

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vs C te D.
Zaak : No-claimteruggave 2007
Zaaknummer : 2008.01590
Zittingsdatum : 17 december 2008

Zaak: 2008.01590, no-claimteruggave 2008

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2007, artt. 11 en 22 Zvw, art. 2.19 Bzv, (art. 6:127 BW))

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 14 april 2008 het nog verschuldigde bedrag van € 75,00 in verband met administratiekosten te verrekenen met het bedrag van € 255,00 van de no-claimteruggave van 2007.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorgverzekering (hierna: de zorgverzekering). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 BW en betreft een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (hierna: Zvw).
- 3.2. Bij brief van 14 april 2008 heeft de zorgverzekeraar verzoeker medegedeeld dat de administratiekosten van in totaal vijf tweede aanmaningen, te weten $5 \times € 15,00 = € 75,00$, op de no-claimteruggave van 2007 in mindering zijn gebracht.
- 3.3. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar bij brief van 26 april 2008 om heroverweging gevraagd. Op dit verzoek heeft de zorgverzekeraar niet gereageerd, waarmee wordt aangenomen dat de zorgverzekeraar zijn standpunt handhaaft.
- 3.4. Bij brief van 4 juli 2008 heeft verzoeker zijn geschil aan de SKGZ voorgelegd, waarna eerst een bemiddelingspoging door de Ombudsman Zorgverzekeringen is ondernomen. Deze poging heeft niet geleid tot een ander standpunt van de zorgverzekeraar.
- 3.5. Bij brief van 11 augustus 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.
- 3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 37,00 voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren.

- 3.7. De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie bij brief van 5 november 2008 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 21 november 2008 aan verzoeker toegezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker en de zorgverzekeraar hebben op 27 november respectievelijk 9 december 2008 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden.
- 3.9. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 17 december 2008 telefonisch gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat hij eind 2006 de overstap wilde maken naar een andere zorgverzekeraar (hierna: zorgverzekeraar II). Deze zou namens hem de opzegging bij de zorgverzekeraar van 2006 (hierna: zorgverzekeraar I) verzorgen, doch dit is misgegaan. Zorgverzekeraar II heeft daarom met ingang van 1 mei 2007 met terugwerkende kracht tot 1 januari 2007 de zorgverzekeringsovereenkomst ontbonden en in de maand april de reeds betaalde premies gerestitueerd.
- 4.2. Omdat verzoeker de eerste vier maanden van 2007 dubbele verzekeringspremie verschuldigd was, één maal aan zorgverzekeraar I en één maal aan zorgverzekeraar II, heeft de premiebetaling aan zorgverzekeraar I in de eerste maanden van 2007 enige vertraging opgelopen. Eind januari 2007 heeft de premiebetaling van januari plaatsgevonden, eind april - na restitutie van de premie door zorgverzekeraar II – heeft de premiebetaling van februari en maart 2007 plaatsgevonden, half mei is de premie van april 2007 betaald en vanaf dat moment heeft verzoeker tegen het eind van de maand de premie van die maand voldaan.
- 4.3. Verzoeker stelt dat hem de betalingsachterstand van februari, maart en april 2007 niet mag worden aangerekend omdat hij door nalaten van zorgverzekeraar II in die periode dubbel verzekerd is geweest.
- 4.4. Voor zover de administratiekosten zien op het achteraf betalen van de premie aan het eind van de maand, in plaats van voorafbetaling aan het begin van de maand, stelt verzoeker dat de nota's geen premievervaldatum bevatten, hetgeen gebruikelijk is in het betalingsverkeer. Men kan tenslotte niet van een doorsnee burger verwachten dat hij op elk moment van de maand artikel 3 van de voorwaarden van de zorgverzekering paraat heeft. Bovendien heeft de zorgverzekeraar in 2006 geen enkel bezwaar gemaakt op deze wijze van premiebetaling, zoals blijkt uit het overzicht van betaaldaten in 2006.
- 4.5. 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 hem een bedrag van € 75,00 verschuldigd was, bestaande uit 5 x € 15,00 ten gevolge van premieachterstand in de maanden januari tot en met mei 2007.

- 5.2. Na het verzenden van een aantal aanmaningen, waarvan de tweede aanmaningen verhoogd waren met € 15,00 administratiekosten, heeft de zorgverzekeraar het dossier overgedragen aan een incassobureau.
- 5.3. Na het incassotraject, waarin verzoeker een gedeelte van de rekening heeft voldaan, is een bedrag van € 75,00 open blijven staan. Dit bedrag heeft de zorgverzekeraar met de no-claimteruggave ver 2007 verrekend.
- 5.4. 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. Het betreft hier een naturapolis. Artikel 3 van de zorgverzekering ziet op de premie. Voor zover relevant wordt hierin het navolgende bepaald.

"3.4. Betaling van premie

De verzekeringnemer is verplicht de premie, alsmede de bijdragen die voortvloeien uit (buitenlandse) wettelijke regelingen of bepalingen op de bij de aanmelding overeengekomen wijze bij vooruitbetaling te voldoen. (...)

3.5. Vordering

Het is de verzekeringnemer niet toegestaan om de te betalen bedragen te verrekenen met een van de zorgverzekeraar te ontvangen bedrag.

3.7. Niet tijdig betalen

3.7.1. Als de verzekeringnemer niet tijdig voldoet aan de verplichting tot betaling van de premie, kan de zorgverzekeraar onder vermelding van de gevolgen van het uitblijven van betaling, de dekking schorsen, nadat de verzekeringnemer vruchteloos is aangemaand tot betaling binnen een termijn van 14 dagen, aanvangende de dag na aanmaning. (...)

3.7.4. Aanmaningen als bedoeld in dit artikel worden schriftelijk gedaan.

3.7.5. Als de zorgverzekeraar maatregelen treft tot incasso van zijn vordering komen alle kosten van invordering, zowel gerechtelijk als buitengerechtelijk, voor rekening van de verzekeringnemer."

De no-claim is geregeld in artikel 7 van de zorgverzekering. Voor zover van belang bepaalt dit artikel:

"7.1. Als de waarde van de verzekerde prestaties die in een kalenderjaar voor een verzekerde zijn verstrekt, lager is dan het in het Besluit zorgverzekering bepaalde no-claimbedrag, heeft de verzekerde ten aanzien van de zorgverzekeraar recht op een bedrag, de no-claimteruggaaf, dat gelijk is aan het verschil tussen het bij Besluit zorgverzekering bepaalde bedrag en de eerder bedoelde waarde.

(...)

7.3. Het in het Besluit zorgverzekering bepaalde no-claimbedrag (referentiebedrag voor de berekening van de no-claimteruggaaf) wordt jaarlijks geïndexeerd volgens het bepaalde in de Zvw. Voor 2007 is het bij Besluit zorgverzekering bepaalde no-claimbedrag vastgesteld op € 255,-.

(...)

7.6. Voor de berekening van het recht op teruggave van no-claim worden de kosten van een Diagnose Behandeling Combinatie (DBC) toegerekend aan het kalenderjaar waarin de DBC is geopend.

De kosten van zorg of een andere dienst die in twee kalenderjaren is genoten en door de zorgaanbieder of andere dienstverlener in één bedrag in rekening zijn gebracht, worden toegerekend aan het kalenderjaar waarin de zorg of dienst is aangevangen.

7.7. De no-claimteruggaaf waarop verzekerden aanspraak hebben, wordt uiterlijk op 31 maart van het kalenderjaar volgend op het kalenderjaar waarop de no-claimteruggaaf betrekking heeft uitgekeerd door overmaking op het rekeningnummer van de verzekeringnemer.

Als na de vaststelling van de no-claimteruggaaf blijkt dat zorg is gebruikt, waarmee bij de berekening van de no-claimteruggaaf geen rekening is gehouden, wordt de no-claimteruggaaf uiterlijk 31 maart van het tweede kalenderjaar volgend op het kalenderjaar waarop de no-claimteruggaaf betrekking heeft, gecorrigeerd. De vordering die hierdoor ontstaat kan worden verrekend met betalingen aan de verzekeringnemer of de betreffende verzekerde”.

- 7.2. De regeling in de artikelen 3 en 7 van de zorgverzekering is volgens artikel 2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Bzv en de Rzv.
- 7.3. Artikel 11, lid 1, onderdeel a Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde in voorkomend geval, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.
In het kader van het onderhavige geschil zijn de artikelen 22 van de Zvw (Stb 2005, 358) en 2.19 van het Bzv (Stb 2005, 389) relevant, zoals deze golden vóór de afschaffing van de No-claim. Artikel 22 lid 1 van de Zvw bepaalde:

“Indien de waarde van de verzekerde prestaties die in een kalenderjaar ten behoeve van een verzekerde zijn verstrekt, lager is dan een bij algemene maatregel van bestuur te bepalen bedrag, heeft de verzekerde jegens de zorgverzekeraar recht op een bedrag, de no-claimteruggave, dat gelijk is aan het verschil tussen het bij de maatregel bepaalde bedrag en eerder bedoelde waarde.”

Artikel 2.19 Bzv bepaalde in lid 2:

”De no-claimteruggave wordt uiterlijk op 31 maart van het kalenderjaar volgend op het kalenderjaar waarop de no-claimteruggave betrekking heeft, uitgekeerd door overmaking op de bankrekening van de verzekerde.”

- 7.4. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.5. In geschil is of zorgverzekeraar I verzoeker administratiekosten heeft mogen berekenen omdat hij de premie aan het eind van de maand betaalt, in plaats van aan het

begin van de maand en, zo ja, of er een rechtsgrond is, op grond waarvan de zorgverzekeraar de administratiekosten in verband met de overschrijvingstermijn voor de betaling van de premie voor de zorgverzekering, mag verrekenen met de no-claimteruggave.

- 7.6. Vast staat dat partijen het eens zijn over het feit dat het bedrag van € 75,00 betrekking heeft op 5 x € 15,00 administratiekosten in verband met het tijdstip van betaling van de premie voor de zorgverzekering, zodat de commissie hiervan voor het vervolg uitgaat.
- 7.7. Met betrekking tot de vraag of zorgverzekeraar I aan verzoeker administratiekosten in rekening mag brengen indien de premie aan het eind van de maand wordt betaald, oordeelt de commissie als volgt. Artikel 3.4 van de zorgverzekering bepaalt dat de premie bij vooruitbetaling dient te worden voldaan. Indien niet tijdig wordt betaald en de zorgverzekeraar, nadat hij de verzekerde heeft aangemaand tot betalen, maatregelen ter incasso neemt, waaronder naar het oordeel van de commissie het verzenden van aanmaningen kan worden begrepen, berekent hij de kosten daarvan door naar de verzekerde. De in rekening gebrachte administratiekosten van € 15,00 komen de commissie tegen de achtergrond van artikel 3.7.5 van de zorgverzekering niet onredelijk voor. Het feit dat de zorgverzekeraar in 2006 niet van deze mogelijkheid heeft willen gebruik maken, komt de commissie tegen de achtergrond van de stelselwijziging vanaf 1 januari 2006 niet onbegrijpelijk voor. Het feit dat de zorgverzekeraar voor het jaar 2006 heeft afgezien van deze mogelijkheid impliceert naar het oordeel van de commissie niet dat de zorgverzekeraar op de desbetreffende contractsbepaling geen beroep meer zou kunnen doen voor 2007 en volgende jaren.
- 7.8. De stelling dat aan verzoeker de premieachterstand niet kan worden tegengeworpen omdat zorgverzekeraar II de door deze toegezegde tijdige opzegging van de zorgverzekering bij zorgverzekeraar I niet is nagekomen, is naar het oordeel van de commissie niet juist. Zorgverzekeraar I kan niet het handelen of nalaten van zorgverzekeraar II worden tegengeworpen, aangezien verzoeker in relatie tot zorgverzekeraar I zelf verantwoordelijk blijft voor de tijdige opzegging van zijn zorgverzekering.
- 7.9. De vraag naar de rechtsgrondslag voor de verrekening van de openstaande nota van € 75,00 met de no-claimteruggave voor 2007 beantwoordt de commissie als volgt.
- 7.10. Op grond van artikel 7.1 van de zorgverzekering, hetgeen overeenkomt met artikel 22 lid 1 van de Zvw, in de onder overweging 7.3 aangehaalde versie, is bepaald dat de no-claim mag worden verrekend met de waarde van de verzekerde prestaties die in een kalenderjaar voor een verzekerde zijn verstrekt. Uit dien hoofde is de zorgverzekeraar schuldenaar voor een bedrag van € 255,00 voor de no-claimteruggave van 2007.
- 7.11. Op grond van artikel 3.4 van de zorgverzekering is verzoeker gehouden bij wijze van vooruitbetaling premie te betalen. Uit artikel 3.7 van de zorgverzekering volgt dat niet (tijdige) betaling kan leiden tot incassokosten. Uit hoofde van deze contractsbepalingen is de zorgverzekeraar, zo – gelijk in het onderhavige geval – incassokosten zijn gemaakt, schuldeiser. Zoals onder overweging 7.6 is vastgesteld, worden de desbetreffende incassokosten ter grootte van EUR 75,- niet betwist.

- 7.12. Omdat de zorgverzekering een privaatrechtelijke overeenkomst is, zijn tevens de bepalingen van het Burgerlijk Wetboek (BW) van toepassing. Dit betekent dat de zorgverzekeraar op grond van artikel 6:127 BW onder de daar genoemde voorwaarden de bevoegdheid heeft tot verrekening. Nu de commissie niet is gebleken dat de zorgverzekeraar niet heeft voldaan aan één van de voorwaarden van artikel 6:127 BW, mag het bedrag van € 75,00 inzake de administratiekosten in verband met de niet-tijdige premiebetaling op die grond worden verrekend met de no-claimteruggave van 2007.
- 7.13. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
8. Het bindend advies
- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 14 januari 2009,

Voorzitter