



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen Anderzorg N.V. te Wageningen
Zaak : Eigen risico, betalingsachterstand, vonnis, beslagvrije voet
Zaaknummer : 201601110
Zittingsdatum : 9 november 2016



Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)



(Voorwaarden zorgverzekering 2016, artt. 19-23 Zvw, 2.17-2.19 Bzv)

1. Partijen



A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen



Anderzorg N.V. te Wageningen, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie



2.1. Verzoeker was ten tijde van de onderhavige kwestie bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Anderzorg Basis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1 onderdeel d Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Genoemde zorgverzekering is een schadeverzekeringsovereenkomst 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. Verzoeker is bij de zorgverzekeraar opgekomen tegen eigen risicovorderingen uit 2013 en 2016, ten bedrage van € 176,98 respectievelijk € 680,91. Daarbij heeft verzoeker de zorgverzekeraar gewezen op de gerechtelijke procedure en de beslaglegging, en verzocht om restitutie van het teveel betaalde.



3.2. De zorgverzekeraar heeft verzoeker bij brief van 2 mei 2016 medegedeeld de vorderingen te handhaven en hem een betalingsregeling aangeboden voor de eigen risicovordering 2016.



3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de zorgverzekeraar.



3.4. Bij brief van 9 juni 2016 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat met hem een betalingsregeling moet worden overeengekomen, dat het derdenbeslag dient te worden opgeheven en dat het door hem teveel betaalde bedrag moet worden gerestitueerd (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 zorgverzekeraar 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. Verzoeker heeft de commissie bij brief van 10 augustus 2016 aanvullende informatie gezonden. Een afschrift hiervan is aan de zorgverzekeraar gestuurd.



3.7. De zorgverzekeraar heeft verzoeker bij brief van 10 augustus 2016 medegedeeld de overeengekomen betalingsregeling te handhaven, en hem gewezen op de lopende procedure bij de commissie.



3.8. De zorgverzekeraar heeft de commissie bij e-mailbericht van 26 augustus 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 29 augustus 2016 aan verzoeker gezonden.



3.9. Verzoeker is in de gelegenheid gesteld te reageren op het onder 3.8 bedoelde standpunt van de zorgverzekeraar. Verzoeker heeft op 1 september 2016 gebruik gemaakt van de geboden mogelijkheid. Een afschrift van deze reactie is aan de wederpartij gezonden.



3.10. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 11 september 2016 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. Op 21 oktober 2016 heeft verzoeker telefonisch medegedeeld niet in persoon aanwezig te kunnen zijn tijdens de hoorzitting, maar telefonisch aan de zitting te willen deelnemen. De zorgverzekeraar heeft op 10 oktober 2016 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.



3.11. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 9 november 2016 telefonisch gehoord.



4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker



4.1. Verzoeker stelt dat de in 2013 door hem gemaakte zorgkosten ad € 176,98, die ten laste van het eigen risico komen, zijn voldaan door middel van een betalingsregeling. Desondanks is de zorgverzekeraar een gerechtelijke procedure gestart en is beslag gelegd op de AOW-uitkering van verzoeker. Dit beslag is onrechtmatig.



4.2. De beslagvrije voet is niet juist vastgesteld. Verzoeker doet in dit kader een beroep op artikel 475 van het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering (Rv). Verzoeker wenst mediation om op die manier verdere problemen te voorkomen.



4.3. Verzoeker heeft bij brief van 1 september 2016 gereageerd op de brief van de zorgverzekeraar van 26 augustus 2016. Hij heeft berekend dat hij in 2014 en 2015 door middel van een betalingsregeling totaal € 181,52 teveel heeft betaald ter zake van de vordering betreffende het eigen risico 2013 van € 176,98. Op 3 augustus 2015 is beslag gelegd op de uitkering van verzoeker ten bedrage van € 63,64 per maand. Per 1 januari 2016 is dit bedrag verhoogd naar € 86,-- per maand. Hierdoor is in 2015 € 318,20 en in 2016 € 430,-- ten onrechte ingehouden op de uitkering van verzoeker. Verzoeker concludeert dat hij daarom nog € 929,20 van de zorgverzekeraar dient te ontvangen.



4.4. Ter zitting heeft verzoeker toegelicht dat op 14 juli 2014 een betalingsregeling met de zorgverzekeraar is getroffen voor € 20,-- per maand voor de vordering van € 176,98. Op 3 augustus 2015 is beslag gelegd. De zorgverzekeraar is in deze zaak in overtreding door beslag te leggen, gezien de wet op de beslaglegging. Op 22 juli 2016 is opnieuw beslag gelegd door de zorgverzekeraar. Dit zou een oude openstaande post uit 2014 betreffen. Verzoeker stelt dat de beslagvrije voet is vastgesteld op € 1.394,--. Voorts heeft verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat de vordering van € 680,91 niet (meer) in geschil is. Voor de betaling van dit bedrag is een regeling met de zorgverzekeraar getroffen.



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



5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar



5.1. In het dossier over de zorgkosten uit 2013 is tweemaal geprocedeerd. Eenmaal door de incassogemachtigde over de vordering van de zorgverzekeraar, en eenmaal door verzoeker over de hoogte van de beslagvrije voet. De vordering van de zorgverzekeraar op verzoeker is bij vonnis van 7 april

2015 toegewezen. Bij beschikking van 25 april 2016 is de vaststelling van de beslagvrije voet bekrachtigd. De vordering ter zake van de zorgkosten uit 2013 is door verzoeker inmiddels door middel van beslag voldaan waarna het beslag is opgeheven.

5.2. De huidige betalingsregeling ziet op het verplicht en vrijwillig eigen risico 2016.

5.3. Aangezien over de klachten van verzoeker (zowel ter zake van de vordering als de beslagvrije voet) reeds is geprocedeerd en de betreffende uitspraken kracht van gewijsde hebben gekregen, vraagt de zorgverzekeraar de commissie het verzoek niet-ontvankelijk te verklaren op basis van artikel 3 lid 5 van het toepasselijke reglement, dan wel het verzoek af te wijzen.

5.4. Ter zitting heeft de zorgverzekeraar herhaald dat al is geprocedeerd over de beslagvrije voet en de vordering. Voorts heeft de zorgverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat dossier 214067996 bij de incassogemachtigde is voldaan. Op 23 augustus 2016 hebben de laatste betalingen in dit dossier plaatsgevonden. De incassogemachtigde heeft op 24 augustus 2016 per e-mail bevestigd dat het betreffende dossier is gesloten. Het beslag is hiermee opgeheven. Er is de zorgverzekeraar geen ander beslag bekend. Recent is door of namens hem geen beslag gelegd.

5.5. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat het onderhavige verzoek niet-ontvankelijk dient te worden verklaard dan wel moet worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel A17 van de zorgverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

6.2. De commissie is niet bevoegd voor zover de kwestie reeds onder de rechter is geweest.

7. Het geschil

7.1. In geschil is of de zorgverzekeraar gehouden is verzoeker een betalingsregeling aan te bieden, het derdenbeslag op te heffen, en het volgens verzoeker teveel betaalde bedrag van € 929,20 te restitueren.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

8.1. Voor de beoordeling van het geschil tussen partijen zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.

8.2. Op pagina 7 van de voorwaarden van de zorgverzekering is het eigen risico geregeld. Deze passage luidt, voor zover hier van belang:

"Eigen risico

U heeft een verplicht eigen risico van € 385 per kalenderjaar als u 18 jaar of ouder bent. U kunt naast uw verplicht eigen risico kiezen voor een vrijwillig eigen risico van € 100, € 200, € 300, € 400 of € 500 per kalenderjaar. In dat geval krijgt u een korting op de premiegrondslag. (...)

Let op

Het (verplicht en vrijwillig) eigen risico geldt niet voor:

- verloskundige zorg en kraamzorg (voor de kosten van laboratoriumonderzoek, geneesmiddelen en (ambulance)vervoer geldt het eigen risico wel),
- hulpmiddelen die in bruikleen worden verstrekt (voor verbruiksartikelen van het hulpmiddel geldt het eigen risico wel),
- de kosten van inschrijving bij een huisarts of bij een instelling die huisartsenzorg verleent,

• huisartsenzorg met inbegrip van zorg die wordt bekostigd met toepassing van de op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde beleidsregel voor de prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen (ketenzorg). Door de huisarts aangevraagd laboratorium- en functieonderzoek valt wel onder het eigen risico, als dat onderzoek elders wordt uitgevoerd en apart in rekening wordt gebracht,

• medicatiebeoordeling chronisch Uitsluitend Recept-geneesmiddelengebruik, als u naar een apotheker of huisarts gaat,

• verpleging en verzorging,

• vervoer van de donor bij transplantatie dat wordt genoemd in het artikel 'Transplantatie', bij het 8e en 9e punt van de opsomming onder 'Welke zorg',

• nacontroles van de donor bij transplantatie, nadat de periode genoemd in het artikel 'Transplantatie', bij het 7e punt van de opsomming onder 'Welke zorg', is verstreken.

Als u een eigen bijdrage heeft of een eigen betaling doet, telt dat niet mee voor het eigen risico. (...) Eerst wordt het verplicht eigen risico toegepast, daarna het vrijwillig eigen risico. Als Anderzorg uw zorgnota rechtstreeks betaalt aan een zorgaanbieder, betaalt u of verzekeringnemer (ter keuze van Anderzorg) het eigen risico en de eventueel betaalde eigen bijdrage aan Anderzorg. U of verzekeringnemer ontvangt dan een nota van Anderzorg. Het eigen risico of een eigen bijdrage is ook van toepassing als u naar een gecontracteerde zorgaanbieder gaat. (...)

Volgorde van de eigen betalingen

Op de vergoeding van een nota kunnen verschillende soorten eigen betalingen van toepassing zijn. De volgorde waarin deze worden toegepast is als volgt:

1. van een ingediende nota wordt eerst het eventuele niet verzekerde deel afgetrokken, daarna
2. het eventuele deel dat niet vergoed wordt omdat de zorgaanbieder met Anderzorg geen contract heeft, daarna
3. de eventuele eigen bijdrage, daarna
4. het nog openstaande deel van het verplichte eigen risico, daarna
5. het nog openstaande deel van het eventuele vrijwillig gekozen eigen risico."

8.3. In artikel A12 lid 3 van de zorgverzekering is bepaald dat de zorgverzekeraar het eigen risico en de eigen bijdrage bij de verzekeringnemer in rekening kan brengen.

8.4. Voormelde bepalingen van de zorgverzekering zijn volgens artikel A1 en het bepaalde op pagina 5 van de voorwaarden van de zorgverzekering, gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.5. Het verplicht en vrijwillig eigen risico is geregeld in de artikelen 19 tot en met 23 Zvw, en verder uitgewerkt in de artikelen 2.17 tot en met 2.19 Bzv. De hiervoor beschreven regeling, zoals opgenomen in de zorgverzekering, strookt met de toepasselijke regelgeving.

9. Beoordeling van het geschil

9.1. Over de vordering ter zake van het eigen risico en de eigen bijdrage 2013 ten bedrage van € 376,98 is reeds een gerechtelijke procedure gevoerd, hetgeen heeft geresulteerd in het vonnis van de Rechtbank Noord-Nederland van 7 april 2015. Verzoeker is hierbij veroordeeld tot betaling van (i) de zorgkosten uit 2013 aan de zorgverzekeraar, en (ii) de proceskosten. Dit vonnis is in kracht van gewijsde gegaan en heeft daarmee gezag van gewijsde gekregen. Derhalve neemt de commissie hetgeen is bepaald in het vonnis als vaststaand aan.

De zorgverzekeraar heeft ter zitting verklaard dat dossier 214067996, waarin voormelde vordering is ondergebracht, intussen is voldaan en dat het beslag is opgeheven. Sindsdien is door of namens de zorgverzekeraar geen beslag gelegd op het inkomen van verzoeker. Verzoeker heeft weliswaar gesteld dat dit wél het geval is, maar deze stelling is door hem niet onderbouwd met stukken en moet daarom worden verworpen.

De commissie beschouwt dit onderdeel van het verzoek hiermee als afgedaan.

- 9.2. Ten aanzien van de vordering ter zake van het eigen risico 2016 ten bedrage van € 680,91 geldt dat verzoeker ter zitting heeft verklaard dat hierover tussen partijen geen geschil (meer) bestaat. De commissie begrijpt dat voor genoemd bedrag een betalingsregeling is overeengekomen. Dit onderdeel van het verzoek behoeft daarom geen verdere bespreking.
- 9.3. Verzoeker wenst voorts dat de zorgverzekeraar het volgens hem teveel betaalde bedrag van € 929,20 restitueert. De commissie is evenwel niet gebleken van een betalingsoverschot, zodat van restitutie geen sprake kan zijn.
- 9.4. Verzoeker heeft nog gesteld dat de beslagvrije voet niet correct is vastgesteld, en dat het beslag onrechtmatig is. Hiertoe merkt de commissie op dat zij niet bevoegd is te oordelen over de vaststelling van de beslagvrije voet, nog daargelaten dat hierover door verzoeker reeds een gerechtelijke procedure is gevoerd. Deze procedure heeft geresulteerd in een beschikking van 25 april 2016, waarbij de vaststelling van de beslagvrije voet is bekrachtigd. De commissie laat dit punt daarom verder rusten.
- 9.5. Voorts maakt de commissie uit de door verzoeker overgelegde stukken op dat hij zich thans op het standpunt stelt dat sprake is van "schending van de persoonsgegevens" door de zorgverzekeraar, waarmee hij - naar de commissie begrijpt - doelt op een schending van de privacy. Dit punt is in de procedure naar voren gebracht nadat de zorgverzekeraar zijn standpunt aan de commissie kenbaar had gemaakt. De commissie acht dit onderdeel van het verzoek dan ook te laat ingediend, nog daargelaten dat verzoeker geen rechtsgevolg heeft verbonden aan de gestelde schending. De commissie gaat om deze beide redenen aan dit punt voorbij.
- 9.6. Tot slot heeft verzoeker gevraagd om mediation. Het karakter van de onderhavige procedure is evenwel bindende advisering, zodat dit onderdeel van het verzoek moet worden afgewezen.

Conclusie

- 9.7. Het voorgaande leidt ertoe dat wordt vastgesteld dat ter zake van de eigen risicovordering 2016 van € 680,91 verzoeker en de zorgverzekeraar een betalingsregeling zijn overeengekomen en dat geen sprake meer is van beslaglegging door of namens de zorgverzekeraar. Voor het overige dient het verzoek te worden afgewezen.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af op de wijze als omschreven onder 9.7.

Zeist, 14 december 2016,

A.I.M. van Mierlo