

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen C te D en E te F, in deze vertegenwoordigd door G
te H
Zaak : Eigen risico, verjaring
Zaaknummer : 2011.01404
Zittingsdatum : 25 januari 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 en 2009, artt. 10, 11 18a (oud), 19, 20 en 23 Zvw, 2.17 en 2.18 Bzv, 3:307 BW)

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, vertegenwoordigd door G te H, hierna te noemen: de gevolmachtigde.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker, tezamen met zijn echtgenote, bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Basisverzekering Restitutie (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Deze verzekering is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

Verder waren ten behoeve van verzoeker en zijn echtgenote bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen [naam gevolmachtigde] Privilege polis en voor de echtgenote de Tandem Gaaf Polis tot max. 475,- per jaar afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Bij brief van 22 maart 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat hij als verzekeringnemer een bedrag van in totaal € 423,26 is verschuldigd ter zake van het verplicht eigen risico 2008 en 2009 voor zichzelf en zijn echtgenote.

3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 30 mei 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 4 oktober 2011 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar niet gerechtigd is voormeld bedrag van € 423,26 eerst in maart 2011 te vorderen (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 6 december 2011 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 13 december 2011 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 23 december 2011 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 10 januari 2012 telefonisch medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Verzoeker is op 25 januari 2012 in persoon gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch aan de zitting deelgenomen.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
 - 4.1. Verzoeker stelt dat de ziektekostenverzekeraar het verplicht eigen risico te laat bij hem in rekening heeft gebracht. De cliënt wordt de dupe van de administratieve chaos bij de ziektekostenverzekeraar en verzoeker vindt dat onacceptabel.
 - 4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker zijn excuses aangeboden voor de late facturering. Verzoeker concludeert hieruit dat ook de ziektekostenverzekeraar van mening is dat een en ander niet correct is verlopen. Volgens verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar zijn beleid vanaf 2011 aangepast.
 - 4.3. Ter zitting heeft verzoeker zijn standpunten herhaald. Hij heeft ter aanvulling aangevoerd dat de rekening met betrekking tot het eigen risico lastig te controleren is. Daarnaast heeft de ziektekostenverzekeraar, ondanks dat het hem bekend was dat de zaak was voorgelegd aan de commissie, verzoeker een aanmaning gestuurd.
 - 4.4. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
 - 5.1. De verrekening van het nog openstaande verplicht eigen risico 2008 en 2009 voor verzoeker en diens echtgenote heeft pas in maart 2011 plaatsgevonden. Voor de verlate verrekening zijn al excuses aangeboden.
 - 5.2. In artikel 19 Zvw is de verrekening van het verplicht eigen risico geregeld. Nota's van zorg verleend in 2008 die vóór 31 december 2009 en nota's van zorg verleend in 2009 die vóór 31 december 2010 door de ziektekostenverzekeraar zijn ontvangen, mogen nog ten laste van het eigen risico 2008 respectievelijk 2009 worden gebracht. Het is aan de ziektekostenverzekeraar overgelaten hoe, en in beperkte mate ook tot wanneer, hij het eigen risico vordert van zijn verzekerden. Het eigen risico over 2008 is weliswaar laat bij verzoeker in rekening gebracht, maar mede gelet op het bepaalde in artikel 3:307 BW niet te laat.

5.3. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunten herhaald. Daarnaast heeft hij zijn excuses aangeboden voor de verstuurde aanmaning.

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 bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gerechtigd is voormeld bedrag van € 423,26 ter zake van het eigen risico 2008 en 2009 eerst in maart 2011 van verzekerder te vorderen.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.

8.2. Artikel 6 van de 'Dekking zorgverzekering' 2008 regelt het wettelijk verplicht eigen risico. In de polis van 2009 is een vergelijkbare bepaling opgenomen, en luidt, voor zover hier van belang:

"a. Voor iedere verzekerde die premie verschuldigd is voor de zorgverzekering, is het verplicht eigen risico van toepassing. De hoogte van het verplicht eigen risico bedraagt € 150,- [€ 155,- in 2009] per verzekerde per kalenderjaar.. (...)"

8.3. Artikel 6 van de zorgverzekering is volgens artikel 2, sub A (2009: artikel 2.1) van de algemene voorwaarden 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 waren ten tijde van het ontstaan van onderhavige kwestie 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.(...)"

9. Beoordeling van het geschil

- 9.1. Tussen partijen is niet in geschil dat verzoeker in de jaren 2008 en 2009 verzekeringnemer was voor zichzelf en zijn echtgenote; dat zij voor 2008 ieder een wettelijk verplicht eigen risico van € 150,-- en voor 2009 van € 155,-- hebben, en dat in die jaren kosten zijn gemaakt die ten laste van dit eigen risico komen. Evenmin is in geschil dat over deze jaren het eigen risico nog niet was vol gemaakt.
- 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. Dit artikel geeft geen specifieke regeling met betrekking tot de vraag tot op welk moment het eigen risico aan de verzekeringnemer in rekening mag worden gebracht. Daarop is de algemene verjaringstermijn zoals opgenomen in het Burgerlijk Wetboek van toepassing. Ingevolge artikel 3:307 BW verjaart een vordering vijf jaar na het opeisbaar worden. De ziektekostenverzekeraar heeft derhalve vijf jaar de tijd om het bedrag van het eigen risico van een verzekerde te vorderen. De wettelijke verjaringstermijn voor de vordering van de ziektekostenverzekeraar is derhalve nog niet verstreken.

Conclusie

- 9.3. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 8 februari 2012,

Voorzitter