



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen Zilveren Kruis Achmea Zorgverzekeringen N.V.  
te Utrecht  
Zaak : Premie, betalingsachterstand, verrekening ziekenhuisnota  
Zaaknummer : 201700297  
Zittingsdatum : 21 juni 2017

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2016, art. 6:127 BW)

---

1. Partijen

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

Zilveren Kruis Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, 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 grond van de verzekering Basis Zeker (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 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. De zorgverzekeraar heeft een declaratie van € 597,49 ter zake van door verzoeker in Duitsland genoten medisch specialistische zorg verrekend met een openstaande vordering.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 14 december 2016 heeft de zorgverzekeraar 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 zorgverzekeraar.
- 3.4. Bij brief van 22 maart 2017 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar is gehouden de verrekening van de declaratie met de openstaande vordering ongedaan te maken en het bedrag van € 597,49 alsnog aan hem uit te keren, ten laste van de zorgverzekering (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 11 mei 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 16 mei 2017 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 18 mei 2017 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De zorgverzekeraar heeft op 7 juni 2017 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.

- 3.8. Op grond van artikel 114, derde lid, Zvw dient de commissie verplicht advies te vragen aan het Zorginstituut Nederland (hierna: Zorginstituut) indien het geschil betrekking heeft op de zorg of de overige diensten, bedoeld in artikel 11, dan wel de vergoeding van die zorg of diensten. Blijkens de Memorie van toelichting blijft deze verplichting beperkt tot de vraag of de vorm van zorg of andere dienst waar de verzekerde behoefte aan heeft tot het verzekerde pakket behoort. Aangezien die vraag in het onderhavige geval geen beantwoording behoeft, is het Zorginstituut niet verzocht te adviseren.
- 3.9. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 21 juni 2017 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. Verzoeker is sinds enkele jaren nierpatiënt. 's Nachts spoelt hij zijn buikholte door middel van peritoneaal dialyse. Tijdens zijn verblijf in Slovenië, in september 2016, kreeg verzoeker een ernstige buikvliesontsteking. Hij is toen met spoed teruggevlogen naar Nederland, alwaar hij in het Sint Antoniusziekenhuis in Nieuwegein is geopereerd, en de katheter uit zijn buik is verwijderd. Als gevolg van de operatie moest verzoeker drie keer per week in het Sint Antoniusziekenhuis dialyseren. De zorgverzekeraar heeft de betreffende nota's vergoed. Omdat verzoeker de eerste week van oktober 2016 in Duitsland verbleef, heeft hij telefonisch bij de zorgverzekeraar geïnformeerd of hij voor de dialyse in het Nephrologisches Zentrum Emsland in Lingen, Duitsland (hierna: het medisch centrum) terecht kon. Dit is hem bij die gelegenheid bevestigd, waarna hij op 3, 5 en 7 oktober de dialyse in het medisch centrum heeft ondergaan. De betreffende nota van € 597,49 heeft verzoeker ter declaratie bij de zorgverzekeraar ingediend, waarbij hij heeft verzocht deze rechtstreeks aan het medisch centrum te voldoen. Ook heeft verzoeker zijn reiskosten gedeclareerd.
- 4.2. Uit het, via de digitale omgeving 'Mijnzilverenkruis', geraadpleegde declaratieoverzicht, heeft verzoeker opgemaakt dat de zorgverzekeraar de kosten aan hem zou vergoeden. Omdat het bedrag na enkele dagen niet was overgemaakt, heeft verzoeker hierover telefonisch contact opgenomen met de zorgverzekeraar. Bij die gelegenheid is hem medegedeeld dat de nota was verrekend met een betalingsachterstand. Verzoeker meent dat de zorgverzekeraar hiertoe niet mocht overgaan, aangezien niet hij maar het medisch centrum aanspraak heeft op het bedrag. Hij merkt op dat de declaratie betreffende zijn reiskosten wél terecht is verrekend met de betalingsachterstand.
- 4.3. Verzoeker verklaart dat zijn financiële situatie ontoereikend is om de nota van het medisch centrum, waarvoor hij inmiddels is aangemaand, te voldoen. Hij neemt deel aan een schuldhulptraject waarbij zijn financiën worden beheerd door een budgetbeheerder. Voorts wordt maandelijks de aan het Zorginstituut (thans het CAK) verschuldigde bestuursrechtelijke premie van zijn uitkering ingehouden. Verzoeker heeft bij de rechtbank Den Haag een verzoek ingediend te worden toegelaten tot de Wet Schuldsanering Natuurlijke Personen (hierna: WSNP). Bij uitspraak van 13 december 2016 is dit verzoek afgewezen.
- 4.4. Ter zitting is door verzoeker herhaald dat hij voorafgaand aan de dialyse in het medisch centrum telefonisch aan de zorgverzekeraar om toestemming heeft gevraagd. Hij is toen niet gewezen op het feit dat het medisch centrum een niet-gecontracteerde zorgaanbieder was. Verzoeker beroept zich op de brief van 15 november 2016 waarin staat dat hij het bedrag van € 597,49 binnen vier werkdagen ontvangt. Omdat betaling echter uitbleef, heeft hij hierover gebeld met de zorgverzekeraar. Eerst bij die gelegenheid werd hij geïnformeerd dat verrekening zou plaatsvinden. Verzoeker merkt nogmaals op dat hij gelet op zijn financiële situatie niet in staat is de nota zelf te voldoen. Hij is aangemeld bij de gemeentelijke schuldhulpverlening. Verzoeker vraagt de zorgverzekeraar de nota alsnog rechtstreeks aan het medisch centrum te betalen. Voor de vordering die dan ontstaat wil hij een tweede betalingsregeling afspreken. Zijn

financiële situatie laat het toe om vanaf eind juli 2017 per maand € 40,00 te betalen. De vordering zou dan in vijftien maanden kunnen worden afgelost.

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

5.1. Indien een verzekerde zorg afneemt bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, dient de verzekerde de betreffende nota zelf in bij de zorgverzekeraar. De wijze van indienen van zorgkostennota's hangt derhalve niet af van de vestigingsplaats van de zorgverlener, maar van de aan-/afwezigheid van een contract.

Artikel 4.3 van de zorgverzekering bepaalt dat de vergoeding in het geval zorg wordt afgenomen bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder lager kan zijn dan wanneer zorg wordt afgenomen bij een gecontracteerde zorgaanbieder.

De zorgverzekeraar is gerechtigd de vergoeding van zorgkosten te verrekenen met een openstaande premievordering (artikel 9.2 van de zorgverzekering).

5.2. Verzoeker heeft op 8 november 2016 bij de zorgverzekeraar een nota ingediend ter zake van de door hem in het medisch centrum genoten medisch specialistische zorg. Voorts is een declaratie ingediend met betrekking tot de gemaakte reiskosten.

De zorgverzekeraar heeft geen contract met het medisch centrum.

5.3. Verzoeker meende op grond van het declaratieoverzicht van 15 november 2016 dat de zorgverzekeraar de nota van het medisch centrum aan hem ging betalen. Hiertoe wordt evenwel enkel overgegaan indien geen sprake is van een betalingsachterstand. Verzoeker had ten tijde van de verrekening een betalingsachterstand van € 1.264,36 bij de zorgverzekeraar. Deze achterstand bedraagt, na verrekening, naar de stand van 11 mei 2017 € 189,19.

Voor deze achterstand is met verzoeker een betalingsregeling overeengekomen. De zorgverzekeraar merkt op dat de aanmelding van verzoeker als wanbetaler bij het CAK, voorheen het Zorginstituut, is opgeschort zodat verzoeker de premie voor de zorgverzekering wederom aan de zorgverzekeraar is verschuldigd.

5.4. Uit de beschikbare informatie blijkt volgens de zorgverzekeraar niet dat verzoeker is toegelaten tot de WSNP. Dit betekent dat de zorgverzekeraar ten tijde van de verrekening van de nota met de betalingsachterstand hiertoe was gerechtigd.

5.5. Ter zitting is door de zorgverzekeraar verklaard dat de brief van 15 november 2016 inderdaad vermeldt dat de nota wordt vergoed. De zorgverzekeraar was echter gerechtigd deze nota te verrekenen met de openstaande achterstand. Voor de huidige achterstand is met verzoeker een betalingsregeling overeengekomen. Verzoeker komt de regeling na, zodat de aanmelding als wanbetaler bij het CAK is opgeschort. De zorgverzekeraar merkt op dat als hij de nota alsnog vergoed, een nieuwe vordering ontstaat. Als verzoeker deze niet voldoet heeft dat tot gevolg dat de opschorting van de aanmelding bij het CAK wordt beëindigd. De zorgverzekeraar vraagt zich daarom af of het ongedaan maken van de verrekening wenselijk is. Hij is evenwel bereid de nota rechtstreeks aan het medisch centrum te vergoeden en met verzoeker een tweede betalingsregeling te treffen van € 40,00 per maand. De opschorting bij het CAK zal alleen in stand blijven als verzoeker de lopende en de nieuwe betalingsregeling goed nakomt.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 18 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 gerechtigd was de door verzoeker ter declaratie ingediende nota, met betrekking tot door hem genoten medisch specialistische zorg in Duitsland, ten bedrage van

€ 597,49 te verrekenen met de op dat moment openstaande vordering.

8. Beoordeling van het geschil

- 8.1. De commissie stelt vast dat partijen ter zitting overeenstemming hebben bereikt over de oplossing van het geschil. De zorgverzekeraar zal de in het geding zijnde nota alsnog rechtstreeks vergoeden aan het medisch centrum. Voor de vordering die daardoor ontstaat, wordt tussen partijen een tweede betalingsregeling afgesproken van veertien achtereenvolgende termijnen met een termijnbedrag € 40,00 per maand gevolgd door een latere betaling van € 37,49 in de vijftiende maand. Deze betalingsregeling gaat in nadat de nota door de zorgverzekeraar is vergoed en in ieder geval niet eerder dan eind juli 2017. Verder blijft de opschorting van de de aanmelding van verzoeker als wanbetaler bij het CAK in stand zolang hij de lopende en de nieuwe betalingsregeling goed nakomt.
- 8.2. De commissie acht termen aanwezig te bepalen dat de zorgverzekeraar het door verzoeker betaalde entreegeld van € 37,-- aan hem dient te vergoeden.

9. Het bindend advies

- 9.1. De commissie stelt hetgeen onder 8.1 is omschreven vast.
- 9.2. De commissie bepaalt dat de zorgverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden het entreegeld van € 37,--.

Zeist, 5 juli 2017,

P.J.J. Vonk