

# **ANONIEM BINDEND ADVIES**

Partijen : A te B tegen C te D vertegenwoordigd door E te F  
Zaak : Eigen risico, tandheelkundige zorg, terugvordering  
Zaaknummer : 2011.00511  
Zittingsdatum : 28 september 2011

1. Partijen

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). Verder waren ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Basis Tand en Beperkte Aanvullende Verzekering afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide 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. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 8 december 2010 bij verzoeker het eigen risico 2008 en 2009 voor hemzelf en voor zijn echtgenote, en onterecht vergoede kosten ter zake van tandheelkundige zorg bij verzoekers echtgenote in rekening gebracht, zijnde een bedrag van in totaal € 725,28.

3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 31 maart 2011 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 ongedateerde brief, ontvangen op 27 juni 2011, heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar ten onrechte het bedrag van € 725,28 ter zake van het eigen risico 2008 en 2009, en tandheelkundige zorg bij hem in rekening brengt (hierna: het verzoek).

3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 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 4 augustus 2011 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 5 augustus 2011 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 10 augustus 2011 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 12 september 2011 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 28 september 2011 telefonisch gehoord.
- 3.9. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 30 september 2011 zijn voorstel voor een betalingsregeling voor de openstaande vordering van € 471,43 kenbaar gemaakt.
- 3.10. Verzoeker heeft de commissie op 9 november 2011 telefonisch medegedeeld akkoord te gaan met de onder 3.9 genoemde betalingsregeling.

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

- 4.1. Verzoeker stelt dat hij pas in 2010 bericht kreeg van de ziektekostenverzekeraar dat het eigen risico 2008 en 2009 voor hem en zijn echtgenote in rekening werd gebracht. Bovendien werd een bedrag van € 193,70 in verband met ten onrechte uitbetaalde kosten van tandheelkundige zorg bij verzoekers echtgenote teruggevorderd. Het gaat om een totaalbedrag van € 725,28, en hiervoor is een betalingsregeling getroffen. Deze vordering is voor verzoeker onverdraaglijk. Bovendien klopt de berekening niet. Verzoeker stelt het bezwaarlijk te vinden dat hij voor de problemen van de ziektekostenverzekeraar met betrekking tot het in rekening brengen van het eigen risico, moet opdraaien. Doordat verzoeker nu het eigen risico 2010 en 2011, de lopende maandpremies, en de maandelijkse aflossing op de vordering van € 725,28 moet betalen, komt hij in de financiële problemen.
- 4.2. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat hij de hoogte van de vordering niet betwist. Financieel komt de rekening hem nu echter zeer slecht uit. Het inkomen van zijn partner en hem is aanzienlijk gedaald.
- 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 stelt dat het eigen risico 2008 en 2009 laat in rekening is gebracht door een systeemtechnisch probleem. Het is begrijpelijk dat verzoeker door de vordering onaangenaam werd verrast. Hiervoor biedt de ziektekostenverzekeraar zijn excuses aan. Voorts stelt de ziektekostenverzekeraar dat deze wijze van verrekenen wel is toegestaan. Conform artikel 19 Zvw en artikel 3:307 BW worden de zorgkosten terecht ten laste gebracht van het eigen risico 2008 en 2009, en deze vordering is tijdig ingesteld. De ziektekostenverzekeraar heeft namelijk de verjaringstermijn, in afwijking van hetgeen is bepaald in artikel 3:307 BW, teruggebracht naar drie jaar. Voorts wordt € 193,70 teruggevorderd vanwege onterecht vergoede kosten

ter zake van tandheelkundige hulp bij verzoekers echtgenote. Het bedrag van € 725,28 wordt derhalve terecht bij verzoeker in rekening gebracht.

- 5.2. De ziektekostenverzekeraar stelt voorts dat verzoeker bij brief van 16 december 2010 een voorstel voor een betalingsregeling is gedaan voor het bedrag van € 725,28. Dit voorstel is niet getekend retour gezonden, maar verzoeker heeft inmiddels wel drie termijnen voldaan. De ziektekostenverzekeraar gaat er dan ook vanuit dat verzoeker het voorstel voor de betalingsregeling stilzwijgend heeft geaccepteerd.
- 5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat verzoeker verantwoordelijk blijft voor het in rekening gebrachte bedrag. Gelet op de regelgeving is het bedrag niet te laat in rekening gebracht. Voorts stelt de ziektekostenverzekeraar dat thans zeven termijnen openstaan van de betalingsregeling die is overeengekomen voor de vordering.
- 5.4. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

## 6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is 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.

## 7. Het geschil

- 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar terecht het eigen risico 2008 en 2009 en onterecht vergoede kosten ter zake van tandheelkundige zorg, ten bedrage van in totaal € 725,28, bij verzoeker in rekening brengt.

## 8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

- 8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.
- 8.2. De zorgverzekering betreft een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 13 tot en met 38 van de zorgverzekering. Artikel 7 van de zorgverzekering 2008 regelt het verplicht eigen risico. Voor zover hier van belang, luidt dit artikel als volgt:

### ***“Artikel 7 Verplicht eigen risico***

#### 7.1.

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

#### 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 tandheelkundige zorg voor verzekerden tot 22 jaar zoals beschreven in artikel 29.1 met uitzondering van de chirurgische tand-*

*heelkundige 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.*

**7.3.**

*Het bedrag van het verplicht eigen risico, genoemd in lid 7.1, wordt jaarlijks geïndexeerd volgens het bepaalde in de Zvw.*

*(...)*

**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 van de zorgverzekering 2009 regelt het verplicht eigen risico. Voor zover hier van belang, luidt dit artikel als volgt:

**“Artikel 7 Verplicht eigen risico**

**7.1. Hoogte verplicht eigen risico**

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

**7.2. Indexering verplicht eigen risico**

*Het bedrag van het verplicht eigen risico, genoemd in lid 7.1, wordt jaarlijks geïndexeerd volgens het bepaalde in de Zvw.*

**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. Informatie over deze zorgproducten en -diensten en voorkeursprogramma's kunt u raadplegen via [www.\[naam ziektekostenverzekeraar\].nl](http://www.[naam ziektekostenverzekeraar].nl). Deze informatie is ook telefonisch op te vragen, telefoonnummer: 0900 - 8490;*
  - eventuele eigen bijdragen en/of eigen betalingen. 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.*
- (...)*

**7.5. 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.”*

- 8.4. Artikel 7 van de zorgverzekering (2008-2009) is volgens artikel 2 van de zorgverzekering (2008-2009) gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.5. Artikel 11, lid 1, onderdeel a Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Het eigen risico is geregeld in paragraaf 3.4 Zvw, en nader uitgewerkt in de artikelen 2.17, 2.18 en 2.19 Bzv.
- 8.6. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.

## 9. Beoordeling van het geschil

- 9.1. Verzoeker heeft niet gesteld dat de genoten zorg ten onrechte ten laste van het eigen risico van het betreffende jaar is gebracht. Wel heeft verzoeker gesteld dat de berekening van het bedrag van € 725,28 onjuist is. De beoordeling door de commissie spitst zich zodoende toe op de vraag of het bedrag van € 725,28 – bestaande uit het eigen risico 2008 en 2009 en onterecht vergoede kosten van tandheelkundige zorg – correct is berekend, én op de vraag of dit bedrag terecht pas eerst in 2010 wordt gevorderd van verzoeker.

### **Eigen risico 2008**

- 9.2. Verzoeker had in 2008 een verplicht eigen risico van € 150,--. De door hem in 2008 genoten zorg (farmaceutische zorg en laboratoriumonderzoek) komt ten laste van de zorgverzekering en valt niet onder de zorgvormen die zijn uitgezonderd van het eigen risico, zodat het bedrag van € 150,-- terecht is verrekend. De echtgenote van verzoeker had in 2008 eveneens een verplicht eigen risico van € 150,--. De door de echtgenote van verzoeker genoten zorg (geneeskundige zorg en farmaceutische zorg) komt ten laste van de zorgverzekering en valt niet onder de zorgvormen die zijn uitgezonderd van het eigen risico, zodat het bedrag van € 150,-- ook in haar geval terecht is verrekend.

### **Eigen risico 2009**

- 9.3. Verzoeker had in 2009 een verplicht eigen risico van € 155,--. Een bedrag van € 23,42 (farmaceutische zorg) is door de ziektekostenverzekeraar reeds ingehouden bij verzoeker. Daarnaast is van hem € 131,58 gevorderd ter zake van kosten die ten laste van de zorgverzekering komen en die vallen onder het eigen risico 2009 (farmaceutische zorg en laboratoriumonderzoek). Voor het jaar 2009 is aldus het eigen risico van € 155,-- (€ 23,42 + € 131,58) bereikt.

- 9.4. De echtgenote van verzoeker had in 2009 eveneens een verplicht eigen risico van € 155,--. Een bedrag van € 6,91 (farmaceutische zorg) is reeds ingehouden. Daarnaast is totaal € 148,09 gevorderd ter zake van kosten die ten laste van de zorgverzekering komen en die vallen onder het eigen risico 2009 (geneeskundige zorg). Voor het jaar 2009 is aldus het eigen risico van € 155,-- (€ 6,91 + € 148,09) bereikt.

### **Tandheelkundige zorg**

- 9.5. Voorts vordert de ziektekostenverzekeraar € 193,70 ter zake van onterecht vergoede kosten voor tandheelkundige zorg. Dit betreft de echtgenote van verzoeker. Zij had in 2008 op basis van de aanvullende ziektekostenverzekering recht op maximaal € 350,-- per kalenderjaar voor tandheelkundige zorg. De ziektekostenverzekeraar heeft echter € 543,70 uitgekeerd voor tandheelkundige zorg. Het voorgaande is door verzoeker niet bestreden. Derhalve vordert de ziektekostenverzekeraar terecht € 193,70 (€ 543,70 - € 350,--) ter zake van onderhavige tandheelkundige zorg.
- 9.6. De commissie concludeert dat de ziektekostenverzekeraar terecht € 725,28 (€ 150,-- + € 150,-- + € 131,58 + € 148,09 + € 193,70 - € 48,09 (teveel betaald en verrekend met het eigen risico 2009 van verzoeker)) vordert van verzoeker.
- 9.7. Partijen zijn ter zitting voor het resterende bedrag van € 471,43 (€ 725,28 - € 253,85 (reeds betaalde termijnen)) een nieuwe betalingsregeling overeengekomen. Verzoeker zal voornoemd bedrag in vijftien maandelijkse termijnen voldoen. De ziektekostenverzekeraar heeft aangetekend dat, indien verzoeker problemen voorziet met betalen, hij contact dient op te nemen met de afdeling debiteuren. De termijn kan dan worden uitgesteld, zodat incassokosten worden voorkomen.

### **Conclusie**

- 9.8. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
- 9.9. De commissie stelt vast dat partijen een betalingsregeling zijn overeengekomen voor het bedrag van € 471,43.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.
- 10.2. De commissie stelt hetgeen onder 9.7 is omschreven vast.

Zeist, 23 november 2011,

Voorzitter