

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B versus C te D
Zaak	: Eigen risico
Zaaknummer	: 2008.01295
Zittingsdatum	: 8 april 2009

Zaak: 2008.01295 (Eigen risico)

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. J.H.A. Teulings en mr. drs. P.J.J. Vonk)

(Voorwaarden zorgverzekering 2008, artt. 18a, 18, 19, 20 en 21 Zvw)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

C te D, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen de beslissing van de zorgverzekeraar van 25 april 2008 het verplichte eigen risico van € 150,-- op te tellen bij het vrijwillige eigen risico van € 300,--, waardoor het totale eigen risico € 450,-- per kalenderjaar bedraagt.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van het ontstaan van het geschil was verzoeker bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorg Geregeld Polis (hierna: de zorgverzekering). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW) en betreft een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw).
- 3.2. Met ingang van 1 januari 2008 is wettelijk een verplicht eigen risico ter hoogte van € 150,-- ingevoerd. Eind oktober heeft de zorgverzekeraar een nieuwsbrief aan alle verzekerden gestuurd, waarin de nieuwe situatie is uiteen gezet. De zorgverzekeraar heeft vervolgens op 6 november 2007 aan alle verzekerden een polisaanbod voor 2008 gezonden, waarop de hoogte van het (nieuwe) eigen risico stond vermeld. In het geval van verzoeker is dit bedrag op € 450,-- gesteld. Op 21 november 2007 is een premieoverzicht naar verzoeker gezonden. Verzoeker heeft na ontvangst van een afrekenspecificatie van 31 maart 2008 aan de zorgverzekeraar verzocht het eigen risico met terugwerkende kracht tot 1 januari 2008 te verlagen naar € 300,-- (hierna: de aanspraak). Bij brief van 25 april 2008 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat zijn aanspraak is afgewezen.
- 3.3. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar meerdere malen om heroverweging gevraagd. Bij brieven van 13, 16 en 27 mei 2008 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de zorgverzekeraar.
- 3.5. Bij brief van 18 oktober 2008 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden

is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering (hierna: het verzoek).

- 3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 37,-- voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek is een afschrift van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.7. De zorgverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief van 23 februari 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 25 februari 2009 aan verzoeker gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 10 maart 2009 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden. De zorgverzekeraar heeft op 17 maart 2009 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat de zorgverzekeraar geen enkel recht heeft eigenmachtig het eigen risico te verhogen van € 300,-- naar € 450,-- per kalenderjaar. Het premieoverzicht waarop de hoogte van het eigen risico te zien is, is volgens verzoeker voor het eerst op 28 april 2008 voor hem ontvangen. Hij is daarom niet vooraf op de hoogte gesteld van de wijziging, en had niet de mogelijkheid het eigen risico tijdig te verlagen.
- 4.2. Verzoeker komt tot de conclusie dat zijn verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat verzoeker bij de aanmelding voor de zorgverzekering met ingang van 1 januari 2007 heeft verklaard een vrijwillig eigen risico te wensen ter hoogte van € 300,--.
De zorgverzekeraar heeft geen verzoek tot wijziging ontvangen, ondanks het feit dat eind oktober 2007 aan alle verzekerden een nieuwsbrief is gezonden, op 6 november 2007 een polisaanbod, en op 21 november 2007 een premieoverzicht. Het verplichte eigen risico is daarom bij het vrijwillig eigen risico opgeteld, waardoor het totale eigen risico voor het jaar 2008 € 450,-- bedraagt. Wijziging was tot en met 31 december 2007 mogelijk. Aangezien verzoeker de door hem gewenste verzekeringsvorm te laat heeft doorgegeven, kan het eigen risico eerst met ingang van 1 januari 2009 worden verlaagd. Een verlaging naar een totaal bedrag van € 300,-- is overigens niet mogelijk, omdat de bedragen voor het vrijwillig eigen risico zijn vastgesteld op € 100,--, € 300,-- en € 500,--. Het totale eigen risico zal daarom € 150,--, € 250,--, € 450,-- dan wel € 650,-- moeten bedragen.
- 5.2. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoeker terecht is afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

Voor zover het onderhavige geschil betrekking heeft op de zorgverzekering, is de commissie bevoegd daarvan kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. In geschil is of de zorgverzekeraar gehouden is het eigen risico van verzoeker met terugwerkende kracht tot 1 januari 2008 te verlagen naar € 300,--, dan wel € 250,--. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.
- 7.2. Artikel 2.14 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden kosten ten laste van het verplichte eigen risico dienen te worden gebracht. Artikel 2.15 bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden kosten ten laste van het vrijwillige eigen risico dienen te worden gebracht. Beide genoemde artikelen luiden, voor zover hier van belang, als volgt:

“2.14 Verplicht eigen risico

lid 1

Op deze modelovereenkomst is per kalenderjaar een verplicht eigen risico van € 150,- van toepassing. Het eigen risico geldt voor verzekerden van 18 jaar en ouder. Dit verplichte eigen risico wordt in mindering gebracht op de vergoedingen waarop volgens de modelovereenkomst aanspraak kan worden gemaakt. Eventuele eigen bijdragen tellen niet mee voor het vol maken van het eigen risico (...).”

“2.15 Vrijwillig gekozen eigen risico

lid 1

Op deze modelovereenkomst kan per kalenderjaar een vrijwillig gekozen eigen risico van toepassing zijn. Het per verzekerde gekozen vrijwillig eigen risico geldt voor verzekerden van 18 jaar en ouder en staat vermeld op de zorgpolis. Dit vrijwillig eigen risico wordt in mindering gebracht op de vergoedingen waarop volgens de modelovereenkomst aanspraak kan worden gemaakt. Eventuele eigen bijdragen tellen niet mee voor het vol maken van het vrijwillig gekozen eigen risico.

(...)

lid 3

De verzekeringnemer kan kiezen uit de mogelijkheden zonder vrijwillig eigen risico of een vrijwillig eigen risico van € 100,-, € 300,-, of € 500,-.

(...)

lid 7

Verzekeringnemer kan met ingang van 1 januari van het volgende kalenderjaar kiezen voor een wijziging in de hoogte van het vrijwillig eigen risico of het vervallen hiervan, mits [de zorgverzekeraar] hiertoe uiterlijk 31 december van het lopende kalenderjaar van de verzekerde of verzekeringnemer een schriftelijk of telefonisch verzoek heeft ontvangen. (...).”

- 7.3. De artikelen 2.14 en 2.15 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2.3 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 7.4. Het verplicht eigen risico is geregeld in artikel 18a Zvw. Het vrijwillige eigen risico is geregeld in de artikelen 18, 19, 20 en 21 Zvw.
- 7.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.6. In de polisvoorwaarden van de zorgverzekering wordt een duidelijk onderscheid gemaakt tussen het verplichte en het vrijwillige eigen risico. Anders dan voor het ver-

plichte eigen risico, geldt dat bij de keuze voor een vrijwillig eigen risico zulks een premievoordeel oplevert. Uit de aard der zaak mag worden aangenomen dat dit van algemene bekendheid is. Derhalve is de zorgverzekeraar niet gehouden om zijn verzekerden te wijzen op de mogelijkheid van een verlaging van het vrijwillig eigen risico met ingang van 1 januari van enig jaar.

- 7.7. Uit de stukken van het geding blijkt dat de zorgverzekeraar verzoeker tot drie keer toe heeft geïnformeerd over het verplichte eigen risico en de daarmee gepaard gaande wijziging van de polisvoorwaarden. Zelfs wanneer het originele premieoverzicht van 21 november 2007 verzoeker niet heeft bereikt, en hij hiervan slechts op 28 april 2008 een duplicaat zou hebben ontvangen, heeft de zorgverzekeraar verzoeker nog met twee andere brieven van verschillende data ingelicht. Verzoeker had aldus voldoende mogelijkheid de consequenties af te wegen en tijdig mede te delen dat hij niet akkoord ging met het nieuw vastgestelde eigen risico van € 450,-- per kalenderjaar.
- 7.8. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
- 8. Het bindend advies
- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 8 april 2009,

Voorzitter