



# Rapport

**Datum: 23 april 2007**

**Rapportnummer: 2007/068**

## KLACHT

Verzoekster klaagt over de gang van zaken rondom de vaststelling van haar eigen bijdrage in het kader van het haar toegekende persoonsgebonden budget. In dit verband klaagt verzoekster erover dat het Zorgkantoor Rotterdam de eigen bijdrage van het persoonsgebonden budget 2004 pas op 18 juni 2005 definitief heeft vastgesteld. Verder klaagt verzoekster erover dat O.W.M. Zilveren Kruis Ziekenfonds U.A. pas op 1 november 2005 heeft beslist op het bezwaarschrift van 27 januari 2005.

## BEOORDELING

### Algemeen

1. Verzoekster ontvangt een persoonsgebonden budget (hierna ook: pgb). Dit persoonsgebonden budget wordt uitgevoerd door het Zorgkantoor Rotterdam (hierna: het Zorgkantoor). De zorgverzekeraar die de functie van zorgkantoor uitoefent, is O.W.M. Zilveren Kruis Ziekenfonds U.A. (hierna: Zilveren Kruis).
2. Wie een persoonsgebonden budget ontvangt, dient hieraan in de regel zelf een bijdrage te doen. Hoe hoog die bijdrage moet zijn is geregeld in het Bijdragebesluit Zorg (zie Achtergrond onder 4 en 5). De bijdrage wordt berekend door het Zorgkantoor. Voor de berekening van de eigen bijdrage gaat het Zorgkantoor uit van het inkomen in het tweede jaar vóór het jaar van de aanvraag (het peiljaar). De Belastingdienst stelt dat inkomen vast en geeft het door aan het Centraal Administratie Kantoor bijzondere zorgkosten b.v. (hierna: CAK). Het CAK geeft het inkomen door aan het Zorgkantoor.

Als het inkomen over het peiljaar nog niet is vastgesteld, kan het Zorgkantoor een voorlopige bijdrage vaststellen. De definitieve berekening van de eigen bijdrage vindt dan plaats zodra het inkomen over het peiljaar bekend is.

## Bevindingen

3. Bij besluit van 15 december 2003 kende het Zorgkantoor verzoekster een persoonsgebonden budget toe voor de periode van 1 januari 2004 tot en met 31 december 2004 ten bedrage van € 6.050,50 (bruto). In de beschikking staat vermeld dat op het persoonsgebonden budget een inkomensafhankelijke eigen bijdrage in mindering wordt gebracht. De hoogte van de eigen bijdrage is afhankelijk van de hoogte van het inkomen van twee jaar terug.
4. Verder vermeldt de beschikking dat verzoeksters eigen bijdrage voorlopig is vastgesteld op € 129,80 per week (het maximum). Ook staat vermeld dat het zorgkantoor verzoeksters inkomen over 2002 bij de Belastingdienst heeft opgevraagd en dat na ontvangst van die informatie haar eigen bijdrage definitief wordt vastgesteld.

5. Op de beschikking is vervolgens berekend dat verzoekster, na aftrek van de eigen bijdrage ten bedrage van € 1.073,96, een nettobedrag van € 4.976,54 aan pgb krijgt toegekend. Omgerekend brengt het Zorgkantoor verzoekster dus € 20,45 per week aan eigen bijdrage in rekening.
6. Bij besluit van 23 december 2004 kende het Zorgkantoor verzoekster een persoonsgebonden budget toe voor de periode 1 januari 2005 tot en met 31 december 2005 ten bedrage van € 6.150 bruto, met een eigen bijdrage van € 52,06 per week (€ 2.714,56 op jaarbasis). Het nettobedrag aan pgb komt uit op € 3.435,44.
7. Bij brief van 27 januari 2005 maakte verzoekster bij het Zorgkantoor bezwaar tegen het besluit van 23 december 2004 waarbij de eigen bijdrage van 2005 werd vastgesteld. Verzoekster voerde in haar bezwaarschrift aan dat de eigen bijdrage aanzienlijk hoger is, dan de eigen bijdrage over 2004. Zij meende dat er sprake was van een berekeningsfout, omdat haar inkomen verhoudingsgewijs niet zoveel was gestegen.
8. Bij brief van 17 mei 2005 bevestigde het Zorgkantoor de ontvangst van het bezwaarschrift. Het Zorgkantoor zond het bezwaarschrift ter behandeling door aan zorgverzekeraar Zilveren Kruis. Zilveren Kruis heeft een bezwaaradviescommissie. De bezwaaradviescommissie nodigde verzoekster bij brief van 2 juni 2005 uit voor een hoorzitting. Verzoekster liet weten hiervan geen gebruik te maken.
9. Bij besluit van 18 juni 2005 stelde het Zorgkantoor de definitieve eigen bijdrage voor het jaar 2004 vast. De eigen bijdrage bedraagt € 47,77 per week (€ 2.497,69 op jaarbasis). Het nettobedrag aan pgb is € 3.770,82 geworden, een verschil van € 1.205,72 ten opzichte van de voorlopige toekenning van 15 december 2003.
10. Bij besluit van 5 augustus 2005 stelde het Zorgkantoor de subsidie pgb vast voor 2004. Het zorgkantoor berekende dat verzoeker een bedrag van € 1.423,73 teveel had ontvangen.
11. Het Zorgkantoor verrekende het bedrag van € 1.423,73 met de voorschotten van het pgb voor 2005. Verzoekster hield daardoor voor het jaar 2005 nog € 2.011,71 aan pgb over, waarvan het grootste gedeelte al in augustus 2005 als voorschot aan haar was verstrekt.
12. In september 2005 klaagde verzoekster er bij het Zorgkantoor over dat er in de beschikking van 15 december 2003 niet expliciet vermeld staat dat de eigen bijdrage voorlopig is vastgesteld. Zij was van mening dat het Zorgkantoor niet na zo'n lang tijdsverloop de hoogte van de eigen bijdrage mag aanpassen. Verder bracht zij de lange behandelingsduur van haar bezwaarschrift van 27 januari 2005 ter sprake.
13. Het Zorgkantoor deelde verzoekster bij brief van 10 oktober 2005 onder meer mee dat in de beschikking van 15 december 2003 staat vermeld dat het gaat om een voorlopige

vaststelling. Het Zorgkantoor stelde verder dat verzoekster door een medewerkster op 25 november 2003 er telefonisch van op de hoogte was gebracht dat haar budget in 2004 een stuk lager zou uitvallen. Verder verwees het Zorgkantoor naar de uitspraak van 23 september 1988 van de Commissie voor beroepszaken Ziekenfondsraad, waarin wordt aangegeven dat het de commissie niet onredelijk voorkomt om van een verzekerde die in onzekerheid verkeert over een vooraf aangekondigde te betalen eigen bijdrage, te verlangen contact op te nemen met het uitvoeringsorgaan om die onzekerheid te beëindigen (zie Achtergrond onder 2).

14. Ook legde het Zorgkantoor uit dat de voorlopige eigen bijdrage 2004 was gebaseerd op de inkomensgegevens van 2003, omdat de gegevens van de Belastingdienst over 2002 nog niet bekend waren.

15. Op 1 november 2005 besliste Zilveren Kruis op verzoeksters bezwaarschrift van 27 januari 2005. Het bezwaarschrift werd ongegrond bevonden. Zilveren Kruis bood verontschuldiging aan voor de late reactie op het bezwaarschrift.

16. In haar brief aan de Nationale ombudsman van 8 december 2005 bracht verzoekster naar voren dat zij het budget dat zij op grond van de beschikking van 15 december 2003 had gekregen ondertussen al aan haar hulp had betaald. Haar budget bleek achteraf dus € 1.400 lager te zijn. Verzoekster gaf aan dat zij daarmee rekening zou hebben gehouden als ze dat van tevoren had geweten.

17. In reactie op de klacht bij de Nationale ombudsman, gevraagd naar het tijdsverloop tussen de voorlopige en de definitieve vaststelling van de eigen bijdrage 2004, bracht Zilveren Kruis onder meer naar voren dat het Zorgkantoor via de gebruikelijke procedure had gehandeld. Deze procedure houdt in dat de Belastingdienst het belastbare inkomen verstrekt aan het CAK, waarna het CAK dit inkomen doorgeeft aan het Zorgkantoor. Het Zorgkantoor stelt dan de eigen bijdrage vast. Het CAK verstrekt de gegevens maandelijks aan het Zorgkantoor. Het Zorgkantoor slaat de gegevens op in een groot cumulerend bestand. Het Zorgkantoor kan daarom niet meer nagaan wanneer de definitieve gegevens van verzoekster door het CAK aan het Zorgkantoor zijn aangeleverd. Het Zorgkantoor stuurt geen herinneringen of aanmaningen naar het CAK. Dat de termijn tussen de voorlopige vaststelling en de definitieve vaststelling van de eigen bijdrage 2004 van verzoekster erg lang was, beschouwde Zilveren Kruis als een incident. Zilveren Kruis merkte nog op dat het een belanghebbende overigens vrij staat om contact op te nemen met het Zorgkantoor als de definitieve vaststelling van een eigen bijdrage naar zijn of haar oordeel te lang duurt.

18. Tevens gaf Zilveren Kruis aan dat de eigen bijdrage regeling 2004 nog niet bekend was toen de voorlopige eigen bijdrage 2004 voor verzoekster werd vastgesteld. Het Zorgkantoor maakte daarom twee berekeningen voor de eigen bijdrage, waarvan het Zorgkantoor het laagste bedrag bij verzoekster in rekening bracht.

19. De Nationale ombudsman vroeg Zilveren Kruis of matiging van de vordering aan de orde was. Volgens Zilveren Kruis was daarvoor geen reden. Zilveren Kruis wees op een brief van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) aan de Tweede Kamer, waarin staat dat het niet tijdig aanleveren van een bijdrageplichtig inkomen door de Belastingdienst geen reden is voor kwijtschelding van de eigen bijdrage (zie Achtergrond onder 6). Tevens wilde Zilveren Kruis rechtsongelijkheid niet in de hand werken.

20. In reactie op de klacht liet Zilveren Kruis onder meer weten dat het bezwaarschrift van 27 januari 2005 helaas door onbekende oorzaak niet direct was doorgestuurd naar de juiste afdeling. Dit was pas gebeurd op 17 mei 2005. Aan verzoekster was de eerste reactie op 2 juni 2005 gestuurd. Zilveren Kruis betreurde dat de behandeling van het bezwaarschrift daardoor ernstige vertraging had opgelopen, maar zag hierin geen aanleiding tot het nemen van actie richting verzoekster. Volgens Zilveren Kruis had verzoekster overigens ook eerder kunnen informeren naar het uitblijven van een beslissing op bezwaar.

## **Beoordeling**

I. Ten aanzien de kenbaarheid dat het een voorlopige vaststelling van de eigen bijdrage van 2004 betrof

21. Het vereiste van actieve en adequate informatieverstrekking houdt in dat bestuursorganen burgers met het oog op de behartiging van hun belangen actief en desgevraagd van adequate informatie voorzien. Dit brengt met zich dat beschikkingen voldoende duidelijk zijn.

22. Verzoekster klaagt erover dat het Zorgkantoor de door haar te betalen eigen bijdrage over 2004 pas op 18 juni 2005 definitief heeft vastgesteld en dat Zilveren Kruis pas op 1 november 2005 heeft beslist op haar bezwaarschrift van 27 januari 2005. Dit bezwaarschrift was gericht tegen de door het Zorgkantoor vastgestelde eigen bijdrage over 2005. In haar verzoekschrift gaf verzoekster aan dat de vaststelling en betaling van de eigen bijdrage volgens haar niet goed geregeld is omdat deze veel te laat wordt vastgesteld. Zij had pas in augustus 2005 te horen gekregen dat haar netto pgb voor 2004 € 1.400 lager was dan aangegeven op de toekenningsbeschikking van december 2003. Daardoor had zij € 1.400 teveel aan hulp uitgegeven. Dat bedrag werd verrekend met haar pgb voor 2005. Verzoekster stelde het bedrag niet uitgegeven te hebben, als zij dit eerder had geweten.

23. De eigen bijdrage pgb kan pas definitief worden vastgesteld als het inkomen over het peiljaar bekend is bij de Belastingdienst, de Belastingdienst dit bedrag heeft doorgegeven aan het CAK, en het CAK het bedrag heeft doorgegeven aan het Zorgkantoor. Het Zorgkantoor is voor de vaststelling van de hoogte van de eigen bijdrage dus afhankelijk

van de Belastingdienst en het CAK. Als het inkomen over het peiljaar nog niet is vastgesteld, stelt het Zorgkantoor een voorlopige eigen bijdrage vast en een voorlopig netto pgb. Als, na ontvangst van de definitieve inkomensgegevens, blijkt dat de eigen bijdrage voor een te laag bedrag is vastgesteld en daarmee een te hoog netto pgb in voorschotten is uitbetaald, zal het Zorgkantoor het teveel uitbetaalde terugvorderen of verrekenen met nog te ontvangen voorschotten pgb. In een brief aan de Tweede Kamer liet de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) weten geen reden voor kwijtschelding van de eigen bijdrage te zien in het gegeven dat de Belastingdienst het bijdrageplichtig inkomen niet kan aanleveren (zie Achtergrond onder 6).

24. Het Zorgkantoor kende verzoekster op 15 december 2003 een pgb toe voor 2004. Er was sprake van een voorlopige toekenning omdat de eigen bijdrage nog niet definitief kon worden vastgesteld, aangezien verzoeksters inkomensgegevens over het peiljaar 2002 nog niet van de Belastingdienst waren ontvangen.

25. Verzoekster begreep echter uit de beschikking van 15 december 2003 niet dat sprake was van een voorlopige toekenning, reden waarom zij de aan haar overgemaakte bedragen aan hulp uitgaf. Toen zij een jaar later van het Zorgkantoor een beschikking, gedateerd 23 december 2004, ontving, waarbij de eigen bijdrage voor 2005 werd vastgesteld, maakte zij hiertegen dan ook bezwaar omdat in deze beschikking de berekende eigen bijdrage aanmerkelijk hoger was dan de in de beschikking van 15 december 2003 genoemde eigen bijdrage én haar inkomen verhoudingsgewijs niet zoveel was gestegen. Toen het Zorgkantoor haar op 5 augustus 2005 liet weten dat het bedrag dat zij in 2004 teveel had ontvangen zou worden verrekend met het pgb over 2005, stuurde zij het Zorgkantoor dan ook een brief waarin zij stelde dat de eigen bijdrage niet met terugwerkende kracht kon worden aangepast.

26. Zoals hiervoor gesteld, was er echter geen sprake van het aanpassen met terugwerkende kracht van de eigen bijdrage, maar van het definitief vaststellen van de eigen bijdrage op grond van de inmiddels bekend geworden inkomensgegevens over het peiljaar 2002. Een handelwijze die de Nationale ombudsman redelijk acht, mits dit aan degene die het pgb ontvangt, voldoende kenbaar wordt gemaakt.

27. Het Zorgkantoor beroept zich erop dat verzoekster uit de beschikking van 23 december 2003 had kunnen afleiden dat het een voorlopige vaststelling betrof. In de beschikking wordt inderdaad vermeld dat de eigen bijdrage voorlopig is vastgesteld, dat het inkomen over 2002 is opgevraagd bij de Belastingdienst en dat na ontvangst hiervan de eigen bijdrage definitief wordt vastgesteld. Toch is de beschikking niet duidelijk. In de beschikking heeft het Zorgkantoor twee berekeningen van de eigen bijdrage vermeld. Aan de ene kant wordt de voorlopige eigen bijdrage vastgesteld op € 129,80 per week, maar aan de andere kant wordt gesteld dat het Zorgkantoor maar € 20,45 per week eigen bijdrage zal inhouden. Evenmin wordt duidelijk dat de hoogte van de voorlopige eigen bijdrage is gebaseerd op de bijdrageregeling 2003, omdat de bijdrageregeling 2004 nog

niet bekend was. Verder wordt in de beschikking, of in een begeleidend schrijven niet expliciet vermeld dat het mogelijk is dat op grond van de van de Belastingdienst ontvangen gegevens de definitieve eigen bijdrage op een hoger bedrag zal worden vastgesteld en dat in dat geval sprake zal zijn van een terugvordering of een verrekening met het daarop volgende jaar.

28. Gelet op het vorenstaande heeft het Zorgkantoor verzoekster onvoldoende kenbaar gemaakt dat er sprake was van een voorlopige toekenning en wat de gevolgen hiervan voor verzoekster konden zijn. Het verdient daarom aanbeveling dat het Zorgkantoor in dit soort situaties een begeleidende brief duidelijk stelt dat sprake is van een voorlopig netto pgb, dat het kan zijn dat het definitieve pgb hiervan afwijkt en dat wordt teruggevorderd of verrekend. In de brief dient ook de afdeling of behandelend medewerker te worden vermeld, bij wie om nadere informatie kan worden gevraagd, ook over de stand van zaken wat betreft de definitieve vaststelling. Reden voor het opnemen van een aanbeveling in dit rapport.

In dit opzicht is de onderzochte gedraging niet behoorlijk.

II. Ten aanzien van de behandelingsduur van het vaststellen van de definitieve eigen bijdrage over 2004

29. Het vereiste van voortvarendheid houdt in dat bestuursorganen slagvaardig en met voldoende snelheid optreden.

30. Tussen de vaststelling van de voorlopige eigen bijdrage 2004 van verzoekster en de definitieve vaststelling daarvan is achttien maanden verstreken. Tijdens zijn onderzoek heeft de Nationale ombudsman niet kunnen vaststellen wanneer de inkomensgegevens door de Belastingdienst aan het CAK zijn doorgegeven, noch wanneer het Zorgkantoor de gegevens van het CAK heeft ontvangen en of het Zorgkantoor voldoende voortvarend is overgegaan tot de definitieve vaststelling van het netto pgb. De reden hiervoor is dat het Zorgkantoor de gegevens, die van het CAK worden ontvangen, opslaat in een groot cumulerend computerbestand.

De Nationale ombudsman onthoudt zich op dit punt van een oordeel.

III. Ten aanzien van de behandelingsduur van het bezwaarschrift van 27 januari 2005

31. Het vereiste van voortvarendheid brengt mee dat een bestuursorgaan bezwaarschriften in beginsel dient af te handelen binnen de daarvoor gestelde wettelijke termijn.

32. De hoofdregel is dat een bestuursorgaan binnen zes weken na ontvangst van een bezwaarschrift beslist. Wanneer advies wordt gevraagd aan een bezwaaradviescommissie is de behandelingstermijn tien weken. De beslissing op bezwaar kan door het

bestuursorgaan voor ten hoogste vier weken worden verdaagd. De bezwaarmaker moet hierover schriftelijk worden geïnformeerd. Verder uitstel van de beslissing op bezwaar is alleen mogelijk voor zover de indiener van het bezwaarschrift daarmee instemt (zie Achtergrond onder 1). Aangezien Zilveren Kruis een bezwaaradviescommissie kent, is de wettelijke behandelingstermijn tien weken. Deze termijn kan met vier weken worden verlengd, onder mededeling daarvan aan verzoekster. Verdere verdaging is alleen toegestaan met instemming van verzoekster.

33. Verzoekster maakte tegen de beslissing van het Zorgkantoor van 23 december 2004 bezwaar op 27 januari 2005. Zilveren Kruis besliste op het bezwaar op 1 november 2005. Dit is een aanzienlijke overschrijding van de hiervoor gestelde behandelingstermijn van 10 weken. Voor de vertraging in de afhandeling zijn zowel het Zorgkantoor, dat het bezwaarschrift pas drie en een halve maand nadat het dit had ontvangen doorstuurde naar Zilveren Kruis, als Zilveren Kruis, dat vervolgens pas vijf en een halve maand later op het bezwaar besliste, verantwoordelijk.

In dit opzicht is de onderzochte gedraging niet behoorlijk.

34. Verder constateert de Nationale ombudsman nog het volgende.

Zoals hiervoor onder I gesteld, was het verzoekster niet duidelijk dat de toekenningsbeslissing voor het jaar 2004 geen definitieve beschikking was. De Nationale ombudsman meent dat het Zorgkantoor dit uit verzoeksters klachtbrief had moeten afleiden. Het Zorgkantoor heeft op dit punt defensief op de klacht heeft gereageerd, door verzoekster te schrijven dat ze dat had kunnen weten, zonder er aandacht aan te besteden dat dit verzoekster was ontgaan. De verwijzing van het Zorgkantoor naar de uitspraak van de commissie, dat het op verzoeksters weg lag om te informeren naar de stand van zaken omtrent de definitieve vaststelling, is daarom niet terecht. Verzoekster ging er immers vanuit dat de eigen bijdrage definitief vastgesteld was.

35. In dit licht gezien valt het de Nationale ombudsman op, dat het Zorgkantoor verzoekster wel het gedeelte van de uitspraak heeft tegengeworpen dat zij zelf had moeten informeren naar de stand van zaken, maar dat niet gebleken is van een overweging of een matiging van de vordering aan de orde is, terwijl de commissie in de uitspraak zich hier eveneens over uitliet. In de aangehaalde uitspraak woog de commissie de verantwoordelijkheid van de uitvoeringsinstantie om tijdig een onderzoek in te stellen af tegen de verantwoordelijkheid van de burger om te informeren naar de stand van zaken. Door geen overweging te wijden aan een eventuele matiging, wekt het Zorgkantoor de indruk aan de eigen verantwoordelijkheid minder belang te hechten dan aan die van de burger.

36. Verder heeft de Nationale ombudsman vastgesteld dat het Zorgkantoor in de beschikking van 5 augustus 2005 een kennelijke misslag heeft begaan door € 1.423,73



met verzoekster te verrekenen, in plaats van € 1.205,72. Overigens hadden noch verzoekster, noch het Zorgkantoor deze vergissing opgemerkt. Dit is aanleiding voor de Nationale ombudsman tot het opnemen van een tweede aanbeveling in dit rapport.

37. Het geheel overziende, met name gelet op de twee verschillende eigen bijdragen die genoemd worden in de beschikking van 15 december 2003, de onduidelijkheid van het voorlopige karakter van die beschikking en de onjuiste verrekening van 5 augustus 2005, meent de Nationale ombudsman dat er ruimte is om verzoekster tegemoet te komen.

De hiervóór onder 19 genoemde brief van de staatssecretaris aan de Tweede Kamer doet er niet aan af dat er in een situatie als de onderhavige, waarin een burger door herhaalde onjuiste en dubbelzinnige informatie op het verkeerde been is gezet, aanleiding kan zijn die burger uit coulance financieel tegemoet te komen. Dit vormt aanleiding voor het opnemen van een derde aanbeveling in dit rapport.

## CONCLUSIE

De klacht over het onvoldoende kenbaar maken dat het een voorlopige vaststelling betrof is gegrond, wegens schending van het vereiste van actieve en adequate informatieverstrekking.

Ten aanzien van de klacht over de late vaststelling van de definitieve eigen bijdrage over 2004 door het Zorgkantoor Rotterdam, onthoudt de Nationale ombudsman zich van een oordeel.

De klacht over de behandelingsduur van het bezwaarschrift door O.W.M. Zilveren Kruis Ziekenfonds U.A. en het Zorgkantoor te Rotterdam is gegrond, wegens schending van het vereiste van voortvarendheid.

## AANBEVELING

De Nationale ombudsman geeft het Zorgkantoor in overweging bij een beschikking over een voorlopige eigen bijdrage expliciete informatie te geven over de gevolgen die de voorlopige toekenningsbeslissing kan hebben, te weten bijbetaling, verrekening of teruggave van een bedrag. Tevens beveelt de Nationale ombudsman aan om aan verzekerden aan te geven tot wie zij zich kunnen wenden bij eventuele vragen over de beschikking of over de stand van zaken.

De Nationale ombudsman beveelt het Zorgkantoor aan een bedrag van € 218,01 alsnog aan verzoekster te retourneren, voor zover de fout inmiddels niet op een andere wijze is hersteld.

De Nationale ombudsman geeft het Zorgkantoor in overweging verzoekster daarnaast op basis van coulance financieel tegemoet te komen.

Zilveren Kruis heeft in reactie op de aanbevelingen laten weten het bedrag dat verzoekster door een verkeerde berekening nog tegoed had aan haar te betalen. De andere aanbevelingen heeft Zilveren Kruis niet opgevolgd. De Nationale ombudsman betreurt het zeer dat Zilveren Kruis de conclusies uit het rapport niet tot de zijne heeft gemaakt.

## ONDERZOEK

Op 16 december 2005 ontving de Nationale ombudsman een verzoekschrift van mevrouw J. te Rotterdam, met een klacht over een gedraging van het Zorgkantoor Rotterdam en een gedraging van O.W.M. Zilveren Kruis Ziekenfonds U.A.

Naar deze gedraging, waarbij de gedraging van het Zorgkantoor Rotterdam wordt aangemerkt als een gedraging van O.W.M. Zilveren Kruis Ziekenfonds U.A., werd een onderzoek ingesteld.

In het kader van het onderzoek werd O.W.M. Zilveren Kruis Ziekenfonds U.A. verzocht op de klacht te reageren en een afschrift toe te sturen van de stukken die op de klacht betrekking hebben.

Vervolgens werd verzoekster in de gelegenheid gesteld op de verstrekte inlichtingen te reageren. Verzoekster maakte van die gelegenheid gebruik.

Het resultaat van het onderzoek werd als verslag van bevindingen gestuurd aan betrokkenen.

O.W.M. Zilveren Kruis Ziekenfonds U.A. berichtte dat het verslag hem geen aanleiding gaf tot het maken van opmerkingen.

Verzoekster gaf binnen de gestelde termijn geen reactie.

### Informatieoverzicht

De bevindingen van het onderzoek zijn gebaseerd op de volgende informatie:

1. Beschikking van het Zorgkantoor van 15 december 2003;
2. Beschikking van het Zorgkantoor van 23 december 2004;
3. Bezwaarschrift van verzoekster aan het Zorgkantoor van 27 januari 2005;
4. Brief van het Zorgkantoor aan verzoekster van 17 mei 2005;
5. Brief van Zilveren Kruis aan verzoekster van 2 juni 2005;
6. Beschikking van het Zorgkantoor van 18 juni 2005;

7. Brief van Zilveren Kruis van 7 juli 2005;
8. Beschikking van het Zorgkantoor van 5 augustus 2005;
9. Brief van verzoekster aan het Zorgkantoor van september 2005;
10. Brief van het Zorgkantoor aan verzoekster van 10 oktober 2005;
11. Beslissing op bezwaar van Zilveren Kruis van 1 november 2005;
12. Brief van verzoekster aan de Nationale ombudsman van 8 december 2005;
13. Brief van Zilveren Kruis aan de Nationale ombudsman van 25 april 2006;
14. Brief van verzoekster aan het Zorgkantoor van 8 juni 2006;
15. Brief van verzoekster aan de Nationale ombudsman van 8 juni 2006.

#### BEVINDINGEN

Zie onder Beoordeling.

#### ACHTERGROND

##### 1. Algemene wet bestuursrecht

Artikel 9:12, eerste lid:

"1. Het bestuursorgaan stelt de klager schriftelijk en gemotiveerd in kennis van de bevindingen van het onderzoek naar de klacht, zijn oordeel daarover alsmede van de eventuele conclusies die het daaraan verbindt."

Artikel 7:10:

"1. Het bestuursorgaan beslist binnen zes weken of - indien een commissie als bedoeld in artikel 7:13 is ingesteld - binnen tien weken na ontvangst van het bezwaarschrift.

2. De termijn wordt opgeschort met ingang van de dag waarop de indiener is verzocht een verzuim als bedoeld in artikel 6:6 te herstellen, tot de dag waarop het verzuim is hersteld of de daarvoor gestelde termijn ongebruikt is verstreken.

3. Het bestuursorgaan kan de beslissing voor ten hoogste vier weken verdagen. Van de verdaging wordt schriftelijk mededeling gedaan.

4. Verder uitstel is mogelijk voor zover de indiener van het bezwaarschrift daarmee instemt en andere belanghebbenden daardoor niet in hun belangen kunnen worden geschaad of

ermee instemmen."

## **2. Beschrijving van de uitspraak van 23 september 1988 van de Commissie voor beroepszaken Ziekenfondsraad, RZA 1988, 222**

De uitspraak van 23 september 1988 van de Commissie voor beroepszaken Ziekenfondsraad betreft de eigen bijdrage voor de opname in een verpleeghuis op grond van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). De verzekerde verbleef vanaf 20 juni 1985 op een andere afdeling van een Bejaardencentrum. Het eerste half jaar bedroeg de eigen bijdrage een bedrag van fl.180 per maand. Na zes maanden diende de verzekerde een inkomensafhankelijke bijdrage te gaan betalen. De verzekerde is daar ook op gewezen en haar werd gevraagd voor 15 oktober 1985 medewerking te verlenen aan een inkomensonderzoek. De uitvoeringsinstantie verzuimde echter om het benodigde formulier toe te sturen, waardoor de verzekerde fl. 180 per maand bleef betalen. Op 21 augustus 1987 werd het benodigde formulier alsnog toegestuurd. Vanaf 1 juli 1987 diende de verzekerde fl. 993,16 per maand te betalen. Over de periode van 15 oktober 1985 tot en met 30 september 1987 had de verzekerde een betalingsachterstand van fl. 17.411,92. Verzekerde heeft bezwaar gemaakt tegen de invordering van die schuld.

De Commissie verwijst naar uitspraken van de Centrale Raad van Beroep, dat in gevallen als dit waarin achteraf een financiële last wordt vastgesteld en een nabetaling wordt gevegd, een afweging dient plaats te vinden of de rechtszekerheid een dergelijke nabetalingsverplichting nog wel toelaat. Daarbij is van belang in welke mate zo'n betaling voor de betrokkenen, mede in verband met een eventuele resocialisatie, financiële consequenties heeft en of betrokken wist of had kunnen weten dat er nog een betalingsverplichting bestond. Daarbij speelt tevens een rol hoeveel tijd er is verstreken na het ontstaan van de betalingsverplichting.

De commissie oordeelt allereerst dat het tijdsverloop tussen het bestaan van de betalingsverplichting en de datum waarop de verzekerde in kennis werd gesteld van de betalingsverplichting (23 maanden) op zichzelf onvoldoende grond oplevert om ter wille van de rechtszekerheid van de invordering af te zien. Tevens stelt de commissie vast dat het de verzekerde onduidelijk was wat precies de financiële gevolgen zouden zijn van de inkomensafhankelijke bijdrage vanaf 15 oktober 1985. De commissie stelt voorop dat het uitvoeringsorgaan heeft verzuimd tijdig een inkomensonderzoek uit te voeren en een inkomensafhankelijke bijdrage vast te stellen. Het komt de commissie echter niet onredelijk voor van een verzekerde (of diens belangenbehartiger) die in onzekerheid verkeert over een vooraf aangekondigde te betalen eigen bijdrage te verlangen contact op te nemen met het uitvoeringsorgaan teneinde die onzekerheid te beëindigen en aan zijn betalingsverplichting te voldoen.

De commissie komt tot het oordeel dat het beginsel van de rechtszekerheid aan invordering van de bijdrageschuld niet in de weg staat, zij het dat de commissie een

matiging van het bedrag voorstaat. De commissie weegt tegen elkaar af het feit dat de verzekerde niet heeft geïnformeerd en het feit dat ook het uitvoeringsorgaan blaam treft. De commissie beslist dat de kosten voor het aanhouden van de woning van de verzekerde in mindering gebracht moeten worden op het nagevorderde bedrag. Als zo gehandeld wordt, acht de commissie geen strijd met het rechtszekerheidsbeginsel aanwezig.

**3. Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten** (Wet van 14 december 1967, houdende algemene verzekering bijzondere ziektekosten, Stb. 617)

Artikel 6, eerste, tweede en derde lid:

"1. De verzekerden hebben aanspraak op zorg ter voorkoming van ziekten en ter voorziening in hun geneeskundige behandeling, verpleging en verzorging. Onder vorenbedoelde zorg zijn begrepen voorzieningen tot behoud, herstel of ter bevordering van de arbeidsgeschiktheid of strekkende tot verbetering van levensomstandigheden, alsmede maatschappelijke dienstverlening. Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur worden aard, inhoud en omvang van de zorg waarop aanspraak bestaat, geregeld; daarbij kunnen met betrekking tot de inhoud en omvang van de desbetreffende zorg beperkingen worden gesteld. De uitvoeringsorganen dragen zorg dat de bij hen ingeschreven verzekerden hun aanspraak op zorg tot gelding kunnen brengen.

2. Uitvoeringsorganen bepalen bij reglement of zorg, bedoeld in het eerste lid, aan bij hen ingeschreven verzekerden als verstrekking wordt verleend dan wel dat aan de verzekerden uitkeringen in geld worden gedaan wegens kosten die deze verzekerden hebben gemaakt voor de bedoelde zorg of voor een in het reglement aangegeven deel daarvan dan wel dat de verzekerden de keuze wordt gelaten tussen zorgverlening als verstrekking en een zodanige uitkering in geld. Behoudens toepassing van het derde lid is de uitkering, bedoeld in de vorige volzin, gelijk aan het aan de verzekerde rechtsgeldig in rekening gebrachte tarief. Bij de in het eerste lid bedoelde algemene maatregel kan met betrekking tot bij die maatregel aan te geven vormen van zorg worden bepaald dat deze uitsluitend als verstrekking aan de verzekerden wordt verleend.

3. Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur kan als voorwaarde voor het verkrijgen van een verstrekking worden gesteld dat de verzekerde bijdraagt in de kosten daarvan: de bijdrage kan verschillen naar gelang de groep waartoe de verzekerde behoort en de zorg en voorzieningen die verstrekt worden en mede afhankelijk gesteld worden van het inkomen van de verzekerde en diens echtgenoot. Indien een uitvoeringsorgaan met toepassing van het tweede lid aan de verzekerde een uitkering in geld doet blijft een overeenkomstig de vorige volzin te berekenen bedrag voor rekening van de verzekerde."

**4. Bijdragebesluit zorg** (Koninklijk Besluit van 26 september 1996, houdende regeling van de bijdragen in de kosten van zorg ingevolge de Algemene Wet Bijzondere

Ziektekosten, en in de kosten van verzorging door een verzorgingshuis als bedoeld in de Overgangswet verzorgingshuizen, Stb. 486)

Artikel 1 onder e:

"1. In dit besluit en de daarop berustende bepalingen wordt verstaan onder:

(...)

e. peiljaar: het tweede kalenderjaar voorafgaande aan het jaar waarin de verzekerde zijn aanspraak op zorg tot gelding brengt;"

**Artikel 16a, eerste lid:**

"De verzekerde van 18 jaar of ouder draagt bij in de kosten van de zorg, bedoeld in de artikelen 3 tot en met 7 van het Besluit, voor zover voor die zorg niet reeds op grond van de artikelen 4 of 14 een bijdrage is verschuldigd."

**Artikel 16d, eerste en vijfde lid (tekst geldend op 23 december 2003):**

"1. De bijdrage voor de zorg, bedoeld in de artikelen 3 tot en met 7 van het Besluit, bedraagt 17,75% van de bij ministeriële regeling vastgestelde waarde van de klasse die vermeld wordt in het besluit, bedoeld in artikel 9b, eerste lid, van de wet.

(...)

5. In alle andere gevallen bedraagt de bijdrage bij een hierna genoemd bijdrageplichtig inkomen per jaar ten hoogste het daarna vermelde bedrag per week:

(...)

g. vanaf € 48 550 : € 129,80."

**Artikel 16 e, eerste lid:**

"Voor de vaststelling van het bijdrageplichtig inkomen, bedoeld in artikel 16d, tweede tot en met het vijfde lid, wordt uitgegaan van het inkomen in het peiljaar."

**5. Administratiebesluit Bijzondere Ziektekostenverzekering** (Koninklijk Besluit van 29 maart 1983, houdende vaststelling van een algemene maatregel van bestuur als bedoeld in artikel 16, eerste lid, van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, Stb. 253)

**Artikel 5:**

"Het centraal administratiekantoor levert ten behoeve van de vaststelling van de bijdrage, bedoeld in de artikelen 4, 14, en 16d van het Bijdragebesluit zorg, aan de

uitvoeringsorganen inkomensgegevens die door de Belastingdienst voor dat doel aan hem verstrekt zijn."

**6. Brief van 3 mei 2004 van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) aan de Tweede Kamer (26 631, TK 2003-2004, nr. 92)**

"Aanleiding: motie-Kant

De Tweede Kamer heeft naar aanleiding van een algemeen overleg met mij op 4 december 2002 de motie-Kant aangenomen (Kamerstukken II, 2002/03, 26 631, nr. 30). De Kamer vraagt mij daarin de eigen bijdrage thuiszorg die mensen moeten betalen kwijt te schelden indien deze na een bepaalde termijn in rekening wordt gebracht. Ik heb u in mijn brief van 16 juni 2003 (Kamerstukken II, 2002/03, 26 631, nr. 48) reeds uitgebreid geïnformeerd over het innen van de eigen bijdrage thuiszorg en de verbeteringen die onder verantwoordelijkheid van het College voor zorgverzekeringen (CVZ) daarbij zijn en worden doorgevoerd. Daarbij heb ik u ook meegedeeld dat ik pas een weloverwogen besluit over het uitvoeren van de motie kon nemen nadat ik zou weten wat dit gaat kosten. Hiervoor is het automatiseringssysteem van het Centraal Administratie Kantoor (CAK) aangepast. Inmiddels zijn de benodigde gegevens beschikbaar en heeft het CVZ mij hierover op mijn verzoek geadviseerd (brief van 11 maart 2004 met kenmerk SBA/24019188).

Voor de beschrijving van het proces van het innen van de eigen bijdrage en de benodigde achtergrondinformatie verwijs ik u naar het CVZ advies. In deze brief beperk ik mij tot de eindconclusies.

(...)

- Definitief inkomen belastingdienst

Het bijgevoegde CVZ-advies laat zien dat er ook een probleem zit bij het aanleveren van het definitieve bijdrageplichtig inkomen door de belastingdienst. Voor ruim tien procent van de cliënten van wie de GBA-gegevens gecontroleerd en in orde bevonden zijn was het voor de belastingdienst na bijna een jaar nog niet mogelijk het definitieve bijdrageplichtige inkomen te geven. Cliënten bij wie dit het geval is krijgen vanaf medio

2004 een rekening voor de eigen bijdrage op basis van een voorlopige beschikking. Later volgt een definitieve verrekening. Het CVZ adviseert in deze gevallen geen kwijtscheldingstermijn te hanteren. Ik ben het eens met het CVZ. Dit betekent dat het ontbreken van het definitieve bijdrageplichtig inkomen geen reden is om de eigen bijdrage kwijt te schelden. In die gevallen wordt een rekening verstuurd op basis van een voorlopige beschikking van de belastingdienst (met de beste daar bekend zijnde gegevens over het inkomen van betrokkene). Ik vraag het CVZ nog wel om deze stap in het proces van het innen van de eigen bijdrage voor zover mogelijk verder te verduidelijken en te verbeteren.

Ik houd deze lijn ook aan voor cliënten die de afgelopen jaren nog geen beschikking en rekening hebben gekregen omdat de belastingdienst nog

geen definitief bijdrageplichtig inkomen kon aanleveren. Dit is nodig uit oogpunt van rechtsgelijkheid voor cliënten. Dit betekent in de praktijk dat het niet kunnen aanleveren van een definitief bijdrageplichtig inkomen door de belastingdienst geen reden is voor kwijtschelding van de eigen bijdrage. De betreffende cliënten ontvangen in principe alsnog een voorlopige beschikking en factuur, gevolgd door een definitieve verrekening."