

# **ANONIEM BINDEND ADVIES**

Partijen : A te B tegen C te D en E te F  
Zaak : Eigen risico  
Zaaknummer : 2011.02032  
Zittingsdatum : 25 januari 2012

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoeker,

tegen

1) C te D en

2) E te F

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 Beter Af Polis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Beter Af Plus Polis vier sterren afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft in het vervolg buiten beschouwing. 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. Bij uitkeringsbericht van 17 mei 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker medegedeeld dat zorgkosten zijn voldaan ten bedrage van € 279,56, die ten laste van het verplicht eigen risico komen.

3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 18 juni 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 brief van 31 oktober 2011 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar het bedrag aan eigen risico onterecht bij verzoeker in rekening heeft gebracht (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 stuk-

ken gevoegd.

3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 15 december 2011 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 23 december 2011 aan verzoeker gezonden.

3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben op 2 respectievelijk 20 januari 2012 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden.

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

4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft ten onrechte zorgkosten van zijn vrouw ten laste van zijn eigen risico gebracht en is gehouden dit bedrag aan verzoeker terug te storten. Verder zijn de kosten van de afspraak in het ziekenhuis ten onrechte ten laste van het eigen risico van het jaar 2010 gekomen. De betreffende rekening is namelijk eerst in 2011 door de ziektekostenverzekeraar ontvangen. Tot slot voert verzoeker aan dat hij en zijn vrouw steeds verschillende polissen hebben gehad.

4.2. 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 voert aan dat het verplicht eigen risico van de vrouw van verzoeker voor de jaren 2010 en 2011 volledig is verbruikt. Verzoeker heeft in 2010 € 152,11 aan zorgkosten gemaakt, en in 2011 € 107,65. De reden dat het eigen risico van verzoeker en dat van zijn vrouw op het uitkeringsbericht van 17 mei 2011 in één bedrag in rekening zijn gebracht, is dat verzoeker op dat moment de enige verzekeringnemer was. Dit is met terugwerkende kracht gewijzigd.

5.2. 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 bindend advies uit te brengen.

#### 7. Het geschil

7.1. In geschil is of de vordering van de ziektekostenverzekeraar met betrekking tot het verplicht eigen risico van verzoeker over de jaren 2010 en 2011 terecht is.

#### 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 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering regelt het verplicht eigen risico en luidt, voor zover hier van belang:

*“7.1 Voor iedere verzekerde die premie verschuldigd is voor de basisverzekering, is het verplicht eigen risico van toepassing. De hoogte van het verplicht eigen risico bedraagt € 170,- per verzekerde per kalenderjaar.*

*7.2 Het verplicht eigen risico wordt in mindering gebracht op de vergoeding waarop volgens de basisverzekering aanspraak kan worden gemaakt.*

*7.3 Op de vergoeding van zorgkosten die in de loop van het kalenderjaar vanuit de basisverzekering gemaakt worden, wordt het verplicht eigen risico van € 170,- ingehouden. Het verplicht eigen risico wordt niet ingehouden op:*

*– de kosten van het gebruik van zorg zoals huisartsen die plegen te bieden, met uitzondering van de kosten van met deze zorg samenhangend onderzoek dat elders wordt verricht en apart in rekening wordt gebracht, op voorwaarde dat de desbetreffende persoon of instelling gerechtigd is het daartoe door de NZa vastgestelde tarief in rekening te brengen;*

*– de directe kosten voor verloskundige zorg en kraamzorg;*

*– de kosten van inschrijving bij een huisarts of bij een instelling die huisartsenzorg verleent.*

*Onder kosten van inschrijving wordt verstaan:*

*a. een bedrag ter zake van de inschrijving als patient, tot ten hoogste het tarief dat op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg als beschikbaarheidstarief is vastgesteld;*

*b. vergoedingen die samenhangen met de wijze waarop de geneeskundige zorg in de praktijk van de huisarts of in de instelling wordt verleend, met de kenmerken van het patientenbestand of met de locatie van de praktijk of instelling, voor zover deze vergoedingen tussen de zorgverzekeraar van de verzekerde en zijn huisarts of instelling zijn overeengekomen en de huisarts of instelling deze vergoedingen door eerder bedoelde overeenkomst bij de inschrijving van een verzekerde in rekening mag brengen.*

*– de kosten van tandheelkundige zorg als bedoeld in artikel 2.7, vierde lid van het Besluit zorgverzekering, met uitzondering van de chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek en de uitneembare volledige prothese;*

*– nacontroles van de donor nadat de periode van zorg aan de donor tot ten hoogste dertien weken, dan wel een half jaar in geval van een levertransplantatie, is verstreken;*

*– zorg die wordt bekostigd met toepassing van de op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde beleidsregel voor de prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen. (...)*

*7.10 Wanneer een behandeling in de vorm van een DBC-tarief wordt gedeclareerd, is het moment van aanvang van de behandeling bepalend voor het toepassen van het verplicht eigen risico.(...)”*

8.3. Artikel 7 van de zorgverzekering is volgens artikel 2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.4. Het verplicht eigen risico is naar aard en omvang geregeld in de artikelen 19, 21 en 23 Zvw en verder uitgewerkt in de artikelen 2.17 en 2.18 Rzv. Artikel 23 Zvw luidt, voor zover hier van belang:

*“Kosten van zorg of een andere dienst worden toegerekend aan het kalenderjaar waarin de zorg of dienst is genoten, met dien verstande dat de kosten van zorg of een andere dienst die in twee achtereenvolgende 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 genoten. (...)”*

8.5. 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. Tussen partijen bestaat geen geschil over de hoogte van het toepasselijke verplicht eigen risico. Voor 2010 bedraagt het verplicht eigen risico voor verzoeker € 165,--, en voor 2011 is dit € 170,--. Blijkens het overzicht van de ziektekostenverzekeraar van 4 oktober 2011 zijn door de apotheek voor verzoeker vier nota's gedeclareerd, in totaal voor een bedrag van € 42,55. Het betreft kosten van geneesmiddelen, die gelet op artikel 7 van de zorgverzekering ten laste komen van het verplicht eigen risico 2010. De ziektekostenverzekeraar heeft tevens een overzicht van de apotheek overgelegd, waaruit blijkt dat deze kosten betrekking hebben op verzoeker.
- 9.2. Verder is in 2011 een nota ten bedrage van € 109,56 ingediend door het ziekenhuis, welke kosten eveneens ten laste zijn gekomen van het verplicht eigen risico van 2010. Gelet op artikel 23 Zvw komen kosten van zorg die in twee verschillende kalenderjaren is genoten, en die in één tarief in rekening worden gebracht, ten laste van het eigen risico van het jaar waarin de zorg is aangevangen. Gebleken is dat de DBC met betrekking tot de zorg die verzoeker heeft ontvangen op de afdeling oogheelkunde op 21 april 2010 is geopend, en op 20 april 2011 is gesloten. Niet ter discussie staat dat verzoeker in die periode in het ziekenhuis is geweest en dat deze kosten derhalve op hem betrekking hebben. Conform hetgeen is bepaald in artikel 23 Zvw zijn deze kosten door de ziektekostenverzekeraar terecht ten laste van het verplicht eigen risico van 2010 gebracht.
- 9.3. Ook de nota van de apotheek van het jaar 2011 ten bedrage van € 10,-- is door de ziektekostenverzekeraar onderbouwd met stukken. Hieruit blijkt dat deze kosten betrekking hebben op verzoeker. Van de nota van het ziekenhuis van 17 juni 2011, groot € 97,65, zijn geen gegevens aangeleverd. Verzoeker heeft de juistheid hiervan echter niet bestreden, zodat moet worden aangenomen dat ook deze kosten terecht ten laste van het verplicht eigen risico voor het jaar 2011 zijn gekomen. In totaal is verzoeker, gelet op het voorgaande, derhalve nog ( $€ 42,55 + € 109,56 + € 10,-- + € 97,65 =$ ) een bedrag van € 259,76 aan de ziektekostenverzekeraar verschuldigd vanwege het verplicht eigen risico in 2010 en 2011.
- 9.4. Verzoeker heeft aangevoerd dat de zorgkosten die ten laste komen van het eigen risico voor het jaar 2010 van hem en zijn vrouw op het uitkeringsbericht van 17 mei 2011 ten onrechte bij elkaar zijn geteld. Uit bedoeld overzicht blijkt dat in het totaalbedrag van € 279,56 een bedrag van € 109,56 is begrepen dat betrekking heeft op verzoeker (zie 9.2). Het verschil ter hoogte van € 170,-- betreft in 2011 ten behoeve van verzoekers echtgenote gemaakte kosten. Deze kosten zijn ten laste gebracht van haar verplicht eigen risico 2011. De ziektekostenverzekeraar heeft toegelicht dat dit eigen risico bij verzoeker in rekening is gebracht omdat hij op dat moment verzekeringnemer was voor zowel hemzelf als zijn vrouw. Gelet op hetgeen hiervoor is overwogen, zijn door de ziektekostenverzekeraar geen zorgkosten van de vrouw van verzoeker ten laste van het verplichte eigen risico van verzoeker gebracht. Dat de verschuldigde bedragen op het uitkeringsbericht ineens in rekening zijn gebracht, doet – nu verzoeker optrad als verzekeringnemer voor beiden – niet ter zake.

### **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, 25 januari 2012,

Voorzitter