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



4.1. Verzoeker heeft in 2006 een behandeling ondergaan in het Lange Landziekenhuis. Voor deze behandeling heeft het ziekenhuis een bedrag ter grootte van € 494,93 in rekening gebracht bij de ziektekostenverzekeraar. Genoemd bedrag heeft de ziektekostenverzekeraar vervolgens verrekend met het eigen risico voor 2006 waardoor verzoeker € 378,77 diende te voldoen.



4.2. Verzoeker is er in 2013 achter gekomen dat zowel de factuur van het ziekenhuis als de berekening van de ziektekostenverzekeraar onjuist is. In de eerste plaats blijkt uit een brief van 9 oktober 2013 van de Nederlandse Zorgautoriteit (hierna: NZa) dat het ziekenhuis voor de betreffende behandeling slechts een bedrag van € 454,49 in rekening mocht brengen. In de tweede plaats is door het ziekenhuis een bedrag van € 332,-- berekend ter zake van de zorgkosten. Op de specificatie van het eigen risico voor 2006 staat echter een bedrag van € 372,44 genoemd. Gelet op het voorgaande meent verzoeker dat hij ongeveer € 40,-- te veel heeft voldaan.



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 wenst in de eerste plaats op te merken dat in 2006 en 2007 de declaratietermijn 36 maanden bedroeg. Dit betekent dat verzoeker 37 maanden de tijd had om de nota's bij de ziektekostenverzekeraar te declareren. Vast staat dat de ziektekostenverzekeraar verzoeker op 6 februari 2007 heeft geïnformeerd dat een bedrag van € 378,77 in rekening wordt gebracht ter zake het eigen risico voor 2006. Aangezien verzoeker eerst in 2013 heeft gereclameerd stelt de ziektekostenverzekeraar dat de vordering van verzoeker is verjaard. Mocht de commissie echter ander oordelen, dan geldt het volgende.



5.2. Op de factuur van het Lange Landziekenhuis staat een bedrag van € 332,-- ziekenhuiskosten en € 122,05 honorarium, terwijl het totaalbedrag € 494,49 is. Dit lijkt de ziektekostenverzekeraar niet juist. In de brief van de NZa worden bedragen genoemd van € 332,-- en € 122,05 en een totaalbedrag van € 454,49. Ook dit totaalbedrag kan niet kloppen. Aangezien verzoeker een vrijwillig eigen risico van € 500,-- had gekozen en per abuis slechts € 378,77 in rekening is gebracht, is evenwel van een financieel nadeel aan zijn kant geen sprake.



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



#### 6. De bevoegdheid van de commissie



6.1. Gelet op artikel 18 van de zorgverzekering is de commissie 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.



6.2. De commissie is niet bevoegd ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering van vóór 1 januari 2008.

 7. Het geschil

- 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is het bedrag dat bij verzoeker is gevorderd ter zake het eigen risico voor 2006 te verlagen met € 40,--.

 8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

- 8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.

- 8.2. Artikel 12 van de 'Algemene Voorwaarden' van de zorgverzekering regelt het eigen risico en luidt, voor zover hier van belang:

*"1 De [naam ziektekostenverzekeraar] Basispolis kent 6 varianten van eigen risico: € 0,-, € 100,-, € 200,-, € 300,-, € 400,- en € 500,- per kalenderjaar voor verzekerden van 18 jaar en ouder. De bij de eigen risico's behorende kortingen op de premiegrondslag zijn opgenomen in de 'Bijlage bij artikel 12 Eigen risico'. Het door de verzekeringnemer gekozen eigen risico met de bijbehorende korting op de premiegrondslag wordt vermeld op het polisblad.*

*2 De kosten van inschrijving bij een huisarts of bij een instelling die huisartsenzorg verleent vallen buiten de kosten van het eigen risico.*

*3 Bedragen, die op grond van deze polis voor rekening van de verzekerde komen of blijven worden voor de beantwoording van de vraag of een eigen risico wordt overschreden buiten beschouwing gelaten.*

*4 Kosten van zorg, die ten laste van deze polis worden vergoed, komen eerst in mindering op de no-claim als bedoeld in artikel 13, en worden daarna in de eventuele berekening van het eigen risico betrokken.*

*(...)"*

- 8.3. Artikel 9 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering bepaalt, voor zover hier van belang:

*"De verzekeringnemer of de verzekerde kan de voor vergoeding in aanmerking komende kosten – onder overlegging van de originele nota's – bij de verzekeraar declareren. De declaratie moet bij de verzekeraar worden aangeboden binnen 36 maanden nadat de verzekeringnemer of de verzekerde met het recht op vergoeding bekend is geworden. Hierbij dient gebruik gemaakt te worden van een door verzekeraar te verstrekken declaratieformulier. (...)"*

- 8.4. De artikelen 9 en 12 van de 'Algemene Voorwaarden' van de zorgverzekering zijn volgens artikel 4 van de 'Algemene Voorwaarden' van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.5. De mogelijkheid tot het afsluiten van een vrijwillig eigen risico is geregeld in de artikelen 19, 20, 21 en 23 lid 3 (oud) Zvw.

- 8.6. 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 dekking 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

 9.1. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat de kwestie niet meer kan worden behandeld aangezien sprake is van verjaring. De vraag is of dit in het onderhavige geval wel juist is. Wat daar ook van zij, de commissie is van oordeel dat het verzoek van verzoeker hoe dan ook moet stranden vanwege een gebrek aan belang. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.

 9.2. Vast staat dat verzoeker in 2006 had gekozen voor een vrijwillig eigen risico van € 500,--. Ten tijde van de zorgverlening was dit eigen risico nog niet vol gemaakt. Voorts is niet in geschil dat de onderhavige zorg onder het eigen risico valt. Ter zake van de verleende ziekenhuiszorg is door het ziekenhuis in 2006 een nota verzonden ter hoogte van € 494,49. Hiervan is door de ziektekostenverzekeraar op 6 februari 2007 bij verzoeker abusievelijk slechts een bedrag van € 378,77 in rekening gebracht.

 9.3. Mocht de stelling van verzoeker juist zijn dat het door het ziekenhuis in rekening te brengen bedrag € 40,-- lager had moeten zijn, dan nog kan hem dit niet baten, waar het betreft de hoogte van het door de ziektekostenverzekeraar bij hem in rekening gebrachte eigen risico 2006. Dit ware anders geweest indien voornoemd bedrag van € 494,49 bij verzoeker als eigen risico in rekening zou zijn gebracht, terwijl dit, uitgaande van de stellingen van verzoeker, € 40,-- lager had behoren te zijn.

 9.4. Aangezien het bij verzoeker in rekening gebrachte eigen risico 2006 ter zake van de ziekenhuisopname hoe dan ook lager is dan het door verzoeker kennelijk als juist ervaren bedrag van € 459,49, heeft verzoeker bij zijn verzoek geen belang.

**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, 1 oktober 2014,

 Voorzitter