

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen C te D, vertegenwoordigd door E te F
Zaak : Eigen risico, verjaring, betalingsachterstand
Zaaknummer : 2012.01051
Zittingsdatum : 21 november 2012

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 2008-2011, paragraaf 3.3 Zvw, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2009-2011)

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 waren verzoeker en zijn partner 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 voor de jaren 2009 tot en met 2011 ten behoeve van verzoeker en zijn partner bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Uitgebreide Aanvullende Verzekering afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).

Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Bij brief van 16 december 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat hij als verzekeringnemer een bedrag van in totaal € 601,72 is verschuldigd ter zake van het verplichte eigen risico voor de jaren 2008 en 2009 voor hem en zijn partner.

- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormeld standpunt gevraagd. Bij brief van 5 april 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te handhaven.

- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een wijziging van het standpunt van de ziektekostenverzekeraar.

- 3.4. Bij brief van 25 juli 2012 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de vordering van de ziektekostenverzekeraar ten aanzien van het verplichte eigen risico wordt afgewezen (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 oktober 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 12 oktober 2012 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Verzoeker is in de gelegenheid gesteld te reageren op de in overweging 3.6 bedoelde standpunt van de ziektekostenverzekeraar. Van de geboden mogelijkheid heeft verzoeker geen gebruik gemaakt.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben op 23 oktober 2012 onderscheidenlijk 6 november 2012 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.9. Verzoeker heeft de commissie bij brief van 10 november 2012 aanvullende informatie gezonden. Een afschrift hiervan is op 13 november 2012 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 3.10. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 21 november 2012 telefonisch gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. In april 2012 werd verzoeker geconfronteerd met vorderingen uit 2008 en 2009. De betreffende bedragen zijn voor hem niet herkenbaar. De ziektekostenverzekeraar dient daarom de onderliggende documenten van deze vorderingen over te leggen, gelijk verzekerden originele rekeningen dienen over te leggen bij het declareren van zorgkosten. Daarnaast wil verzoeker uitleg over de wijze van berekening van het verplichte eigen risico.
- 4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft het verplichte eigen risico voor 2008 en 2009 te laat bij verzoeker in rekening gebracht. De ziektekostenverzekeraar geeft aan dat de vorderingstermijn is teruggebracht tot drie jaar. Verzoeker dient declaraties echter binnen één jaar in te dienen. Het is onredelijk dat voor de ziektekostenverzekeraar een ruimere termijn geldt. Nu het eigen risico niet tijdig is gevorderd, dient dit deel van de vordering te worden kwijtgescholden.
- 4.3. In 2011 is de premie elke maand tijdig voldaan. De administratie van de ziektekostenverzekeraar is niet op orde. Hierdoor is verzoeker financieel geschaad. Verzoeker tekent hierbij aan dat hij en zijn partner een brief van het College voor zorgverzekeringen (hierna: CVZ) van 11 april 2011 hebben ontvangen waarin wordt gesteld dat zij geen zorgverzekering hebben.
- 4.4. Ter zitting is door verzoeker zijn standpunt herhaald. Voorts heeft verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat zijn partner in 2007 een behandeling heeft ondergaan. De nota hiervan is in 2009 ingediend, echter dit bleek te laat. Onlangs ontving verzoeker

een aanmaning voor een bedrag van € 159,37, zodat hij er vanuit gaat dat de vordering is herzien. Tot slot heeft verzoeker gesteld dat de ziektekostenverzekeraar de afgelopen jaren al vele malen excuses heeft aangeboden. Het serviceniveau van de ziektekostenverzekeraar is erg laag.

4.5. Verzoeker komt tot de conclusie dat zijn verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Het verplichte eigen risico geldt voor de zorgverzekering. De kosten die met het eigen risico zijn verrekend, zijn op verzoek van verzoeker gespecificeerd. De aanvullende ziektekostenverzekering staat los van de zorgverzekering. De kosten die ten laste van deze verzekering worden gedeclareerd, worden niet verrekend met het verplichte eigen risico.

5.2. De vordering van het verplichte eigen risico 2008 en 2009 is gebaseerd op de geldende wet- en regelgeving. Artikel 18a (oud) Zvw regelt dat een rekening die na 31 december van een kalenderjaar bij een verzekerde 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 artikel regelt niet wanneer de 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 BW bedraagt deze termijn vijf jaar na het opeisbaar worden van de vordering. Verzekeraars hebben derhalve na indiening van de nota door de zorgverlener en uitgaande van tijdige verrekening van het eigen risico, vijf jaar de tijd om het bedrag met de verzekerde te verrekenen. Aangezien in de polisvoorwaarden de indientermijn voor de verzekerde voor diens declaraties wordt beperkt tot maximaal drie jaar, heeft de ziektekostenverzekeraar de vorderingstermijn voor het verplichte eigen risico teruggebracht tot maximaal drie jaar. Dit betekent dat het eigen risico over de jaren 2008 en 2009 met verzoeker verrekend mag worden, mits dit gebeurt binnen drie jaar nadat de rekening van de zorgverlener is ontvangen. Het eigen risico over de jaren 2008 en 2009 is op 16 december 2010 bij verzekerde in rekening gebracht. Als wordt uitgegaan van de oudste nota (betreffende verzoekers partner), welke nota op 28 februari 2008 is ontvangen, heeft verrekening hiervan met het eigen risico tijdig plaatsgevonden.

5.3. Van verzoeker is in 2009 één declaratie ontvangen. Deze declaratie met nummer 6804079 is op 21 juli 2009 afgewikkeld. De gedeclareerde bedragen zijn verrekend met het eigen risico en/of de eigen bijdrage. Er zijn in het systeem van de ziektekostenverzekeraar geen andere declaraties bekend die verzoeker in 2009 zelf heeft ingediend.

5.4. De indieningstermijn voor zorgkostennota's van één jaar, die destijds in de polisvoorwaarden was opgenomen, werd gehanteerd om een snelle en efficiënte verwerking van de nota's mogelijk te maken. Deze termijn staat los van de wettelijke termijn die geldt voor verrekening met het eigen risico.

5.5. Zorgkosten worden op elektronische wijze gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar. Hierdoor zijn geen papieren nota's aanwezig. Om verzoeker tegemoet te komen zijn uitdraaien van het systeem gemaakt van de declaraties die zijn verrekend met het

eigen risico 2008 en 2009. Deze uitdraaien bevestigen dat de verrekening met het eigen risico ter zake van deze nota's tijdig heeft plaatsgevonden.

- 5.6. Bij verzoeker is het eigen risico 2008, 2009 en 2011 van zowel hemzelf als zijn partner in rekening gebracht. Dit betreft een totaalbedrag van € 758,92. Van deze vordering staat, naar de stand van 9 oktober 2012, nog een bedrag van € 735,39 open. De verschuldigde premies zijn door verzoeker voldaan.
- 5.7. Er zijn diverse betalingsverzoeken, herinneringen en aanmaningen aan verzoeker gezonden, evenals de brief als bedoeld in artikel 18a Zvw. De vordering blijft gehandhaafd en verzoeker dient te voldoen aan zijn betalingsverplichting.
- 5.8. Zowel verzoeker als zijn partner is van 1 januari 2006 tot en met 31 december 2011 onafgebroken bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd geweest tegen ziektekosten. Het is dan ook onduidelijk op welke informatie het CVZ de brieven inzake de onverzekerde periode heeft gebaseerd. Ondanks de premieachterstand die tijdens de verzekerde periode is ontstaan, is de dekking van de zorgverzekering gedurende genoemde periode voor verzoeker en zijn partner ononderbroken van kracht geweest.
- 5.9. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt herhaald. Voorts heeft de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat steeds onduidelijk was waar de nota die in 2009 is ingediend op zag. Nu blijkt dat deze nota betrekking heeft op een behandeling van verzoekers partner die in 2007 heeft plaatsgevonden. Deze nota kan echter niet meer in behandeling worden genomen. Thans staat nog immer € 735,39 open, welk bedrag ziet op het eigen risico 2008, 2009 en 2011. Over deze vordering is in voldoende mate uitleg gegeven. De herinnering die verzoeker heeft ontvangen voor een bedrag van € 159,37, een gedeelte van de vordering, had niet verzonden mogen worden. De vordering is "on hold" gezet gedurende de procedure bij de commissie, zodat geen verdere aanmaningen worden gezonden.
- 5.10. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het onderhavige verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op artikel 11 van de zorgverzekering (2008) en artikel 7 van de aanvullende ziektekostenverzekering (2009) is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. In de zorgverzekeringen van 2009, 2010 en 2011, en de aanvullende ziektekostenverzekering van 2010 en 2011, zijn vergelijkbare bepalingen opgenomen.

7. Het geschil

- 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar terecht € 735,39 ter zake van het verplichte eigen risico 2008, 2009 en 2011 van verzoeker 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 zorgverzekering (2008) regelt het wettelijk verplichte eigen risico en luidt, voor zover hier van belang:

“Iedere verzekerde van achttien jaar en ouder heeft een verplicht eigen risico van € 150,- per kalenderjaar. (...)”

In de zorgverzekeringen van 2009 en 2011 zijn vergelijkbare bepalingen opgenomen. Het verplichte eigen risico voor het jaar 2009 bedraagt € 155,--, en voor het jaar 2011 € 170,--.

- 8.3. De verschuldigdheid van het wettelijk verplichte eigen risico en de mogelijkheid tot het afsluiten van een vrijwillig eigen risico zijn geregeld in de artikelen 18a (oud), 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. (...)”

9. Beoordeling van het geschil

Verjaring vordering eigen risico

- 9.1. Tussen partijen is niet in geschil dat verzoeker in 2008, 2009 en 2011 verzekeringnemer was voor zichzelf en zijn partner, en dat verzoeker en zijn partner ieder een wettelijk verplicht eigen risico hadden van € 150,-- in 2008, € 155,-- in 2009 en € 170,-- in 2011. Evenmin is in geschil dat in genoemde jaren kosten door de ziektekostenverzekeraar zijn vergoed op grond van de zorgverzekering, welke kosten, voor zover vallend binnen voornoemde eigen risicobedragen, door de verzekeringnemer dienen te worden betaald.
- 9.2. 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 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. Dat door de betrokken zorgaanbieders tijdig is gedeclareerd, vormt geen onderwerp van geschil.

Genoemd artikel geeft geen specifieke regeling met betrekking tot de vraag tot op welk moment het eigen risico aan de verzekeringnemer in rekening mag worden ge-

bracht. Daarom dient voor de invordering te worden uitgegaan van de algemene in het BW opgenomen verjaringstermijn.

- 9.3. 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. Uit de stukken blijkt dat verzoeker tijdig is ingelicht over het bestaan van de vordering en dat op het moment dat aanspraak op betaling van de vordering werd gemaakt voornoemde termijn van vijf jaar nog niet was verstreken. De ziektekostenverzekeraar heeft toegelicht dat door hem – in afwijking hiervan – een verjaringstermijn van drie jaar wordt gehanteerd, kennelijk tegen de achtergrond dat in artikel 7:942 BW is opgenomen dat een rechtsvordering tegen de verzekeraar in beginsel na drie jaren verjaart. De commissie stelt vast dat ook deze kortere verjaringstermijn nog niet was verstreken toen de vordering tegen verzoeker werd ingesteld.

Hoogte vordering eigen risico

- 9.4. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 9 oktober 2012 verklaard dat thans nog openstaat het verplichte eigen risico over de jaren 2008, 2009 en 2011 voor verzoeker en zijn partner, ten bedrage van in totaal € 735,39. Door de ziektekostenverzekeraar is toegelicht op welke zorgsoorten genoemd bedrag ziet en waarom de onderscheiden posten meetellen voor het eigen risico.
- 9.5. Verzoeker heeft daarentegen onvoldoende aannemelijk gemaakt dat het verschuldigde eigen risico over de jaren 2008, 2009 en 2011 voor hemzelf en zijn partner, reeds volledig is voldaan. De vordering bedraagt derhalve € 735,39, en ligt voor toewijzing gereed.

Conclusie

- 9.6. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af .

Zeist, 5 december 2012,

Voorzitter