

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen C te D, vertegenwoordigd door E te F
Zaak : Eigen risico, verjaring, teveel uitgekeerde bedragen alternatieve geneeswijzen
Zaaknummer : 2012.02333
Zittingsdatum : 6 maart 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 waren verzoeker, zijn echtgenote en zijn meerderjarige kinderen bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam gevolmachtigde/ naam ziektekostenverzekeraar] Zorgverzekering, variant Natura (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker en zijn gezinsleden bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Uitgebreide Aanvullende Verzekering afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

De eveneens afgesloten aanvullende ziektekostenverzekering Basis Tand is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

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 € 1.041,65 verschuldigd is ter zake van het verplicht eigen risico 2008 en 2009 voor zichzelf, zijn echtgenote en zijn meerderjarige kinderen, en de teveel uitgekeerde vergoeding betreffende alternatieve geneeswijzen ten behoeve van zijn echtgenote.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar bij brief van 11 januari 2011 om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Hierop heeft hij geen reactie ontvangen.
- 3.3. Bij brief van 12 maart 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker een herinnering gezonden voor het openstaande bedrag, dat inmiddels was verhoogd tot € 1.651,75, nadat was gebleken dat € 624,75 ten onrechte aan verzoeker werd betaald.
- 3.4. Verzoeker heeft bij brief van 2 april 2012 om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Hij gaat akkoord met de gevorderde bedragen ter zake van het eigen risico 2010 en 2011, maar niet met de overige bedragen. Bij brief van 4 juli 2012 heeft de

ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

- 3.5. Nadat verzoeker de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen had benaderd, heeft de Ombudsman Zorgverzekeringen hem op 24 oktober 2012 medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling. Verzoeker is daarbij gewezen op de mogelijkheid de kwestie voor bindend advies voor te leggen aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen.
- 3.6. Bij brief van 4 november 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 2008 en 2009 en de teveel uitgekeerde vergoeding betreffende alternatieve geneeswijzen ten behoeve van zijn echtgenote wordt afgewezen (hierna: het verzoek).
- 3.7. 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.
- 3.8. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 17 december 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 15 januari 2013 aan verzoeker gezonden.
- 3.9. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 27 januari 2013 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden. Hij heeft hierbij een schriftelijke reactie op voornoemde brief van de ziektekostenverzekeraar gevoegd. Een afschrift hiervan is op 5 februari 2013 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 15 februari 2013 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.10. De commissie heeft op 6 maart 2013 tweemaal tevergeefs geprobeerd telefonisch contact te krijgen met verzoeker voor zijn deelname aan de hoorzitting. Hierbij is een boodschap achtergelaten op zijn voicemail. Aangezien verzoeker correct is opgeroepen voor de telefonische hoorzitting, en het niet is gelukt contact met hem te krijgen op het door hem opgegeven telefoonnummer, is voor hem de mogelijkheid tot het geven van een mondelinge toelichting vervallen.
- 3.11. De ziektekostenverzekeraar is op 6 maart 2013 telefonisch gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. In december 2010 werd verzoeker geconfronteerd met vorderingen uit 2008 en 2009. Op een, gedagtekend 11 januari 2011, verstuurd brief aan de ziektekostenverzekeraar over het onderhavige onderwerp is nimmer een reactie ontvangen.
- 4.2. Bij brief van 12 maart 2012 is de ziektekostenverzekeraar een incassoprocedure gestart voor de betreffende vorderingen. Dit is vier jaar nadat de kosten zijn gemaakt. Hiermee heeft de ziektekostenverzekeraar "alle behoorlijke termen en termijnen van rechtszekerheid" overschreden. In het kader van de rechtszekerheid moet verzoeker erop kunnen vertrouwen dat de ziektekostenverzekeraar zijn administratie op orde

heeft en zijn werk goed doet. Verzoeker beschouwt de afdoening van zijn declaraties van 2008 en 2009 in de betreffende jaren als definitief en onherroepelijk en kan zich om die reden niet verenigen met het door de ziektekostenverzekeraar ingenomen standpunt. Het handelen van de ziektekostenverzekeraar is onbehoorlijk en haalt het draagvlak van de Zvw onderuit.

- 4.3. Thans is nog in geschil de verschuldigdheid van een bedrag van € 244,-- in verband met een in 2008 verstrekte vergoeding waarvan de ziektekostenverzekeraar achteraf (in 2012) heeft gesteld dat dit bedrag is betaald bovenop de maximale vergoeding waarop ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering aanspraak bestaat, en van een bedrag van € 469,29 ter zake van het eigen risico dat niet eerder in rekening is gebracht vanwege kosten die in 2008 en 2009 door de ziektekostenverzekeraar rechtstreeks zijn vergoed aan enkele zorgverleners.
- 4.4. Verzoeker heeft echter destijds een “definitieve afrekening” ontvangen van de ziektekostenverzekeraar voor de zorg die ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering is vergoed. De ziektekostenverzekeraar kan daar niet meer op terugkomen en alsnog kosten bij verzoeker in rekening brengen.
- 4.5. Verzoeker kan de betreffende bedragen niet meer controleren, omdat hij zijn administratie van gedeclareerde en vergoede bedragen over de jaren 2008 en 2009 heeft opgeruimd. De door de ziektekostenverzekeraar gegeven overzichten bieden te weinig gegevens. Er is uit op te maken dat het verrekenen over 2008 en 2009 betreft én dat een en ander te maken heeft met polisvoorwaarden en eigen risico. Maar verder is er voor verzoeker “geen touw aan vast te knopen” omdat de achterliggende stukken en motivaties ontbreken.
- 4.6. Verzoeker wenst bij rechtstreekse vergoeding door de ziektekostenverzekeraar van zorgnota's aan zorgaanbieders op dat moment te worden aangeslagen voor het verschuldigde eigen risico, en niet pas jaren later.
- 4.7. Verzoeker heeft bij brief van 27 januari 2013 gereageerd op de reactie van de ziektekostenverzekeraar. Hij heeft voornoemde standpunten herhaald. Ter aanvulling heeft hij aangevoerd dat hij de openstaande vorderingen weliswaar heeft voldaan, maar dat de kwestie hiermee niet is opgelost. Hij heeft dit enkel gedaan, omdat de ziektekostenverzekeraar heeft gedreigd de vergoedingen ten laste van de zorgverzekering op te schorten.
- 4.8. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. Voor zorgverzekerden vanaf 18 jaar is een wettelijk verplicht eigen risico van toepassing. Dit betekent dat van alle declaraties die in 2008 ten laste van de zorgverzekering zijn vergoed de eerste € 150,-- per verzekerde in rekening wordt gebracht bij de verzekeringnemer. Voor 2009 bedraagt het verplichte eigen risico € 155,-- per verzekerde.
- 5.2. De vordering ter zake 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 daarop volgende kalenderjaar ten laste van het eigen risico van het eerste kalenderjaar mag worden gebracht. Het artikel regelt niet wanneer de kosten aan de verzekeringnemer moeten worden doorbelast. 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 verzekernemer te verrekenen. Aangezien in de polisvoorwaarden de indientermijn voor declaraties wordt beperkt tot maximaal drie jaar, heeft de ziektekostenverzekeraar de vorderings-termijn voor het verplichte eigen risico teruggebracht tot maximaal drie jaar. Dit betekent dat het eigen risico over de jaren 2008 en 2009 met verzoeker mag worden verrekend, 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 verzoeker in rekening gebracht. Als wordt uitgegaan van de oudste nota's, die in 2008 zijn ontvangen, heeft verrekening hiervan met het eigen risico tijdig plaatsgevonden. Bij brief van 12 maart 2012 is aan verzoeker een herinnering gezonden.

- 5.3. Zorgkosten worden op elektronische wijze gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar. Hierdoor zijn geen papieren nota's aanwezig.
- 5.4. Bij verzoeker is het eigen risico 2008 en 2009 van zowel hemzelf als zijn echtgenote als zijn meerderjarige kinderen in rekening gebracht. Dit betreft een totaalbedrag van € 469,29. Deze vordering is in november 2012 door verzoeker voldaan.
De bedragen die voor het eigen risico over de jaren 2008 en 2009 bij verzoeker als verzekeringnemer in rekening zijn gebracht, zijn: voor verzoeker € 31,09 voor 2008 en € 50,80 voor 2009, voor zijn echtgenote € 102,20 voor 2008 en € 14,81 voor 2009, voor de oudste dochter € 56,06 voor 2008 en € 48,48 voor 2009, voor de tweede dochter € 82,27 voor 2008 en € 60,64 voor 2009, en voor de derde dochter € 60,50 voor 2008 en € 67,66 voor 2009.
- 5.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de brief van verzoeker van 11 januari 2011 niet ontvangen.
- 5.6. Ten aanzien van de teveel uitgekeerde vergoeding betreffende alternatieve geneeswijzen ten behoeve van de echtgenote van verzoeker, merkt de ziektekostenverzekeraar op dat zij voor deze zorg in 2008 aanspraak had op een vergoeding van maximaal € 300,-- per kalenderjaar. Per abuis is echter een bedrag van € 544,-- vergoed. Het teveel (en onverschuldigd) betaalde bedrag van € 244,-- wordt van verzoeker teruggevorderd. Op grond van artikel 3:309 BW mag de ziektekostenverzekeraar deze onverschuldigde betaling alsnog van verzoeker terugvorderen.
- 5.7. Thans staat er geen vordering eigen risico/eigen bijdrage meer open; met de betaling van € 837,41 zijn alle openstaande vorderingen voldaan. Verzoeker is hierover bij brief van 30 november 2012 geïnformeerd.
- 5.8. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar gereageerd op de brief van verzoeker van brief van 27 januari 2013. De ziektekostenverzekeraar heeft het bedrag aan eigen risico tijdig gevorderd, dat wil zeggen binnen de hiervoor geldende regelgeving. Er is inzage gegeven in de opbouw van de vordering. Verzoeker beschouwt de ver-

goedingenoverzichten als definitief, en stelt dat hierop niet kan worden teruggekomen. Gelet op de algemene voorwaarden van de verzekering is dit echter wel mogelijk.

- 5.9. 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 van de zorgverzekering en 8 van de aanvullende ziektekostenverzekering 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.

7. Het geschil

- 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar terecht € 469,29 ter zake van het verplichte eigen risico 2008 en 2009 en € 244,-- ter zake van de teveel uitgekeerde vergoeding betreffende alternatieve geneeswijzen ten behoeve van de echtgenote van verzoeker heeft gevorderd.

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 2008 regelt het wettelijk verplicht eigen risico. In de polis van 2009 is een vergelijkbare bepaling opgenomen. Het artikel luidt, voor zover hier van belang:

*“7.1.
Iedere verzekerde van achttien jaar en ouder heeft een verplicht eigen risico van € 150,-
[€ 155,-- in 2009] per kalenderjaar. (...)”*

- 8.3. Artikel 7 van de zorgverzekering is volgens de artikelen 2.11 en 2.12 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 zijn 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. In artikel 3 van de aanvullende ziektekostenverzekering is bepaald dat aanspraak bestaat op alternatieve zorg verleend door een therapeut of arts die lid is van één van de in dit artikel genoemde verenigingen. Per kalenderjaar bestaat aanspraak op een vergoeding van maximaal € 300,--.

9. Beoordeling van het geschil

Verjaring vordering eigen risico

- 9.1. Tussen partijen is niet in geschil dat verzoeker in 2008 en 2009 verzekeringnemer was voor zichzelf, zijn echtgenote en zijn meerderjarige kinderen, en dat zij ieder een wettelijk verplicht eigen risico hadden van € 150,-- in 2008, en € 155,-- in 2009. 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 zorgverzekeraar 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 op 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 verjaringstermijn.
- 9.3. De ziektekostenverzekeraar heeft eerst bij brief van 16 december 2010 de onderhavige vordering ingesteld. 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. Door de ziektekostenverzekeraar wordt een kortere verjaringstermijn van drie jaar gehanteerd. Op 16 december 2010, de datum waarop de ziektekostenverzekeraar jegens verzoeker aanspraak op voldoening van de vordering heeft gemaakt, was ook deze termijn nog niet verstreken.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

Op grond van artikel 3 van de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat aanspraak op een vergoeding van maximaal € 300,-- per kalenderjaar voor alternatieve zorg. De ziektekostenverzekeraar heeft gemotiveerd gesteld dat in 2008 een bedrag van € 544,-- voor deze zorg is vergoed ten behoeve van de echtgenote van verzoeker. Verzoeker heeft deze stelling niet dan wel onvoldoende bestreden, zodat de commissie dit als vaststaand aanneemt. Nu een bedrag van € 244,-- teveel is vergoed en de ziektekostenverzekeraar ook deze vordering binnen de toepasselijke ver-

jaringstermijn heeft ingesteld, is verzoeker dit bedrag aan de ziektekostenverzekeraar verschuldigd.

Hoogte vordering

- 9.4. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brief van 18 juli 2012 verklaard dat op dat moment nog een bedrag van € 713,29 openstond, te weten het verplichte eigen risico over de jaren 2008 en 2009 voor verzoeker, diens echtgenote en diens meerderjarige kinderen, alsmede de onder 9.3 bedoelde vordering van de teveel uitbetaalde vergoeding voor alternatieve zorg ten behoeve van de echtgenote van verzoeker.
- 9.5. De door de ziektekostenverzekeraar gevorderde bedragen komen de commissie, gelet op de daarvoor gegeven onderbouwing, aannemelijk voor. Door verzoeker is het tegendeel niet dan wel onvoldoende aannemelijk gemaakt; in het bijzonder is niet gebleken dat hij het verschuldigde eigen risico over de jaren 2008 en 2009 voor hem, zijn echtgenote en zijn meerderjarige kinderen, en het teveel ontvangen bedrag van € 244,-- geheel of ten dele heeft voldaan. De omstandigheid dat verzoeker een en ander niet meer kan controleren, aangezien hij de onderliggende stukken niet meer heeft, ligt in zijn risicosfeer en dit kan dan ook niet leiden tot een andere uitkomst.

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, 20 maart 2013,

Voorzitter