

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen CZ Zorgverzekeringen N.V. te Tilburg en OWM CZ groep U.A. te Tilburg
Zaak : Premie, toerekenbare tekortkoming in de nakoming
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2020, 2021 en 2022, artt. 10, 11, 16 en 17 Zvw 6:74 e.v. en 6:217 BW
Zaaknummer : 202200045
Zittingsdatum : 6 juli 2022

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

- 1) CZ Zorgverzekeringen N.V. te Tilburg, en
- 2) OWM CZ groep U.A. te Tilburg,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij klachtenformulier van 8 januari 2022 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen. De commissie heeft verzoeker verzocht het entreegeld van € 37,- te betalen en aanvullende informatie op te sturen. Verzoeker heeft hieraan voldaan. Op 5 februari 2022 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. Bij brief van 11 april 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 11 april 2022 aan verzoeker gezonden.
- 2.3. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 6 juli 2022 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn over deze samenstelling voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker is tot op heden bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de CZ Zorgbewustpolis (natura select) (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Basis Collectief (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar verzocht om restitutie van 40% van de betaalde premie voor de jaren 2020, 2021 en 2022 vanwege niet-nakoming van de wettelijke zorgplicht.
- 3.3. Bij e-mailbericht van 11 november 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld niet tot terugbetaling over te gaan.
- 3.4. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar bij e-mailbericht van 16 november 2021 om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij e-mailbericht van 17 november 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

4. **Het geschil**

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar 40% van de door verzoeker betaalde premie voor de jaren 2020, 2021 en 2022 moet restitueren.

5. **Bevoegdheid van de commissie**

- 5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel A.22 van de voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering.

6. **Beoordeling**

- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en het Burgerlijk Wetboek (BW) zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Standpunt verzoeker

- 6.2. Verzoeker maakt aanspraak op restitutie van 40% van de betaalde premie voor de jaren 2020, 2021 en 2022. In dat verband verwijst hij naar artikel 11 Zvw, en stelt hij dat de ziektekostenverzekeraar de op hem rustende zorgplicht heeft geschonden. Zo zijn noodzakelijke operaties uitgesteld. Er is voorts een structureel personeelstekort, zoals blijkt uit cijfers van het CBS. Er is al jaren een tekort aan zorgcapaciteit. Door de Covid19-pandemie is dit tekort alleen maar toegenomen. Daarnaast heeft Nederland te weinig IC-bedden. Intussen is het eigen vermogen van de ziektekostenverzekeraar gestegen tot boven de norm van DNB. De extra middelen hadden moeten worden geïnvesteerd in de zorg, met name ook in preventieve maatregelen. Verzoeker tekent hierbij aan dat jaarlijks 20.000 mensen overlijden door een slechte leefstijl. In plaats daarvan worden middelen onttrokken aan de zorg door het hanteren van een bureaucratisch 'afrekenstelsel' dat efficiënte zorg verhindert. Volgens verzoeker zijn de wachtlijsten structureel te lang, en wordt in 31,9% van de gevallen de Treeknorm overschreden. De ziektekostenverzekeraar weigert ten onrechte aan patiënten toestemming te verlenen voor zorg in het buitenland of in een privékliniek. Verzoeker concludeert dat zijn verzekering "in waarde is gedaald".

Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 6.3. De ziektekostenverzekeraar heeft de gevraagde premierestitutie geweigerd. In dat verband heeft hij toegelicht dat het Nederlandse zorgstelsel is gebaseerd op solidariteit. Op de premie worden geen kortingen of opslagen toegepast vanwege iemands leefstijl. De ziektekostenverzekeraar heeft verder uiteengezet welke acties hij heeft ondernomen om verbetering van de leefstijl te bevorderen, onder andere via de dekking van de aanvullende ziektekostenverzekeringen. Door de ziektekostenverzekeraar is erop gewezen dat de rechtsvorm die van een onderlinge waarborgmaatschappij is en dat zonder winstoogmerk wordt gehandeld. Op grond van de Europese regelgeving Solvency II is het aanhouden van reserves vereist. Voor zover het resultaat positief is en aan bedoelde eisen is voldaan, kan worden besloten tot teruggave aan de verzekerden, in de vorm van een lagere premie. Dat door de Covid19-crisis de uitgaven lager waren is niet geheel juist. Zo heeft de ziektekostenverzekeraar extra kosten gehad door de continuïteitsbijdrage. Waar het gaat om de samenstelling van het verzekerde pakket is een belangrijke rol weggelegd voor het Zorginstituut Nederland. Tot slot verklaart de ziektekostenverzekeraar inspanningen te plegen om het tekort aan verplegend personeel tegen te

gaan. Dit doet hij onder andere door in overleg met zorgaanbieders te werken aan vergroting van het werkplezier en uitbreiding van bestaande arbeidscontracten.

Overwegingen commissie

- 6.4. De commissie overweegt dat een (verzekerings)overeenkomst tot stand komt door een aanbod en de aanvaarding daarvan (artikel 6:217 BW). Verzoeker heeft een aanbod gedaan door zich bij de ziektekostenverzekeraar aan te melden en dit aanbod is vervolgens door de ziektekostenverzekeraar aanvaard. Hierdoor is tussen verzoeker en de ziektekostenverzekeraar een (zorg)verzekeringsovereenkomst tot stand gekomen. Uit de verzekeringsovereenkomst vloeien voor partijen verschillende verbintenissen voort, waarbij voor verzoeker de belangrijkste verbintenis is die tot tijdige betaling van de overeengekomen premie. De ziektekostenverzekeraar heeft dit opgenomen in artikel A7 van de verzekeringsvoorwaarden. Deze verplichting is tevens opgenomen in artikel 16 Zvw. In artikel 17, eerste lid, Zvw is bepaald dat de zorgverzekeraar voor iedere variant van de zorgverzekering die hij aanbiedt, de grondslag van de premie en de bij die variant behorende premiekorting of premiekortingen vaststelt en deze opneemt in de modelovereenkomst. Andere kortingen op de grondslag van de premie dan die vanwege een gekozen vrijwillig eigen risico of deelname aan een collectiviteit, zoals in artikel 17 en 18 Zvw opgenomen zijn niet toegestaan. De tussen partijen overeengekomen premie vormt daarmee een gegeven.
- 6.5. Komt een partij een verbintenis uit de overeenkomst niet - tijdig - na, dan heeft de wederpartij in beginsel de mogelijkheid haar prestaties op te schorten. Een toerekenbare tekortkoming in de nakoming van een verbintenis kan voorts leiden tot een verplichting tot schadevergoeding (artikel 6:74 e.v. BW). De commissie begrijpt de stellingen aldus dat verzoeker van oordeel is dat hij teveel premie heeft betaald over de drie genoemde jaren, in de eerste plaats omdat de ziektekostenverzekeraar de op hem rustende zorgplicht niet is nagekomen.
- 6.6. Wat in het kader van de zorgverzekering onder deze zorgplicht valt, is geregeld in artikel 11 Zvw. Hierin is bepaald dat de zorgplicht zodanig wordt vormgegeven dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit: (a) de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft, of (b) vergoeding van de kosten van deze zorg of overige diensten alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten. Hierbij ziet (a) op de verzekerde prestaties die als natura-aanspraak vorm hebben gekregen, en (b) op de verzekerde prestaties op restitutiebasis. Ongeacht de vorm, geldt als voorwaarde dat de zorgplicht (of de aanspraak op zorg) pas aan de orde is als het verzekerde risico zich voordoet. Dat wil zeggen, kort gezegd, als een verzekerde in concreto op een onder de zorgverzekering gedekte zorg of dienst is aangewezen. Door verzoeker is gesteld noch is anderszins gebleken dat hiervan in 2020, 2021 of 2022 sprake is geweest, met als consequentie dat van een niet-nakoming van de wettelijke zorgplicht in deze geen sprake is.
- 6.7. Door verzoeker is verder in algemene zin betoogd dat noodzakelijke operaties zijn uitgesteld. Een onderbouwing hiervan ontbreekt, terwijl daarnaast niet valt in te zien hoe dit verzoeker persoonlijk heeft getroffen, in die zin dat hij of een door hem verzekerde persoon de verzekerde zorg niet of (veel) later heeft gekregen. Ook de algemene verwijzing naar het aantal IC-bedden, de overschrijding van de Treeknormen en de gestelde niet-toereikende zorgcapaciteit treft om deze reden geen doel.
- 6.8. Hetgeen verzoeker heeft gesteld ten aanzien van het eigen vermogen van de ziektekostenverzekeraar mist in dit verband relevantie. Indien verzoeker van mening is dat de overeengekomen premie te hoog is, staat het hem vrij te kiezen voor opzegging van de zorgverzekering per het einde van het jaar. Hij kan vervolgens de keuze maken voor een zorgverzekeraar die een andere premie in rekening brengt en/of andere keuze maakt ten aanzien van de inzet van een eventueel positief resultaat dan wel zich naar de smaak van verzoeker meer inspanst voor leefstijlverbetering. Zoals hiervoor is toegelicht, heeft de wetgever bepaald welke kortingen op de grondslag van de premie in het kader van de zorgverzekering zijn toegestaan.

Een korting vanwege een gezonde leefstijl behoort daar niet toe; een opslag vanwege een ongezonde leefstijl evenmin. Binnen de gekozen systematiek is de grondslag van de premie voor een bepaalde zorgverzekering voor iedere verzekerde gelijk.

- 6.9. Waar het gaat om de toestemming voor zorg in het buitenland, merkt de commissie op dat de zorgverzekering in het licht van (EG) Verordening nr. 883/2004 wordt gezien als een sociale ziektekostenverzekering. Genoemde verordening is rechtstreeks werkend, en indien een verzekerde zorg of een overige dienst nodig heeft die behoort tot de verzekerde prestaties op grond van de zorgverzekering, terwijl deze zorg of overige dienst niet kan worden geleverd binnen de termijn die hier gebruikelijk voor staat (Treenorm), is de zorgverzekeraar ingevolge artikel 20 van de verordening gehouden de verzekerde toestemming te verlenen voor het betrekken van deze zorg of overige dienst in een andere EU/EER-lidstaat. Afhankelijk van het type zorgverzekering en een eventueel hierin opgenomen toestemmingsvereiste, kan een verzekerde ook op grond van de zorgverzekering kiezen voor behandeling buiten Nederland of bij een privékliniek. In dat laatste geval zal de kliniek en de daar werkzame zorgverlener overigens wel moeten voldoen aan de in de verzekeringsvoorwaarden opgenomen eisen. Gesteld noch gebleken is dat verzoeker of een door hem verzekerde persoon in 2020, 2021 of 2022 zorg in het buitenland nodig had waarvoor hem de toestemming - op basis van genoemde verordening dan wel de zorgverzekering - is onthouden. Hetzelfde geldt voor zorg in een privékliniek.
- 6.10. Rest de stelling van verzoeker dat zijn verzekering "in waarde is gedaald". De commissie overweegt hierover het volgende: De zorgverzekering is geen sommenverzekering, maar een schadeverzekering die dekking biedt voor zover een verzekerde gebeurtenis zich voordoet. Een opbouw van waarde, zoals bij een kapitaalverzekering, is hierbij niet aan de orde.
- 6.11. Gelet op hetgeen hiervoor is overwogen, concludeert de commissie dat de overeengekomen premie een gegeven vormt. Van een toerekenbare tekortkoming in de nakoming door de ziektekostenverzekeraar, die verzoeker de mogelijkheid zou kunnen geven de op hem rustende verbintenissen - met name die tot tijdige betaling van de premie - op te schorten onderscheidenlijk vergoeding van schade te vorderen (al dan niet in de vorm van een gedeeltelijke premierestitutie), is geen sprake. Om die reden dient het verzoek te worden afgewezen.
- 6.12. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 22 augustus 2022

M.T.C.J. Nauta-Sluijs

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

2. Nationale wet- en regelgeving
(bron: <https://wetten.overheid.nl/zoeken>)

Burgerlijk Wetboek Boek 6

Artikel 74

1. Iedere tekortkoming in de nakoming van een verbintenis verplicht de schuldenaar de schade die de schuldeiser daardoor lijdt te vergoeden, tenzij de tekortkoming de schuldenaar niet kan worden toegerekend.
2. Voor zover nakoming niet reeds blijvend onmogelijk is, vindt lid 1 slechts toepassing met inachtneming van hetgeen is bepaald in de tweede paragraaf betreffende het verzuim van de schuldenaar.

Zorgverzekeringswet

Artikel 16

1. Krachtens de zorgverzekering is de verzekeringnemer premie verschuldigd.
2. In afwijking van artikel 925 van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek en van het eerste lid is voor een verzekerde tot de eerste dag van de kalendermaand volgende op de kalendermaand waarin hij de leeftijd van achttien jaar heeft bereikt, geen premie verschuldigd.

Artikel 17

1. De zorgverzekeraar stelt voor iedere variant van de zorgverzekering die hij aanbiedt, de grondslag van de premie en de bij die variant behorende premiekorting of premiekortingen vast en neemt deze in de modelovereenkomst op.
2. De grondslag van de premie is gelijk voor varianten die wat betreft de te verzekeren prestaties als bedoeld in artikel 11, eerste lid, of de keuzemogelijkheden tussen aanbieders van zorg of van overige diensten als bedoeld in dat lid, niet van elkaar verschillen.
3. Indien de zorgverzekeraar gebruik maakt van zijn bevoegdheid, bedoeld in artikel 11, vijfde lid, is de grondslag van de premie gelijk aan de grondslag die hij heeft of zou hebben vastgesteld voor een modelovereenkomst met volledige dekking.
4. De grondslag van de premie is de premie indien geen premiekorting als bedoeld in artikel 18, vierde lid, of artikel 19 geldt of zou gelden.
5. De verschuldigde premie is gelijk aan de grondslag van de premie behorende bij de variant van de zorgverzekering die de verzekeringnemer gekozen heeft, verminderd met de premiekortingen, bedoeld in de artikelen 18, vierde lid, of 19, indien deze van toepassing zijn.
6. De zorgverzekeraar geeft de wijze waarop de verschuldigde premie van de grondslag van de premie wordt afgeleid in de modelovereenkomst weer, en neemt de wijze waarop de door de verzekeringnemer verschuldigde premie van de grondslag van de premie is afgeleid in de zorgpolis op.
7. Een wijziging in de grondslag van de premie treedt niet eerder in werking dan met ingang van de eerste dag van de tweede kalendermaand volgende op de maand waarin deze aan de verzekeringnemer is medegedeeld.

Burgerlijk Wetboek Boek 6

Artikel 217

1. Een overeenkomst komt tot stand door een aanbod en de aanvaarding daarvan.
2. De artikelen 219-225 zijn van toepassing, tenzij iets anders voortvloeit uit het aanbod, uit een andere rechtshandeling of uit een gewoonte.

Zorgverzekeringswet

Artikel 10

Het krachtens de zorgverzekering te verzekeren risico is de behoefte aan:

- a. geneeskundige zorg, waaronder de integrale eerstelijnszorg zoals die door huisartsen en verloskundigen pleegt te geschieden;
- b. mondzorg;
- c. farmaceutische zorg;
- d. hulpmiddelenzorg;
- e. verpleging;
- f. verzorging, waaronder de kraamzorg;
- g. verblijf in verband met geneeskundige zorg;
- h. vervoer in verband met het ontvangen van zorg of diensten als bedoeld in de onderdelen a tot en met g, dan wel in verband met een recht op zorg op grond van de Wet langdurige zorg.

Artikel 11

1. De zorgverzekeraar heeft jegens zijn verzekerden een zorgplicht die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit:
 - a. de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft, of
 - b. vergoeding van de kosten van deze zorg of overige diensten alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten.
2. In de zorgverzekering kunnen combinaties van verzekerde prestaties als bedoeld in het eerste lid, onderdeel a of b, worden opgenomen.
3. Bij algemene maatregel van bestuur worden de inhoud en omvang van de in het eerste lid bedoelde prestaties nader geregeld en kan voor bij die maatregel aan te wijzen vormen van zorg of overige diensten worden bepaald dat een deel van de kosten voor rekening van de verzekerde komt.
4. In de algemene maatregel van bestuur kan worden bepaald dat bij ministeriële regeling:
 - a. vormen van zorg of overige diensten kunnen worden uitgezonderd van de in het eerste lid bedoelde of in de maatregel nader omschreven prestaties;
 - b. de inhoud en omvang van de prestaties bestaande uit zorg als bedoeld in artikel 10, onderdelen a, c en d, nader wordt geregeld;
 - c. nadere regels kunnen worden gesteld over het deel van de kosten dat voor rekening van de verzekerde komt.
5. Een zorgverzekeraar kan modelovereenkomsten aanbieden waarin, in geringe afwijking van het bepaalde bij of krachtens het eerste en derde lid, bepaalde om ethische of levensbeschouwelijke redenen controversiële prestaties buiten de dekking van de zorgverzekering blijven.