



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar UA te Tilburg
Zaak : Eigen risico, aanmelding Zorginstituut, dubbele betaling, terugvordering
Zaaknummer : 201600340
Zittingsdatum : 17 augustus 2016

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo)

(Voorwaarden zorgverzekering 2015, artt. 19-22 Zvw, 2.17-2.19 Bzv)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar UA te Tilburg, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de CZ 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. Verzoeker heeft de zorgverzekeraar verzocht het door hem te veel betaalde eigen risico over de periode van 1 januari 2010 tot en met 31 januari 2015 te restitueren. Bij e-mailbericht van 5 maart 2016 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat het eigen risico in voornoemde jaren juist is berekend en dat hij daarom voor restitutie geen grond ziet.

3.2. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. De zorgverzekeraar heeft verzoeker telefonisch medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft verzoeker bij brief van 11 mei 2016 medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling.

3.4. Bij e-mailbericht van 11 mei 2016 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de door hem te veel betaalde bedragen ter zake van het eigen risico over de periode van 1 januari 2010 tot en met 31 januari 2015 te restitueren (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. De zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 6 juli 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 7 juli 2016 aan verzoeker gezonden.

 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 12 juli 2016 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De zorgverzekeraar heeft op 17 augustus 2016 telefonisch medegedeeld eveneens in persoon te willen worden gehoord.

 3.8. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10 lid 9 van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat de onderhavige zaak enkelvoudig wordt afgedaan.

 3.9. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 17 augustus 2016 in persoon gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

 4.1. Verzoeker is van 1 januari 2010 tot en met 31 januari 2015 aangemeld geweest als wanbetaler bij het College voor zorgverzekeringen (CVZ), thans het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut). In deze periode heeft het CVZ/Zorginstituut een bestuursrechtelijke premie bij verzoeker in rekening gebracht. In deze premie is, naast de basispremie, een voorschotbedrag voor het eigen risico verwerkt. In de periode dat verzoeker was aangemeld bij het CVZ/Zorginstituut heeft echter ook de zorgverzekeraar het verplicht eigen risico bij hem in rekening gebracht. Zodoende heeft verzoeker in de periode van 1 januari 2010 tot en met 31 januari 2015 het verplicht eigen risico dubbel betaald. Verzoeker vordert thans de dubbel betaalde bedragen plus de wettelijke rente hierover (totaal € 2.185,12) van de zorgverzekeraar.

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

 5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

 5.1. Verzoeker is met ingang van 1 januari 2010 aangemeld als wanbetaler bij het CVZ. Vanaf dat moment betaalt hij de 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.

 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. Het gemiddelde eigen risico wordt berekend om de hoogte van de standaardpremie te bepalen. Deze standaardpremie wordt door de overheid vervolgens gebruikt voor het berekenen van de bestuursrechtelijke premie. Dit betekent niet dat door betaling van de bestuursrechtelijke premie aan het Zorginstituut verzekerden geen eigen risico hoeven te betalen aan de zorgverzekeraar, omdat dit al is voldaan. Daarnaast zijn verzekerden die zijn aangemeld als wanbetaler niet uitgesloten van betaling van het wettelijk verplicht eigen risico.

 5.3. Ten overvloede wenst de zorgverzekeraar op te merken dat verzoeker thans nog een bedrag van € 175,47 is verschuldigd. Deze vordering heeft betrekking op de premie voor december 2015 (€ 95,47) en het eigen risico 2014 (€ 80,-).

 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 14 (2010) 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 verzoeker aanspraak heeft op restitutie van de door hem in de periode van 1 januari 2010 tot en met 31 januari 2015 betaalde bedragen ter zake het eigen risico, verhoogd met de wettelijke rente.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

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

- 
- 8.2. Artikel 9.1 van de zorgverzekering (2010) betreft het verplicht eigen risico. Voor zover hier van belang, luidt dit artikel:

"9.1. Verplicht eigen risico

*Als u 18 jaar of ouder bent, hebt u voor de zorgverzekering een verplicht eigen risico van € 165,- per jaar. Dit betekent dat u de eerste € 165,- 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. Het verplicht eigen risico staat op depolis.
(...)"*



Eenzelfde bepaling is opgenomen in de voorwaarden voor de zorgverzekering (2011-2015), met dien verstande dat het verplicht eigen risico in 2011 € 170,--, in 2012 € 220,--, in 2013 € 350,--, in 2014 € 360,--, en in 2015 € 375,-- bedroeg.

- 
- 8.3. Artikel 9.1 van de zorgverzekering is volgens artikel 2.1 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 zorgverzekerder 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. Vast staat dat in de periode van 1 januari 2010 tot en met 31 januari 2015 door verzoeker kosten van zorg zijn geclaimd, die door de zorgverzekerder zijn vergoed ten laste van de zorgverzekering. Onomstreden is dat de betreffende kosten vallen onder het verplicht eigen risico als bedoeld in artikel 9.1 van de zorgverzekering, en dat dit verplicht eigen risico in de respectieve jaren waarin de zorgkosten zijn geclaimd nog niet was vol gemaakt. Uit hoofde van de contractuele relatie die verzoeker heeft met de zorgverzekerder is hij gehouden de door de zorgverzekerder gevorderde bedragen ter zake van het verplicht eigen risico te voldoen.

- 9.2. Anderzijds staat vast dat verzoeker met ingang van 1 januari 2010 als wanbetaler bij het CVZ is aangemeld en dat hij tegen deze aanmelding niet is opgekomen. Daarmee staat tevens vast dat verzoeker, gedurende de periode waarin hij was aangemeld, de bestuursrechtelijke premie aan het CVZ/Zorginstituut moest voldoen.
- 9.3. Door verzoeker is betoogd dat hij het verplicht eigen risico dat door de zorgverzekeraar van hem werd gevorderd, en door hem is betaald, al had voldaan via de bestuursrechtelijke premie. De commissie overweegt te dien aanzien 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 verzoeker en de zorgverzekeraar. Anders gezegd: door betaling van de bestuursrechtelijke premie aan het CVZ en haar rechtsopvolger het Zorginstituut, is verzoeker niet bevrijd van zijn verplichting tot betaling van het verplicht eigen risico - voor zover vol gemaakt - in zijn relatie tot de zorgverzekeraar, welke verplichting aan de orde komt als door verzoeker kosten van zorg worden geclaimd. Voorts is, anders dan door verzoeker 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 verzoeker zorgtoeslag ontvangt. Door middel van deze zorgtoeslag wordt hij - deels - gecompenseerd voor het verplicht eigen risico. Zou verzoeker, conform zijn stelling, de vordering van de zorgverzekeraar ter zake van het eigen risico niet hoeven te voldoen (omdat deze reeds zou zijn voldaan door betaling van de bestuursrechtelijke premie), en wel - als compensatie - de zorgtoeslag ontvangen, dan zou verzoeker 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 verzoeker zou voldoen. De wettelijke systematiek voorziet daar echter niet in en ook overigens is hier niet van gebleken. Gezien het voorgaande is de commissie van oordeel dat de zorgverzekeraar in de jaren 2010 tot en met 2015 het eigen risico terecht bij verzoeker in rekening heeft gebracht. Voor restitutie van de gedane betalingen bestaat dan ook geen grond.

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, 31 augustus 2016,

A.I.M. van Mierlo