



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen E te F
Zaak : Eigen risico, aanmelding CVZ, dubbele betaling
Zaaknummer : 201401043
Zittingsdatum : 15 oktober 2014



Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en mr. H.A.J. Kroon)



(Voorwaarden zorgverzekering 2013, artt. 19-22 Zvw, 2.17-2.19 Bzv)

1. Partijen



A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door C te D,
tegen



E te F, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie



2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam zorgverzekeraar] Zorg-op-maatpolis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Dit 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. Bij uitkeringsspecificatie van 16 maart 2014 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat zij een bedrag van € 168,05 aan hem is verschuldigd voor het verplicht eigen risico 2013 in verband met de kosten van een behandeling in het ziekenhuis.



3.2. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brieven van verschillende data heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.



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



3.4. Bij aanmeldingsformulier van 11 juli 2014 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de kosten van de behandeling in het ziekenhuis ten bedrage van € 168,05 niet ten laste van het verplicht eigen risico 2013 te brengen (hierna: het verzoek).



3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 37,-- voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.



3.6. De zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 4 september 2014 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 8 september 2014 aan verzoekster gezonden.



 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 17 september 2014 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De zorgverzekeraar heeft op 1 oktober 2014 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.

 3.8. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 15 oktober 2014 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord.

 4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

 4.1. Verzoekster is met ingang van 1 april 2012 aangemeld bij het CVZ. Vanaf dat moment brengt het CVZ de bestuursrechtelijke premie bij haar in rekening. In deze premie is, naast de basispremie, een voorschotbedrag voor het eigen risico verwerkt. Nadat verzoeker hierover bij het CVZ navraag had gedaan, ontving zij van het CVZ een brief waarin wordt uitgelegd dat het voorschot eigen risico voor 2013 € 16,42 per maand bedraagt. Echter, ook de zorgverzekeraar brengt het verplicht eigen risico bij haar in rekening. Gezien het reeds betaalde voorschot wordt verzoekster twee maal het eigen risico in rekening gebracht.

 4.2. Inmiddels heeft de rechter in een soortgelijke kwestie de verzekerde in het gelijk gesteld. Omdat het CVZ intussen tegen de uitspraak in hoger beroep is gegaan, kan een definitief vonnis nog lang gaan duren. Om die reden stelt verzoekster voor dat de zorgverzekeraar het door haar aan het Zorginstituut betaalde voorschot aan haar vergoedt. Indien wenselijk kan de zorgverzekeraar het aan haar uitgekeerde bedrag, verhoogd met 30 percent, weer verhalen op het Zorginstituut.

 4.3. Ter zitting heeft verzoekster haar eerder ingenomen standpunten herhaald.

 4.4. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

 5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

 5.1. Verzoekster is met ingang van 1 april 2012 aangemeld bij het CVZ. Vanaf dat moment betaalt zij een bestuursrechtelijke premie. Deze bestuursrechtelijke premie bedraagt per maand 130 percent van de tot een maandbedrag herleide standaardpremie. De wetgever stelt elk jaar de standaardpremie vast in de Regeling Vaststelling Standaardpremie. In 2013 bedroeg de bestuursrechtelijke premie € 160,12 en in 2014 € 143,98.

 5.2. De door de wetgever vastgestelde standaardpremie is het bedrag dat een verzekerde gemiddeld per jaar aan de zorgverzekering kwijt is: zowel aan premie als aan eigen risico. De standaardpremie is in eerste instantie vastgesteld als norm om te berekenen hoeveel zorgtoeslag men kan krijgen. Aan de hand van de standaardpremie en het inkomen wordt bepaald of een verzekerde aanspraak kan maken op zorgtoeslag. Later is de wetgever deze standaardpremie ook gaan hanteren bij de berekening van de hoogte van de bestuursrechtelijke premie in het kader van de wanbetalerregeling. Samenvattend wordt het gemiddelde eigen risico enkel gebruikt in de rekensom tot het vaststellen van de standaardpremie. Dit betekent niet dat men met de betaling van de bestuursrechtelijke premie ook het verplicht eigen risico voldoet en dat het eventuele eigen risico daarom niet zou hoeven worden betaald aan de zorgverzekeraar.

 5.3. Ter zitting heeft de zorgverzekeraar voor zijn standpunt verwezen naar de brief van 19 juni 2014.

 5.4. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.



6. De bevoegdheid van de commissie



- 6.1. Gelet op artikel A.25. van de zorgverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.



7. Het geschil

- 7.1. In geschil is of de zorgverzekeraar ter zake van een behandeling in het ziekenhuis terecht een bedrag van € 168,05 ten laste van het op dat moment nog openstaande verplicht eigen risico 2013 van verzoekster heeft gebracht.



8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving



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



- 8.2. Artikel A.12. van de zorgverzekering betreft het verplicht eigen risico. Voor zover hier van belang, luidt dit artikel:

“A.12.1. Hoogte eigen risico

Als u 18 jaar of ouder bent, hebt u voor de zorgverzekering een verplicht eigen risico van € 350,- voor een heel jaar. (...)



Verplicht eigen risico betekent dat u de eerste € 350,- aan kosten die u als vergoeding van uw zorgverzekering zou hebben ontvangen, zelf moet betalen. Pas als u dit hebt gedaan, krijgt u de overige kosten die onder de dekking van uw zorgverzekering vallen van ons vergoed. (...)



A.12.2. Verrekening eigen risico

De kosten van zorg worden verrekend met het verplicht eigen risico van het jaar waarin de zorg is genoten. (...)



- 8.3. Artikel A.12 van de zorgverzekering is volgens artikel A.2. van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).



- 8.4. Het eigen risico is naar aard en omvang geregeld in de artikelen 19 tot en met 22 Zvw, en verder uitgewerkt in de artikelen 2.17 tot en met 2.19 Bzv.



- 8.5. De Zvw, het daarop gebaseerde Bzv en de Rzv, schrijven dwingend voor welke prestaties onder de zorgverzekering verzekerd dienen te zijn. De verzekerde die een zorgverzekering sluit heeft recht op niet meer of minder dan deze prestaties. De zorgverzekering is in dit opzicht een bijzondere, van overheidswege gereguleerde vorm van schadeverzekering. Het staat de zorgverzekeraar niet vrij een dekking te bieden die hetzij ruimer dan wel beperkter is dan op grond van het bij of krachtens de Zvw bepaalde is voorgeschreven. De hiervoor beschreven regeling, zoals opgenomen in de zorgverzekering, strookt met de toepasselijke regelgeving.



9. Beoordeling van het geschil



- 9.1. Aan de orde is een tweetal vorderingen. De eerste vordering betreft het eigen risico 2013. Door verzoekster zijn kosten van zorg geclaimd, die ten laste van de zorgverzekering zijn vergoed door de zorgverzekeraar. Onomstreden is dat de betreffende kosten vallen onder het verplicht eigen risico als bedoeld in artikel A.12 van de zorgverzekering, en dat dit verplicht eigen risico

nog niet was vol gemaakt. Uit hoofde van de contractuele relatie die verzoekster heeft met de zorgverzekeraar is zij gehouden het door de zorgverzekeraar gevorderde bedrag van € 168,05 ter zake van het verplicht eigen risico 2013 te voldoen.

- 9.2. De tweede vordering heeft betrekking op de door het CVZ, thans het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut), bij verzoekster in rekening gebrachte bestuursrechtelijke premie. Verzoekster is met ingang van 1 april 2012 als wanbetaler bij het CVZ aangemeld en tegen deze aanmelding is zij niet opgekomen. Daarmee staat vast dat verzoekster bedoelde bestuursrechtelijke premie aan het CVZ moet voldoen.
- 9.3. Door verzoekster is betoogd dat zij het verplicht eigen risico dat door de zorgverzekeraar wordt gevorderd, al heeft voldaan via de bestuursrechtelijke premie. De commissie overweegt dat de wetgever als uitgangspunt voor de berekening van de bestuursrechtelijke premie de 'standaardpremie' heeft genomen, die wordt genoemd in de Wet op de zorgtoeslag. Bij de jaarlijkse bepaling van de hoogte van de 'standaardpremie' - op grond van de Regeling vaststelling standaardpremie - is rekening gehouden met het gemiddeld eigen risico dat per kalenderjaar wordt vol gemaakt. Op basis van de 'standaardpremie' wordt de hoogte van de zorgtoeslag bepaald. Het enkele feit dat voor de hoogte van de bestuursrechtelijke premie wordt aangehaakt bij het begrip 'standaardpremie' betekent evenwel niet dat dit vermogensrechtelijke gevolgen heeft in het kader van de contractuele relatie tussen verzoekster en de zorgverzekeraar. Anders gezegd: door betaling van de bestuursrechtelijke premie aan het CVZ en nadien het Zorginstituut, is verzoekster niet bevrijd van haar verplichting tot betaling van het verplicht eigen risico - voor zover vol gemaakt - in haar relatie tot de zorgverzekeraar. Voorts is, anders dan door verzoekster is betoogd, geen sprake van een af te zonderen voorschot op een eventueel door de zorgverzekeraar in rekening te brengen bedrag vanwege het verplicht eigen risico.
- 9.4. Dit alles wordt duidelijk in de situatie dat verzoekster zorgtoeslag ontvangt. Door middel van deze zorgtoeslag wordt zij - deels - gecompenseerd voor het verplicht eigen risico. Zou verzoekster, conform haar stellingen, de vordering van de zorgverzekeraar ter zake van het eigen risico niet hoeven te voldoen (omdat dit reeds zou zijn voldaan door betaling van de bestuursrechtelijke premie), en wel - als compensatie - de zorgtoeslag ontvangen, dan zou verzoekster als wanbetaler - althans wat betreft het verplicht eigen risico - in een gunstiger financiële positie komen dan een verzekerde die geen wanbetaler is en het verplicht eigen risico moet voldoen. Het mag duidelijk zijn dat door de wetgever dit effect niet is beoogd.
- 9.5. Het voorgaande zou slechts anders zijn indien het CVZ onderscheidenlijk het Zorginstituut de concrete vordering van de zorgverzekeraar ter zake het eigen risico van verzoekster zou voldoen. De wettelijke systematiek voorziet daar echter niet in en ook overigens is hier niet van gebleken.

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, 19 november 2014,

Voorzitter