

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vertegenwoordigd door E te F tegen C te D
Zaak : Premie, betalingsachterstand, kosten fysiotherapie
Zaaknummer : 2011.00678
Zittingsdatum : 17 augustus 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 2010-2011, artt. 10 en 11 Zvw, paragraaf 3.3 Zvw, 2.6 en bijlage 1 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2010-2011, en art. 6:43 BW)

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door E te F
tegen

C te D hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Verzoeker is tot op heden bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] Zorgverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering [naam ziektekostenverzekeraar] Jong Pakket afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is met ingang van 1 juni 2011 beëindigd. Alle hiervoor genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten 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 10 december 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker medegedeeld dat sprake is van een betalingsachterstand van € 761,16, bestaande uit niet betaalde premie voor de zorgverzekering en zorgkosten (ter zake van onder meer fysiotherapie).
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormeld standpunt gevraagd. Bij brief van 9 februari 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.3. Bij brief van 13 februari 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker medegedeeld dat de betalingsachterstand op dat moment € 809,16 bedraagt.
- 3.4. Bij brief van 15 maart 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker meegedeeld dat sprake is van een achterstand in de premiebetaling voor de zorgverzekering van twee of meer maanden.
- 3.5. Bij aanmeldingsformulier van 27 februari 2011 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekosten-

tenverzekeraar gehouden is de onder 3.1, 3.3 en 3.4 bedoelde brieven in te trekken en de kosten van fysiotherapie volledig te vergoeden (hierna: het verzoek).

- 3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar 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.
- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 26 mei 2011 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 15 juni 2011 aan verzoeker gezonden.
- 3.8. Verzoeker heeft op 25 juni 2011 gereageerd op het onder 3.7 bedoelde standpunt van de ziektekostenverzekeraar. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de wederpartij gezonden.
- 3.9. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 25 juni 2011 schriftelijk meegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 3 augustus 2011 schriftelijk meegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.10. Bij brief van 15 juni 2011 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 18 juli 2011 heeft het CVZ (zaaknummer 2011062921) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat de indicatie ADHD met bijbehorende beperkingen geen indicatie is die voorkomt op de chronische lijst voor fysiotherapie. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 27 juli 2011 aan partijen gezonden.
- 3.11. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 17 augustus 2011 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.12. Bij brief van 19 augustus 2011 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of het verslag aanleiding geeft tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 22 augustus 2011 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.
- 3.13. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 6 september 2011 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 8 september 2011 aan verzoeker gezonden.
- 3.14. Verzoeker heeft op 13 september 2011 gereageerd op het onder 3.13 bedoelde standpunt van de ziektekostenverzekeraar. 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 ziektekostenverzekeraar zich ten onrechte op het standpunt stelt dat sprake is van een achterstand in de premiebetaling voor de zorgverzekering van twee of meer maanden. Met ingang van 1 januari 2010 is hij voor de zorgverzekering verzekerd bij de ziektekostenverzekeraar, en de aanvullende ziektekostenverzekering is aldaar ingegaan op 1 maart 2010. Verzoeker stelt dat zijn vader de premiebetalingen voor hem verricht. Tot en met februari 2010 heeft verzoekers vader aan een andere verzekeraar betaald, en vanaf maart 2010 aan de ziektekostenverzekeraar. Aangezien deze verzekeraars onder eenzelfde organisatie vallen, maar wel handelen namens verschillende labels, stelt verzoeker dat de betalingen tot maart 2010 dienen te worden verrekend. Medio augustus ontving verzoeker een betalingsherinnering van de ziektekostenverzekeraar, waarop stond vermeld dat drie maandpremies niet waren voldaan. Verzoeker heeft diverse betalingsbewijzen overgelegd, waaruit bleek dat de maandpremies wel waren voldaan. De openstaande vordering bleek intussen door de ziektekostenverzekeraar te zijn overgedragen aan de incassogemachtigde.
- 4.2. Voorts stelt verzoeker dat hij ADHD en een ernstige vorm van autisme heeft, gepaard gaande met een storing in de fijne motoriek. Hiervoor is hij onder behandeling van een fysiotherapeut. Volgens de ziektekostenverzekeraar betreft het hier geen chronische indicatie. Verzoeker stelt daarentegen dat wel sprake is van een chronische indicatie voor fysiotherapie. De kosten van fysiotherapie dienen daarom volledig te worden vergoed.
- 4.3. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat hij vorig jaar augustus een aanmaning kreeg, inhoudende dat drie maanden geen premie zou zijn betaald. Deze bleek echter wel te zijn voldaan. Een maand later volgde weer een aanmaning. De oudste maand bleek vervallen, en er was een nieuwe maand bijgekomen. Verzoekers vader heeft gebeld met de ziektekostenverzekeraar en gevraagd of dit te maken zou kunnen hebben met de overgang van verzekeraar. In verband met de overgang naar de ziektekostenverzekeraar heeft hij namelijk gevraagd of een en ander met betrekking tot de premie zou worden geregeld. Vanaf 1 maart 2010 heeft hij aan de ziektekostenverzekeraar betaald, en dit was conform het advies dat hij heeft gekregen van de ziektekostenverzekeraar. Op de vraag of de overgang van verzekeraar het probleem vormt kreeg hij geen antwoord. Wel ontving hij weer een volgende aanmaning. Verzoeker stelt het onbegrijpelijk te vinden dat hij nooit een inhoudelijke reactie heeft gekregen, maar slechts een computeruitdraai. Voorts stelt verzoeker dat de ziektekostenverzekeraar hem heeft medegedeeld dat de aanvullende ziektekostenverzekering was beëindigd. Verzoekers vader is doorgegaan met het betalen van de oude premie van € 105,58. Verzoeker stelt dat het onterecht is dat hij bekend staat als wanbetaler.
- 4.4. Voorts is door verzoeker ter zitting aangevoerd dat hij vanaf de leeftijd van zes jaar fysiotherapie heeft. Dit heeft altijd goed geholpen voor de aandoening ADHD. De vorige verzekeraar vergoedde altijd alles. De ziektekostenverzekeraar heeft hem geaccepteerd als verzekerde en is bekend met de situatie. Verzoeker stelt dat de afwijzing van de fysiotherapie erg formalistisch is. De diagnose is een ernstige en chronische aandoening.
- 4.5. Verzoeker komt tot de conclusie dat zijn verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt dat sprake is van een achterstand in de betaling van de premie voor de zorgverzekering van verzoeker van ten minste twee maanden. Naar de stand van 26 mei 2011 is sprake van een betalingsachterstand van € 845,50. Dit bedrag bestaat uit premie voor de zorgverzekering en zorgkosten. Verzoeker is met ingang van 1 januari 2010 bij de ziektekostenverzekering verzekerd voor zowel de zorgverzekering als de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit is verwerkt op 2 februari 2010, waarbij naast de premie voor maart 2010 ook de premie voor januari en februari 2010 in rekening is gebracht. Naar de stand van 26 mei 2011 staat bij de incassogemachtigde een bedrag open van € 550,--, exclusief kosten en rente. Het is niet mogelijk de premiebetalingen die door verzoeker zijn uitgevoerd aan een andere verzekeraar te verrekenen.
- 5.2. Voorts stelt de ziektekostenverzekeraar dat de onderhavige kosten van fysiotherapie bij verzoeker in rekening zijn gebracht, omdat het maximum ter zake van fysiotherapie van de aanvullende ziektekostenverzekering was bereikt. Een machtiging vanwege een chronische indicatie is niet aangevraagd. De fysiotherapeut van verzoeker heeft de zorgkostennota's gedeclareerd als "acute" fysiotherapie.
- 5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat diverse dingen door elkaar heen zijn gelopen, en hij biedt hiervoor zijn excuses aan. Betalingen die de vader van verzoeker heeft uitgevoerd ten behoeve van zijn dochter, zijn geboekt ten behoeve van zijn zoon (verzoeker). Deze betalingen waren gespecificeerd en zijn niet juist toegerekend. De oorzaak hiervan is dat het systeem het gebruikte kenmerk niet heeft herkend. De betalingen voor de dochter zijn in mindering gebracht op de zorgkosten van de zoon (verzoeker). Voorts stelt de ziektekostenverzekeraar dat opvalt dat de premie voor de zoon vanaf 1 januari 2011 is verhoogd naar € 125,08, maar dat in de afgelopen maanden steeds het oude premiebedrag is betaald. De aanvullende ziektekostenverzekering is beëindigd, en de premie bedraagt nu ongeveer € 102,--.
- 5.4. Voorts is door de ziektekostenverzekeraar ter zitting aangevoerd dat de kosten voor de fysiotherapie zijn vergoed ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. De maximale vergoeding bedraagt € 600,--, en dit bedrag is uitgekeerd. Volgens het CVZ is geen sprake van een indicatie die is vermeld op bijlage 1 Bzv, zodat geen recht bestaat op vergoeding ten laste van de zorgverzekering. De ziektekostenverzekeraar stelt gebonden te zijn aan de regelgeving.
- 5.5. De ziektekostenverzekeraar 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. Het bestaan van de in overweging 3.1 omschreven verzekeringsrelatie vanaf 1 maart 2010, het verschuldigd zijn van de premie voor de afgesloten verzekeringen en de hoogte van de periodiek verschuldigde premie voor deze verzekeringen zijn niet in geschil.

In geschil zijn het bestaan van de in overweging 3.1 omschreven verzekeringsrelatie voor de periode van 1 januari tot 1 maart 2010, de door de ziektekostenverzekeraar genoemde betalingsachterstand, de toerekening van de betalingen van verzoeker aan de verbintenissen en of de ziektekostenverzekeraar is gehouden de kosten van fysiotherapie alsnog volledig te vergoeden.

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 3 (2010-2011) van de zorgverzekering is de verzekeringnemer de premie bij vooruitbetaling verschuldigd.
- 8.3. De (wijze van) premiebetaling voor de aanvullende verzekering is geregeld in artikel 3 (2010-2011) van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering. Hierbij is onder meer geregeld dat de premie voor de aanvullende ziektekostenverzekering bij vooruitbetaling is verschuldigd.
- 8.4. De toerekening van betalingen is geregeld in artikel 6:43 BW. Voor zover hier van belang, luidt artikel 6:43 BW als volgt:

“Artikel 6:43

1. Verricht de schuldenaar een betaling die zou kunnen worden toegerekend op twee of meer verbintenissen jegens een zelfde schuldeiser, dan geschiedt de toerekening op de verbintenis welke de schuldenaar bij de betaling aanwijst.

2. Bij gebreke van zodanige aanwijzing geschiedt de toerekening in de eerste plaats op de opeisbare verbintenissen. Zijn er ook dan nog meer verbintenissen waarop de toerekening zou kunnen plaatsvinden, dan geschiedt deze in de eerste plaats op de meest bezwarende en zijn de verbintenissen even bezwarend, op de oudste. Zijn de verbintenissen bovendien even oud, dan geschiedt de toerekening naar evenredigheid.”

- 8.5. 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 ziektekostenverzekeraar een aanbod, respectievelijk een mededeling moet doen aan de polishouder en/of de verzekerde. Is sprake van een premieschuld voor de zorgverzekering 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 voor de nieuw opkomende maanden een – hogere – bestuursrechtelijke premie van toepassing wordt (in plaats van de premiebetaling aan de ziektekostenverzekeraar), alsmede een ander incassoregime, waarbij onder andere bronheffing en incasso door het CJIB mogelijk zijn. Aan het regime bij het CVZ komt doorgaans weer een einde zodra de schuld uit de zorgverzekering is ingelost of een schuldregeling wordt getroffen.

- 8.6. Voor zover hier van belang, bepaalt artikel 18a Zvw het volgende:

“Artikel 18a

1. Uiterlijk tien werkdagen nadat ten aanzien van een zorgverzekering een achterstand in de betaling van de verschuldigde premie ter hoogte van twee maandpremies is geconstateerd, doet de zorgverzekeraar de verzekeringnemer een aanbod tot het treffen van een betalingsregeling.

2. De betalingsregeling bestaat ten minste uit de volgende elementen:

- a. een machtiging van de verzekeringnemer aan de zorgverzekeraar tot maandelijks automatische incasso van nieuw vervallende termijnen van de premie dan wel een opdracht aan een derde van wie de verzekeringnemer periodieke betalingen ontvangt, om namens hem en onder inhouding van de desbetreffende bedragen op deze betalingen, periodiek rechtstreeks aan de zorgverzekeraar het bedrag van nieuw vervallende termijnen van de premie te betalen,*
- b. afspraken inzake de afwikkeling van de uit de zorgverzekering voortvloeiende schulden van de verzekeringnemer aan de zorgverzekeraar, inclusief rente en incassokosten, en de termijnen waarbinnen betaling zal plaatsvinden, en*
- c. een toezegging van de zorgverzekeraar, inhoudende dat hij de zorgverzekering of de dekking daarvan gedurende de looptijd van de betalingsregeling niet om reden van het bestaan van de schulden, bedoeld in onderdeel b, zal beëindigen, schorsen of opschorten, zolang de verzekeringnemer de machtiging of de opdracht, bedoeld in onderdeel a, niet intrekt en de afspraken, bedoeld in onderdeel b, nakomt.*

3. Indien de verzekeringnemer een ander heeft verzekerd en ten aan zien van diens verzekering een premie-achterstand als bedoeld in het eerste lid is ontstaan, omvat het aanbod, bedoeld in het eerste lid, tevens een bereidverklaring opzegging van deze verzekering met ingang van de dag waarop de betalingsregeling van kracht wordt, te aanvaarden, mits:

- a. de verzekerde zichzelf uiterlijk met ingang van dezelfde dag krachtens een andere zorgverzekering verzekerd heeft, en*
- b. deze, indien deze zorgverzekering bij dezelfde zorgverzekeraar is gesloten, terzake van de premie voor deze verzekering een volmacht of opdracht als bedoeld in het tweede lid, onderdeel a, heeft gegeven.*

4. Tegelijk met het aanbod deelt de zorgverzekeraar de verzekeringnemer schriftelijk mee dat deze een termijn van vier weken heeft om het te aanvaarden, waarbij de verzekeraar bovendien aangeeft wat de gevolgen zullen zijn indien het aanbod niet wordt aanvaard en de premieschuld, rente en incassokosten buiten beschouwing gelaten, tot zes of meer maandpremies zal zijn opgelopen, en wijst hij de verzekeringnemer op de mogelijkheid van schuldhelpverlening, waarbij hij tevens informatie verstrekt over de vormen hiervan en wijze waarop deze kan worden verzocht.

5. Indien het derde lid van toepassing is, zendt de zorgverzekeraar de verzekerde tegelijk met de verzending van de in het eerste tot en met vierde lid bedoelde stukken aan de verzekeringnemer, afschriften van deze stukken.”

- 8.7. Uit de memorie van toelichting op het Wetsvoorstel Structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering (TK 2008-2009, 31736, nr. 3, pag. 28) kan worden afgeleid dat de premieachterstand als bedoeld in artikel 18a Zvw, ziet op de premieachterstand per zorgverzekering en niet per polis (waarop meerdere zorgverzekeringen c.q. verzekerden vermeld kunnen staan). Verder is voor toepassing van de regeling als opgenomen in artikel 18a Zvw uitsluitend de *premie voor de zorgverzekering* van belang.
- 8.8. De zorgverzekering betreft een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 tot en met 34 van de zorgverzekering.

- 8.9. Artikel 23 van de zorgverzekering (2010) bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op fysiotherapie bestaat. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

“Artikel 23. Fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck

Omschrijving:

U hebt recht op zorg zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die plegen te bieden. Onder deze zorg wordt ook oedeemtherapie verstaan.

(...)

18 jaar en ouder:

- U hebt vanaf de tiende behandeling recht op behandeling van aandoeningen die in bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering staan. Houdt u er rekening mee dat de duur van de behandeling in een aantal gevallen beperkt is volgens bijlage 1.

- U hebt geen aanspraak op de eerste negen behandelingen. De kosten hiervan krijgt u mogelijk wel vergoed als u een aanvullende verzekering hebt. Raadpleegt u voor meer informatie de voorwaarden van uw aanvullende verzekering.

(...)

Verwijzing door:

huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist, voor behandeling van de in bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering aangegeven aandoeningen.

Machtiging:

ja, voor behandeling van de in bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering aangegeven aandoeningen. (...)

- 8.10. Artikel 23 van de zorgverzekering is volgens artikel 2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.11. Artikel 11, lid 1, onderdeel a Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Paramedische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.6 Bzv. Bijlage 1 Bzv bevat een opsomming van aandoeningen die aanspraak geven op langdurige fysiotherapie en oefentherapie.
- 8.12. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 8.13. Artikel 10 (2010) van de aanvullende ziektekostenverzekering betreft beweegzorg. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

“Artikel 10. Beweegzorg

Het budget beweegzorg bestaat uit twee onderdelen:

A. Beweegzorg die klachten aan het bewegingsapparaat verhelpt. Dit noemen we curatieve beweegzorg.

B. Beweegzorg met als doel de conditie van verzekerden met een chronische aandoening of ziekte te verbeteren en op peil te houden. Dit noemen we preventieve beweegzorg.

(...)

Wie mag de zorg verlenen:

1. fysiotherapie: fysiotherapeut en de specialistische fysiotherapeuten die zijn ingeschreven in het Register Verbijzonderde Fysiotherapeuten van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (dit zijn de kinderfysiotherapeut, bekkenfysiotherapeut, psychosomatisch fysiotherapeut, geriatrisch fysiotherapeut en de manueel therapeut);
(...)

Het totale budget beweegzorg bedraagt:

maximaal € 600 per kalenderjaar

Bijzonderheden:

1. u hebt recht op vergoeding van de kosten van de eerste negen behandelingen als het om behandeling gaat van een aandoening zoals opgenomen in bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering. U hebt vanaf de tiende behandeling recht op vergoeding van de kosten vanuit de zorgverzekering. Hiervoor is vooraf een verwijzing en machtiging vereist van [naam ziektekostenverzekeraar];
(...)"

9. Beoordeling van het geschil

Kosten fysiotherapie

- 9.1. Uit de overgelegde stukken blijkt dat de ziektekostenverzekeraar bij verzoeker een bedrag van € 548,- ter zake van fysiotherapie in rekening brengt. Partijen verschillen van mening over het antwoord op de vraag of verzoeker een chronische indicatie voor fysiotherapie heeft.
ADHD met bijbehorende beperkingen is geen indicatie die voorkomt op Bijlage 1 Bzv, waarnaar artikel 23 van de zorgverzekering verwijst. Derhalve is de fysiotherapie in het geval van verzoeker niet als verzekerde prestatie aan te merken en komen de kosten niet voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking.
- 9.2. Verzoeker kan ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering maximaal € 600,- vergoed krijgen ter zake van fysiotherapie. Voor het jaar 2010 is dit maximum bereikt, zodat de kosten die dit maximum overstijgen terecht bij verzoeker in rekening worden gebracht.

Ingangsdatum zorgverzekering en aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.3. De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat verzoeker met ingang van 1 januari 2010 de onder 3.1 genoemde zorgverzekering en aanvullende ziektekostenverzekering heeft afgesloten. Verzoeker heeft hier tegenin gebracht dat de aanvullende ziektekostenverzekering eerst op 1 maart 2010 is ingegaan. Verder heeft hij aangevoerd dat hij de premie voor de zorgverzekering over de maanden januari en februari 2010 aan een andere verzekeraar heeft betaald, die tot het zelfde concern behoort, en dat deze zou moeten worden verrekend.
- 9.4. De commissie constateert dat onder de gegeven omstandigheden de ingangsdatum van zowel de zorgverzekering als de aanvullende ziektekostenverzekering 1 januari 2010 diende te zijn. Deze ingangsdatum is ook vermeld op het polisblad dat de ziektekostenverzekeraar verzoeker op 4 februari 2010 heeft gestuurd. Nu uit de stukken niet blijkt dat verzoeker de juistheid van de ingangsdatum destijds heeft bestreden en derhalve een andere ingangsdatum door hem niet aannemelijk is gemaakt, conclu-

deert de commissie dat de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering zijn ingegaan op 1 januari 2010, en dat verzoeker derhalve vanaf die datum premie is verschuldigd.

- 9.5. Dat aan een andere verzekeraar premie zou zijn betaald voor de zorgverzekering met betrekking tot de maanden januari en februari 2010, maakt het voorgaande niet anders. De andere verzekeraar is immers geen partij bij de onderhavige overeenkomst.

Hoogte betalingsachterstand

- 9.6. Beoordeeld dient te worden of de in 3.4 genoemde brief van de ziektekostenverzekeraar voldoet aan de voorwaarden van artikel 18a Zvw. Uit een door de ziektekostenverzekeraar overgelegd overzicht van 26 mei 2011 blijkt dat verzoeker over de periode van 1 januari 2010 tot en met 31 maart 2011 een bedrag ter zake van premie is verschuldigd van € 1.642,20. Uit de overgelegde stukken, waaronder betaalbewijzen, blijkt dat in voornoemde periode twaalf keer een bedrag van € 105,58 (= € 1.266,96) is betaald. Derhalve bestaat naar de stand van 15 maart 2011 een achterstand in de premiebetaling van € 375,24 (€ 1.642,20 - € 1.266,96). De commissie stelt vast dat de in overweging 3.4 bedoelde brief van de ziektekostenverzekeraar voldoet aan de voorwaarden van artikel 18a Zvw.
- 9.7. Het is de commissie gebleken dat de vader van verzoeker de premiebetalingen uitvoert. Hij betaalt exact het juiste premiebedrag en vermeldt hierbij de naam van de verzekeringnemer en het klantnummer. Uit een door de ziektekostenverzekeraar overgelegd overzicht blijkt dat op 28 maart 2011 twee betalingen ad € 105,85 zijn ontvangen. Verzoeker heeft hiervan een betaalbewijs overgelegd. Hieruit kan worden afgeleid dat één betaling is bestemd voor de premie van verzoeker. De andere betaling (die is uitgevoerd door verzoekers vader) is bestemd voor een andere verzekerde. De ziektekostenverzekeraar heeft deze betaling echter eveneens toegerekend aan de polis van verzoeker en geboekt op zorgkosten. De commissie oordeelt dat de door de ziektekostenverzekeraar toegepaste toerekening daarmee niet overeenkomstig artikel 6:43 BW is uitgevoerd. Dit betekent dat deze betaling alsnog dient te worden toegerekend aan de polis van de verzekerde die is vermeld bij de betaling. Voorts merkt de commissie op dat het is opgevallen dat de ziektekostenverzekeraar eenzelfde toerekening heeft toegepast met betrekking tot twee betalingen in april 2011 en twee betalingen in mei 2011.
- 9.8. Ter zitting zijn partijen overeengekomen dat het aanmaantrajec en het incassotrajec worden stilgelegd. De procedure in het kader van de aanmelding bij het CVZ wordt eveneens stilgelegd.
- 9.9. Voorts heeft de ziektekostenverzekeraar naar aanleiding van de hoorzitting een hernieuwd betalingsoverzicht overgelegd. Uit dit overzicht van 6 september 2011 blijkt dat verzoeker over de periode van 1 januari 2010 tot en met 30 september 2011 € 3.235,18 is verschuldigd. Dit bedrag betreft premie, zorgkosten, acceptgirokosten en administratiekosten. In voornoemde periode heeft verzoeker voor een totaalbedrag van € 2.065,44 aan betalingen uitgevoerd. Met betrekking tot hetgeen onder 9.7 is overwogen, concludeert de commissie naar aanleiding van het hernieuwde betalingsoverzicht dat de incorrecte toerekening van betalingen is gecorrigeerd. Verzoeker voldoet maandelijks, vóór de vervaldatum, de premie. De premie voor de eerste drie maanden van 2010 en de zorgkosten zijn echter niet voldaan. Naar de stand van

6 september 2011 heeft verzoeker een betalingsachterstand van € 1.169,74 (€ 3.235,18 - € 2.065,44).

Conclusie

- 9.10. De commissie stelt vast dat partijen overeenstemming hebben bereikt over het stilleggen van het aanmaantraject, incassotraject en de procedure in het kader van de aanmelding bij het CVZ. Voorts stelt de commissie vast dat verzoeker naar de stand van 6 september 2011 een betalingsachterstand heeft van € 1.169,74.
- 9.11. Vanwege de in eerste instantie geconstateerde foutieve toerekening van betalingen ligt het – mede indachtig artikel 17 van het reglement van de commissie – in de rede dat de ziektekostenverzekeraar het entreegeld aan verzoeker vergoedt.
- 10. Het bindend advies
 - 10.1. De commissie stelt vast hetgeen onder 9.10 is omschreven.
 - 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden een bedrag ad € 37,--.

Zeist, 28 september 2011,

Voorzitter