

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C te D
Zaak : Premie, premieachterstand: zesmaandsmelding, aanmelding
CVZ, eigen risico
Zaaknummer : 2010.02089
Zittingsdatum : 25 mei 2011

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden zorgverzekering 2007-2010, paragraaf 3.3 en 3.4 Zvw, artt. 2.17 en 2.18 Bzv, artikel IX Wet structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering)

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoeker,

tegen

C te D hierna te noemen de zorgverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Verzoeker is tot op heden bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorg-op-maatpolis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Genoemde zorgverzekering is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Bij brief van 16 maart 2010 heeft de zorgverzekeraar verzoeker meegedeeld dat sprake is van een achterstand in de premiebetaling voor de zorgverzekering van hemzelf van zes of meer maanden en dat hij om die reden met ingang van 10 maart 2010 is aangemeld bij het College voor zorgverzekeringen (CVZ).

3.2. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormeld standpunt gevraagd. Onder andere bij brief van 4 mei 2010 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker meegedeeld zijn standpunt te handhaven.

3.3. Bij aanmeldingsformulier van 23 augustus 2010 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen – althans zo begrijpt de commissie het verzoek – dat de zorgverzekeraar niet gerechtigd is de gedeclareerde ziekenhuiskosten ten bedrage van € 579,95 te verrekenen met het verplicht en gekozen vrijwillig eigen risico van € 155,- respectievelijk € 500,-; te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de brief van 16 maart 2010 in te trekken, alsmede te bepalen dat de zorgverzekeraar hem ten onrechte heeft aangemeld bij het CVZ (hierna: het verzoek).

3.4. 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 waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

- 3.5. De zorgverzekeraar heeft de commissie bij brieven van 22 december 2010 en 14 maart 2011 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Afschriften hiervan zijn op 25 maart 2011 aan verzoeker gezonden.
- 3.6. Verzoeker heeft op 23 april 2011 gereageerd op het in overweging 3.5 bedoelde standpunt van de zorgverzekeraar. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de wederpartij gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 23 april 2011 schriftelijk meegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De zorgverzekeraar heeft op 9 mei 2011 telefonisch meegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Verzoeker is op 25 mei 2011 in persoon gehoord. De zorgverzekeraar heeft telefonisch aan de hoorzitting deelgenomen.
- 3.9. Na afloop van de hoorzitting heeft de commissie de zorgverzekeraar gevraagd duidelijkheid te verschaffen met betrekking tot de vraag wanneer het door verzoeker betaalde bedrag ter grootte van € 349,08 is ontvangen; hoe dit ontvangen bedrag is verrekend, en wat de exacte hoogte van de betalingsachterstand ten tijde van de aanmelding bij het CVZ was. Bij brief van 6 juni 2011 heeft de zorgverzekeraar deze vragen beantwoord.
- 3.10. Een afschrift van de reactie van de zorgverzekeraar is op 22 juni 2011 aan verzoeker gezonden. Verzoeker is daarbij in de gelegenheid gesteld op deze reactie van de zorgverzekeraar te reageren. Verzoeker heeft op 2 juli 2011 op de reactie van de zorgverzekeraar gereageerd. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de wederpartij gezonden.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker stelt dat de zorgverzekeraar hem ten onrechte heeft aangemeld bij het CVZ. Daartoe voert hij aan dat hij de opgekomen maandpremies – weliswaar soms te laat – steeds volledig heeft voldaan zodat hij geen betalingsachterstand heeft opgebouwd. Wel is enige tijd geleden een discussie ontstaan over een door het ziekenhuis ingediende nota ter grootte van € 579,95. Ondanks dat de zorgverzekeraar verzoeker heeft toegezegd dit te corrigeren, worden de betreffende kosten aan hem doorberekend in de vorm van het vrijwillig en verplicht eigen risico.
- 4.2. Ter zitting is door verzoeker aangevoerd dat hij op 9 maart 2010 een bedrag ter grootte van € 349,08 heeft overgemaakt. En dag later volgde de aanmelding bij het CVZ. Na deze melding heeft verzoeker op 2 april 2010 de opkomende maandpremies voor de maanden januari, februari en maart 2010 voldaan.
- 4.3. 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 heeft aanvankelijk gesteld dat de totale betalingsachterstand ten tijde van de aanmelding bij het CVZ op 10 maart 2010 € 789,64 bedroeg. Dit bedrag was samengesteld uit een vordering ter grootte van € 349,08 bij de zorgverzekeraar,

en een vordering ter grootte van € 440,56 (inclusief € 2,56 vertragingsrente en € 75,-- incassokosten), welke is overdragen aan de incassogemachtigde van de zorgverzekeraar. Aangezien in het geval van verzoeker sprake is van een premieachterstand van meer dan zes maanden, heeft de zorgverzekeraar hem met ingang van 1 april 2010 aangemeld bij het CVZ. Inmiddels heeft verzoeker de ontstane achterstand ingelopen en is hij op 13 juli 2010 weer afgemeld bij het CVZ.

- 5.2. Met betrekking tot het eigen risico stelt de zorgverzekeraar dat door het ziekenhuis in eerste instantie een nota is ingediend ten bedrage van € 579,95. Deze kosten zijn aanvankelijk bij verzoeker in rekening gebracht. Later heeft het ziekenhuis deze nota ingetrokken en is door het ziekenhuis een nota van € 95,80 ingediend. Op deze laatste kosten is het vrijwillig en verplicht eigen risico 2009 van toepassing.
- 5.3. Ter zitting is door de zorgverzekeraar aangevoerd dat het door verzoeker betaalde bedrag is verrekend met het nog verschuldigde eigen risico van € 95,80. Het restant is met andere vorderingen verrekend.
- 5.4. Bij brief van 6 juni 2011 heeft de zorgverzekeraar de commissie medegedeeld dat de openstaande vordering ten tijde van de aanmelding bij het CVZ op 10 maart 2010 € 965,34 bedroeg. Eveneens op 10 maart 2010 heeft verzoeker een bedrag ter grootte van € 349,08 betaald. Dit bedrag is toegerekend aan de openstaande premie voor de maanden december 2008 (€ 34,55), januari 2010 (€ 93,75), februari 2010 (€ 93,75), maart 2010 (€ 31,23) en het verschuldigde eigen risico ten bedrage van € 95,80.
- 5.5. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat het onderhavige verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

- 7.1. De commissie stelt vast dat partijen niet met elkaar van mening verschillen over het bestaan tussen hen van een verzekeringsrelatie, het verschuldigd zijn van de premie voor de afgesloten verzekering en de hoogte van de periodiek verschuldigde premie voor deze verzekering. Partijen hebben de ontvangst en de inhoud van het tweedemaandsaanbod en de vierdemaandswaarschuwing als bedoeld in de artikelen 18a en 18b Zvw niet in de procedure ingebracht.
In geschil zijn uitsluitend de hoogte van de betalingsachterstand, de vraag of de zorgverzekeraar gehouden is af te zien van verrekening van de door het ziekenhuis gedeclareerde kosten met het verplicht respectievelijk het vrijwillig eigen risico, de rechtmatigheid van de brief van 16 maart 2010, en de aanmelding bij het CVZ.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

- 8.1. Voor de beoordeling van het geschil tussen partijen zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.

- 8.2. Ingevolge artikel 7 van de zorgverzekering (2007-2010) is de verzekeringnemer de premie bij vooruitbetaling verschuldigd.
- 8.3. Artikel 9 van de ‘algemene voorwaarden’ van de zorgverzekering (2009) bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden het wettelijk verplicht eigen risico is verschuldigd en luidt, voor zover hier van belang:

“9.1 Verplicht eigen risico

Als u 18 jaar of ouder bent, hebt u voor de zorgverzekering een verplicht eigen risico van € 155,- per jaar. Dit betekent dat u de eerste € 155,- 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 verzekering vallen van ons vergoed. Het verplicht eigen risico staat op de polis.

(...)

*9.5 Het verplicht eigen risico als wij uw kosten rechtstreeks aan de zorgverlener betalen
Kosten kunnen rechtstreeks aan de zorgverlener vergoed worden. Als u nog een (deel van het) verplicht eigen risico moet betalen, vorderen wij dit bedrag bij u terug of verrekenen dit met u. (...)*”

- 8.4. Volgens artikel 10.2 van de ‘algemene voorwaarden’ van de zorgverzekering (2009) kan een verzekeringsplichtige kan kiezen voor een eigen risico van € 500,-. Artikel 10.4 bepaalt vervolgens dat wanneer is gekozen voor een vrijwillig eigen risico de zorgkosten eerst worden verrekend met het verplicht eigen risico. Genoemde artikelen luiden, voor zover hier van belang, als volgt:

“10.2 De hoogte van het vrijwillige eigen risico

Elke verzekerde van 18 jaar en ouder kan kiezen voor een vrijwillig eigen risico van (...) € 500,- per jaar. (...)”

“10.4 Eerst volmaken van het verplichte eigen risico, dan van het vrijwillige

Met de kosten die onder de dekking van de zorgverzekering vallen, maakt u eerst het verplichte eigen risico vol. Als dat is volgemaakt, komen de kosten voor rekening van het eventueel gekozen vrijwillige eigen risico. Staat dat ook op € 0,- dan krijgt u de kosten die u maakt en die onder de dekking van uw zorgverzekering vallen vanaf dat moment daadwerkelijk vergoed van ons.”

- 8.5. De artikelen 9 en 10 van de ‘algemene voorwaarden’ van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2.1 van de ‘algemene voorwaarden’ van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.6. Paragraaf 3.4 Zvw en de artikelen 2.17 en 2.18 Bzv regelen het verplicht en het vrijwillig eigen risico.
- 8.7. Artikel 16 Zvw regelt in welke gevallen voor de zorgverzekering geen premie verschuldigd is. Voor zover hier van belang, luidt laatstgenoemd artikel als volgt:

“Artikel 16

*1. Krachtens de zorgverzekering is de verzekeringnemer premie verschuldigd.
(...)”*

- 8.8. Op 1 september 2009 is de Wet structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering (hierna: de Wsmwz) in werking getreden. Vanaf dat moment is onder meer aan de Zvw een nieuwe afdeling toegevoegd die de gevolgen regelt van het niet (tijdig) betalen van de premie voor de zorgverzekering. De wet voorziet in een aantal beoordelingsmomenten waarop de zorgverzekeraar een aanbod, respectievelijk een mededeling moet doen aan de polishouder en/of de verzekerde. Is sprake van een premieschuld ter hoogte van zes of meer maandpremies, rente en incassokosten buiten beschouwing latend, dan vindt in beginsel melding daarvan plaats aan het College voor zorgverzekeringen. De consequentie hiervan is dat een – hogere – bestuursrechtelijke premie van toepassing wordt, alsmede een ander incassoregime, waarbij onder andere bronheffing en incasso door het Centraal Justitieel Incasso Bureau mogelijk zijn.
- 8.9. Voor op 1 september 2009 reeds bestaande gevallen van premieachterstand is een overgangsregeling getroffen, die voorziet in een verkort traject. Hierbij is tevens voorzien in een regeling die bepaalt dat bepaalde handelingen die door de zorgverzekeraar vooruitlopend op de inwerkingtreding van de wet zijn verricht – voor zover deze handelingen voldoen aan het geregelde in de wet, al was deze reeds in werking getreden – worden aangemerkt als handelingen in het kader van de wet.
- 8.10. Voor zover hier van belang, bepalen de artikelen 18c Zvw en artikel IX van de Wsmwz het volgende:

“Artikel 18c

1. *Indien ten aanzien van een zorgverzekering, rente en incassokosten buiten beschouwing latend, een premieschuld ter hoogte van zes of meer maandpremies is ontstaan, meldt de zorgverzekeraar dit, onder vermelding van de voor de heffing van de bestuursrechtelijke premie alsmede voor de uitvoering van artikel 34a noodzakelijke persoonsgegevens van de verzekeringnemer en de verzekerde, aan het College zorgverzekeringen, de verzekeringnemer en, indien deze een ander is dan de verzekeringnemer, aan de verzekerde.*

2. *De melding geschiedt niet:*

a. *in geval van tijdige betwisting als bedoeld in artikel 18b, eerste lid, zolang de zorgverzekeraar zijn standpunt dienaangaande niet aan de verzekeringnemer en, indien dit een ander dan de verzekeringnemer is, aan de verzekerde heeft kenbaar gemaakt;*

b. *gedurende de termijn, genoemd in artikel 18b, tweede lid;*

c. *ingeval van tijdige voorlegging van het geschil aan een onafhankelijke instantie of aan de burgerlijke rechter als bedoeld in artikel 18b, tweede lid, zolang op het geschil niet onherroepelijk is beslist;*

(...)”

”Artikel IX

(...)

4. *Indien op de datum van inwerkingtreding van deze wet ten aanzien van een zorgverzekering volgens de administratie van de zorgverzekeraar reeds een premieschuld van vier of meer maanden bestaat, doet een zorgverzekeraar, in afwijking van artikel 18b, de daar bedoelde mededeling:*

a. *zodra de termijn voor aanvaarding van het aanbod, bedoeld in het eerste lid, is verlopen zonder dat het aanbod is aanvaard, of*

b. *het aanbod is aanvaard en desondanks toch nieuw vervallende termijnen van de premie niet voldaan worden.*

5. *Een voor de datum van inwerkingtreding van deze wet gedaan aanbod tot het treffen van een betalingsregeling, dat aan de eisen van artikel 18a van de Zorgverzekeringswet juncto het tweede lid van dit artikel zou hebben voldaan indien die bepalingen op de datum waarop het aanbod is gedaan reeds in werking zouden zijn getreden, en een voor de datum van inwer-*

kingtreding van deze wet gedane mededeling die aan de eisen van artikel 18b van de Zorgverzekeringswet juncto het vierde lid van dit artikel zou hebben voldaan indien deze bepalingen op het moment van verzending van de mededeling in werking zouden zijn getreden en waartegen de verzekeringnemer of, indien dit een ander dan de verzekeringnemer is, de verzekerde, bij de verzekeraar en vervolgens bij een onafhankelijke instantie als bedoeld in artikel 114 van de Zorgverzekeringswet of de burgerlijke rechter heeft kunnen opkomen als ware artikel 18b van de Zorgverzekeringswet reeds in werking getreden, gelden voor de toepassing van artikel 18c van die wet en het gestelde bij en krachtens artikel 34a van die wet als aanbod en mededeling als bedoeld in artikel 18a respectievelijk 18b van die wet. (...).”

9. Beoordeling van het geschil

Berekening eigen risico

- 9.1. Ingevolge de polisvoorwaarden is verzoeker over het kalenderjaar 2009 een bedrag van maximaal € 155,-- aan wettelijk verplicht eigen risico verschuldigd. Daarnaast heeft verzoeker een vrijwillig eigen risico gekozen van € 500,--. Verzoeker heeft derhalve in 2009 een eigen risico van in totaal € 655,--. De zorgverzekeraar dient, wanneer hij kosten die vallen onder het eigen risico aan een zorgverlener vergoedt, conform artikel 10.4 van de zorgverzekering de gedeclareerde kosten eerst te verrekenen met het verplicht, en daarna met het gekozen vrijwillig eigen risico. De zorgverzekeraar heeft in de procedure een betalingsoverzicht ingebracht naar de stand van 16 juli 2010 waaruit blijkt dat bij verzoeker in 2009 € 297,44 eigen risico in rekening is gebracht. Verzoeker heeft de juistheid van de gedeclareerde bedragen bestreden, in die zin dat volgens hem naast eerder genoemde bedragen ook een bedrag ter grootte van € 579,95 ten laste van het eigen risico 2009 is gebracht. Ten aanzien van dit bedrag heeft de zorgverzekeraar verklaard dat dit aanvankelijk inderdaad is gebeurd, maar dat dit later is gecorrigeerd. Gelet op deze correctie in combinatie met het feit dat niet gebleken is dat de uiteindelijk gedeclareerde kosten, kosten betreffen die niet onder het eigen risico vallen, is de commissie van oordeel dat de zorgverzekeraar in het kalenderjaar 2009 niet méér kosten ten laste van het eigen risico van verzoeker heeft gebracht dan waartoe hij op grond van de polis gerechtigd was.

Aanmelding CVZ

- 9.2. Beoordeeld dient te worden of op 1 april 2010 voor de zorgverzekering van verzoeker een premieachterstand bestond van zes of meer maanden, in welk geval de aanmelding bij het CVZ terecht is. Door de zorgverzekeraar is na afloop van de hoorzitting een betalingsoverzicht in de procedure ingebracht – naar de stand van 10 maart 2010 – waaruit blijkt dat over de periode van 1 januari 2006 tot en met 9 maart 2010 nog een bedrag openstaat van € 965,34, inclusief opgekomen rente en incassokosten.
- 9.3. Uit de memorie van toelichting op het Wetsvoorstel Structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering (TK 2008-2009, 31736, nr. 3, pag. 28) kan worden afgeleid dat voor de toepassing van de regeling als opgenomen in artikel 18c Zvw en artikel IX Wsmwz uitsluitend de *premie voor de zorgverzekering* van belang is. Derhalve kan bij de berekening van de achterstand onder meer geen rekening worden gehouden met het eveneens op het overzicht vermelde eigen risico 2009 (€ 95,80), eigen risico 2010 (€ 15,74) en incassokosten (€ 77,74). Nu deze bedragen niet mogen worden meegeteld, resteert een premieachterstand ten bedrage van € 776,06, welke achterstand volgens het overzicht betrekking heeft op de maanden september 2009 tot en met

maart 2010 (€ 644,25), restant maart 2008 (€ 27,14), april 2008 (€ 70,12) en restant december 2008 (€ 34,55).

- 9.4. Ter zitting is door verzoeker aangevoerd dat hij op 10 maart 2010 een bedrag heeft overgemaakt ter grootte van € 349,08. Bij brief van 6 juni 2011 heeft de zorgverzekeraar erkend eerder genoemd bedrag te hebben ontvangen en dit te hebben toegerekend aan de openstaande premie voor de maanden december 2008 (€ 34,55), januari 2010 (€ 93,75), februari 2010 (€ 93,75), maart 2010 (€ 31,23) en het verschuldigde eigen risico na correctie ten bedrage van € 95,80. Aangezien de betaling van € 349,08 vóór 1 april 2010 is ontvangen en daarnaast de verbintenis tot premiebetaling, gelet op de mogelijke gevolgen, moet worden aange-merkt als de meest bezwarende, is de commissie van oordeel dat de door verzoeker verrichte betalingen enkel op de premieachterstand in mindering hadden mogen worden gebracht, en niet op het eigen risico. Indien eerder genoemd bedrag van € 349,08 volledig wordt verrekend met de openstaande premievordering, resteert een (premie)vordering van € 426,98 (€ 776,06 – € 349,08).
- 9.5. Gelet op het voorgaande heeft de zorgverzekeraar niet aannemelijk weten te maken dat op 1 april 2010 sprake was van een betalingsachterstand van meer dan zes maandpremies, zodat het hem niet vrij stond verzoeker aan te melden bij het CVZ.
- 9.6. Nu de melding van verzoeker bij het CVZ ten onrechte heeft plaatsgevonden, is de zorgverzekeraar gehouden verzoeker met terugwerkende kracht af te melden en in ieder geval de daarmee voor verzoeker gepaard gaande financiële gevolgen ongedaan te maken. Dit betekent dat de zorgverzekeraar verzoeker dient te vergoeden al hetgeen door of namens het CVZ in het kader van de bestuursrechtelijke premieheffing als bedoeld in artikel 18d Zvw is geheven, een en ander vanaf het moment van aanmelding tot de eerste van de maand volgende op de maand waarin dit bindend advies is uitgebracht, en uitsluitend voor zover door het CVZ (in het kader van de eindafrekening) nog geen restitutie van de geïnde bestuursrechtelijke premie heeft plaatsgevonden of zal plaatsvinden. Daartegenover is verzoeker gehouden aan de zorgverzekeraar alsnog de nominale premie voor de zorgverzekering te voldoen - voor zover dat nog niet heeft plaatsgevonden – over de periode dat sprake is geweest van de bestuursrechtelijke premieheffing door het CVZ. Immers, ingevolge artikel 16 lid 2 onder b Zvw is geen premie verschuldigd gedurende de periode dat een bestuursrechtelijke premie verschuldigd is. De zorgverzekeraar mag overgaan tot verrekening van vorenbedoelde bestuursrechtelijke premie – alleen voor zover deze door hem daadwerkelijk wordt vergoed – en de door verzoeker over de hiervoor genoemde periode nog te betalen nominale premie.

Conclusie

- 9.7. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen voor zover het de brief van 16 maart 2010 en de aanmelding bij het CVZ betreft en de daaruit voortvloeiende financiële consequenties voor verzoeker. Het meer of anders gevorderde dient te worden afgewezen.
- 9.8. Aangezien het verzoek deels wordt toegewezen, ligt het – mede indachtig artikel 17 van het reglement van de commissie – in de rede dat de zorgverzekeraar ook het entreegeld aan verzoeker vergoedt.

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek toe op de wijze als hierboven in overweging 9.7 is vermeld.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de zorgverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden een bedrag ad € 37,--.

Zeist, 6 juli 2011,

Voorzitter