

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C te D
Zaak : Premie, hoogte betalingsachterstand, aanmelding CVZ
Zaaknummer : 2009.02613
Zittingsdatum : 3 november 2010

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2008-2010, artt. 8a, 10, 11 en paragraaf 3.3 Zvw, 2.1 en 2.9 Bzv, 2.6 e.v. Rzv , voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2008-2009, en artikel IX Wet structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering)

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoeker,

tegen

C te D hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen diverse beslissingen, van verschillende data, van de ziektekostenverzekeraar. Het gaat daarbij in de eerste plaats om de beslissing de kosten van een bril niet te vergoeden. Verder gaat het om de beslissing de vergoeding van een tandartsnota niet direct aan de tandarts over te maken. Voorts bestrijdt verzoeker de constatering van de ziektekostenverzekeraar dat sprake is van een betalingsachterstand, onder andere bestaande uit een bedrag ter grootte van € 269,-- voor de aanschaf van orthopedische schoenen, alsmede de daaropvolgende beslissing van de ziektekostenverzekeraar verzoeker met ingang 3 juli 2010 aan te melden bij het College voor zorgverzekeringen vanwege een achterstand in de premiebetaling voor de zorgverzekering van hemzelf van zes of meer maanden.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie waren verzoeker en zijn echtgenote bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Standaard Zorgverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was tot en met 30 september 2009 ten behoeve van verzoeker en zijn echtgenote bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Aanvullend Classic afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. In een aantal brieven van verschillende data heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat hij – samengevat – vasthoudt aan de onder punt 2 omschreven beslissingen.
- 3.3. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Eveneens met brieven van verschillende data heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissingen te handhaven.

- 3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.5. Bij brief van 25 juni 2010 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van de aangeschafte bril volledig te vergoeden, alsmede de vergoeding ter zake van een tandartsnota rechtstreeks aan de tandarts over te maken, en vast te stellen dat geen sprake is van een betalingsachterstand (hierna: het verzoek).
- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker op 3 juli 2010 aangemeld bij het CVZ vanwege een achterstand in de premiebetaling voor de zorgverzekering van hemzelf van zes of meer maanden. Bij brief van 9 juli 2010 heeft verzoeker zijn verzoek uitgebreid in die zin dat hij de commissie tevens heeft verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar hem ten onrechte heeft aangemeld bij het CVZ.
- 3.7. 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.
- 3.8. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brieven van 23 juli en 16 augustus 2010 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Afschriften hiervan zijn op 1 september 2010 aan verzoeker gezonden.
- 3.9. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 29 oktober 2010 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 20 oktober 2010 telefonisch medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.10. Bij brief van 1 september 2010 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 30 september 2010 heeft het CVZ (zaaknummer 2010110784) de commissie medegedeeld dat het College zich in deze onthoudt van het uitbrengen van een advies. Een afschrift van de reactie van het CVZ is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 15 oktober 2010 aan partijen gezonden.
- 3.11. Verzoeker is op 3 november 2010 in persoon gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch aan de hoorzitting deelgenomen. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het schrijven van het CVZ.
- 3.12. Bij brief van 10 november 2010 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 een andere reactie. In antwoord daarop heeft het CVZ bij brief van 12 november 2010 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot wijziging van het ingenomen standpunt.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker stelt dat de ziektekostenverzekeraar hem met betrekking tot de aanschaf van een bril de toezegging heeft gedaan dat hij in aanmerking komt voor een vergoe-

ding van € 70,--. Daarnaast heeft de ziektekostenverzekeraar toegezegd een tandartsnota ad € 111,52 direct aan de tandarts te vergoeden. Dit laatste is niet gebeurd.

- 4.2. Met betrekking tot het aan zijn echtgenote geleverde orthopedisch schoeisel stelt verzoeker dat de in rekening gebrachte eigen bijdrage naar zijn mening niet juist is. In voorgaande jaren beliep deze ca. € 120,-- en niet € 269,--. De ziektekostenverzekeraar stelt zich dan ook ten onrechte op het standpunt dat sprake is van een betalingsachterstand.
- 4.3. Ten aanzien van de verschuldigde premie neemt verzoeker het standpunt in dat deze steeds is voldaan zodat de aanvullende ziektekostenverzekering ten onrechte is beëindigd; dat naar de stand van 31 december 2009 geen sprake was van een premieachterstand, en dat het hem daarom vrij stond de zorgverzekering met ingang van 1 januari 2010 te beëindigen.
- 4.4. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar hem heeft toegezegd dat de vergoeding ter zake van de tandartsnota van € 111,52 rechtstreeks aan de tandarts zou worden betaald. Deze wil echter niets met ziektekostenverzekeraars te maken hebben. De vergoeding zou vervolgens aan verzoeker zelf zijn overgemaakt. Dit laatste is nooit gebeurd. Voorts stelt verzoeker dat hij eind 2009 de zorgverzekering bij de ziektekostenverzekeraar heeft opgezegd. Verzoeker is dan ook van mening dat de aanmelding bij het CVZ ten onrechte heeft plaatsgevonden. Als gevolg van deze aanmelding heeft hij schade geleden. Verzoeker verwijst naar een uitspraak waarbij € 2.000,-- is toegekend vanwege belediging. Nu hij bij ten minste acht personen en instanties ten onrechte als wanbetaler bekend is, heeft hij recht op acht maal € 2.000,--. Daarnaast vordert verzoeker een bedrag van € 50.000 ten behoeve van het werk van Artsen zonder grenzen op Haïti.
- 4.5. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt met betrekking tot de vergoeding van de bril dat verzoeker in aanmerking komt voor een vergoeding van maximaal € 186,-- per twee kalenderjaren. Aangezien dit bedrag in 2007 aan verzoeker is vergoed, komt de nota van 5 november 2008 niet voor vergoeding in aanmerking. De ziektekostenverzekeraar stelt geen toezegging aan verzoeker te hebben gedaan over een vergoeding van € 70,--.
- 5.2. Evenmin heeft de ziektekostenverzekeraar toegezegd een bedrag ter grootte van € 111,52 direct over te maken aan de tandarts. In 2008 was het namelijk niet mogelijk een nota direct aan de zorgverlener te betalen. Daarom is door de afdeling Financiën op 5 november 2008 een bedrag ter grootte van € 111,52 overgemaakt aan verzoeker.
Met betrekking tot de orthopedische schoenen is een bedrag van € 269,-- bij verzoeker in rekening gebracht. Dit bedrag is opgebouwd uit € 155,-- voor het verplichte eigen risico en € 114,-- voor de wettelijke eigen bijdrage.
- 5.3. Doordat verzoeker bepaalde zorgkosten en – begin 2009 – een maandpremie niet heeft voldaan, is een betalingsachterstand ontstaan met als gevolg dat met ingang van 1 oktober 2009 de aanvullende ziektekostenverzekering is beëindigd en het inge-

volge artikel 8a Zvw niet mogelijk was de zorgverzekering met ingang van 1 januari 2010 op te zeggen. Per saldo bedraagt de betalingsachterstand over de periode van 1 januari 2009 tot en met 31 juli 2010 € 2.044,04. Aangezien in het geval van verzoeker sprake is van een premieachterstand van meer dan zes maanden, heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker op 3 juli 2010 aangemeld bij het CVZ.

- 5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat op 5 november 2008 aan verzoeker een bedrag is overgemaakt van in totaal € 155,96. Een deel van dit bedrag zijnde € 111,52, had betrekking op de vergoeding van de tandartsnota. Aanvankelijk was sprake van een interne betaling aan [naam ziektekostenverzekeraar] Noord Nederland, maar later is eerder genoemd bedrag alsnog aan verzoeker overgemaakt. Voorts stelt de ziektekostenverzekeraar dat eind 2009 reeds sprake was van een premieachterstand zodat het niet mogelijk was de zorgverzekering op te zeggen.
- 5.5. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek terecht is 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. In geschil zijn de vergoeding van de kosten van een bril en tandartskosten, de hoogte van de betalingsachterstand – onder andere bestaande uit een bedrag ter grootte van € 269,-- voor de aanschaf van orthopedische schoenen – en de aanmelding bij het CVZ.
8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving
 - 8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.
 - 8.2. De zorgverzekering betreft een combinatiepolis (deels restitutie, deels natura). Het artikel met betrekking tot hulpmiddelen betreft een restitutiebepaling. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen 12 tot en met 36. Artikel 12.5 van de zorgverzekering (2008) regelt dat de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft de kosten rechtstreeks in rekening te brengen bij de zorgaanbieder en luidt, voor zover hier van belang als volgt:

“12.5

[Naam ziektekostenverzekeraar] heeft het recht om de kosten van zorg, op vergoeding waarvan de verzekerde op grond van artikel 12.1, 12.2 en 12.4 ten aanzien van [naam ziektekostenverzekeraar] aanspraak kan maken, rechtstreeks in rekening te laten brengen door en te betalen aan de zorgaanbieder, die de zorg heeft verleend. Hiermee vervalt de aanspraak van de verzekerde op vergoeding.”

- 8.3. Artikel 33 van de zorgverzekering (2009) bepaalt wanneer aanspraak op hulpmiddelenzorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“Hulpmiddelenzorg

Artikel 33. Hulpmiddelen en verbandmiddelen

Omschrijving:

Vergoeding van de kosten van bij Regeling zorgverzekering als bedoeld in artikel 2.9 van het Besluit zorgverzekering aangewezen functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen.

Daarbij kan worden geregeld in welke gevallen de verzekerde aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van die zorg.

(...)”

Het Reglement hulpmiddelen 2009 van de ziektekostenverzekeraar bevat, voor zover hier van belang, de volgende bepalingen:

“2.1. Algemeen

Dit Reglement hulpmiddelen [naam ziektekostenverzekeraar] is de nadere uitwerking van de aanspraken als bedoeld in de verzekeringsvoorwaarden [naam ziektekostenverzekeraar] Zorgverzekering en [naam ziektekostenverzekeraar] Zorgverzekering Gemeentezorgpolis, artikel 33, Hulpmiddelenzorg en de Regeling zorgverzekering ten aanzien van hulpmiddelenzorg, zoals die gelden vanaf 1 januari 2009. In de Regeling zorgverzekering is in het algemeen bepaald welke medische hulpmiddelen onder welke voorwaarden en bij welke medische indicaties krachtens de Zorgverzekeringswet onder de aanspraak vallen van de [naam ziektekostenverzekeraar] Zorgverzekering en [naam ziektekostenverzekeraar] Zorgverzekering Gemeentezorgpolis. Het is aan de zorgverzekeraars overgelaten om nadere voorwaarden te stellen.

2.7. Eigen bijdrage

De op grond van de Regeling zorgverzekering verschuldigde eigen bijdragen bent u verschuldigd aan de zorgaanbieder van het hulpmiddel, tenzij de zorgverzekeraar anders bepaalt.”

In artikel 2.12 Rzv (2009) is de volgende bepaling opgenomen:

“2. Voor orthopedische schoenen betaalt de verzekerde:

- a. indien hij zestien jaar of ouder is, een eigen bijdrage van € 114 per paar;*

(...)”

- 8.4. Ingevolge artikel 3 van de zorgverzekering is de verzekeringnemer de premie bij vooruitbetaling verschuldigd.
- 8.5. Artikel 6.3 van de zorgverzekering (2009) bepaalt wanneer de verzekerde de verzekering kan opzeggen en luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

6.3. Opzegging door de verzekeringnemer

6.3.1. De verzekeringnemer kan de [naam ziektekostenverzekeraar] Zorgverzekering opzeggen:

- uiterlijk 31 december van ieder jaar met ingang van 1 januari van het volgende kalenderjaar;

(...)

6.3.2. De opzeggingsmogelijkheden zoals opgenomen in lid 6.3.1 gelden niet nadat [naam ziektekostenverzekeraar] de verzekeringnemer heeft aangemaand tot betaling van een of meer vervallen termijnen van de verschuldigde premie, gedurende de tijd dat de verschuldigde premie en incassokosten niet zijn voldaan.

- 8.6. Artikel 7 van de zorgverzekering (2009) bepaalt dat het eigen risico € 155,-- per verzekerde per kalenderjaar bedraagt.
- 8.7. De artikelen 3, 6.3, 7 en 33 van de zorgverzekering, en het 'Reglement Hulpmiddelen 2009' zijn volgens artikel 2.1 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.8. Artikel 11, lid 1, onderdeel b 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 vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.
Hulpmiddelenzorg is naar aard en omvang omschreven in artikel 2.9 Bzv, en verder uitgewerkt in de artikelen 2.6 e.v. Rzv.
- 8.9. Voorts regelt artikel 8a Zvw dat opzegging van de zorgverzekering niet mogelijk is indien sprake is van een betalingsachterstand.
- 8.10. Artikel 16 Zvw regelt dat iedereen van 18 jaar en ouder premie is verschuldigd.
- 8.11. Het wettelijk verplicht eigen risico is naar aard en omvang geregeld in artikel 19 Zvw.
- 8.12. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 8.13. In Artikel 35 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering (2008) is de aanspraak op gezichtshulpmiddelen geregeld. Het artikel luidt, voor zover hier van belang, als volgt:
- "Hulpmiddelen
artikel 35 Brillen en contactlenzen
Vergoeding:
[naam ziektekostenverzekeraar] Classic
Per periode van twee aaneengesloten kalenderjaren per verzekerde maximaal € 186,-
voor de kosten van brillenglazen en contactlenzen met een sterkte vanaf 0,25D en bijbehorende brilmonturen"*
- 8.14. Artikel 4.5 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering (2009) regelt de gevolgen van niet-tijdige betaling van de premie. Dit artikel luidt, voor zover van belang:
- "4.5. Niet tijdig betalen
4.5.1. Als de verzekeringnemer niet tijdig voldoet aan de verplichting tot betaling van de premie, wettelijke bijdragen, eigen risico en kosten kan [naam ziektekostenverzekeraar] de dekking schorsen en/of de verzekering beëindigen, nadat de verzekeringnemer vruchteloos is aangemaand tot betaling binnen een in de aanmaning gestelde termijn van ten minste 14 dagen."*
- 8.15. 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 beoorde-

lingsmomenten waarop de ziektekostenverzekeraar 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 CVZ. 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.

Voorts is een overgangsregeling getroffen. Deze overgangsregeling voorziet in een verkort traject voor reeds bestaande premieachterstanden op het moment van inwerkingtreding van de wet. Daarbij is tevens voorzien in een regeling die bepaalt dat bepaalde handeling die door de ziektekostenverzekeraar 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.

- 8.16. Voor zover hier van belang, luiden de artikelen 18b en 18c Zvw en artikel IX van de Wsmwz als volgt:

“Artikel 18b

1. Zo spoedig mogelijk nadat ten aanzien van een zorgverzekering, rente en incassokosten buiten beschouwing latend, een achterstand in de betaling van de verschuldigde premie ter hoogte van vier maandpremies is geconstateerd, deelt de zorgverzekeraar de verzekeringnemer en, indien deze een ander is dan de verzekeringnemer, de verzekerde mee dat hij voornemens is over te gaan tot de melding, bedoeld in artikel 18c, zodra de premieschuld de daar bedoelde hoogte zal hebben bereikt, tenzij de verzekeringnemer of de verzekerde hem uiterlijk vier weken na ontvangst van de mededeling heeft laten weten, het bestaan van de schuld of de hoogte ervan te betwisten.

2. Ingeval van tijdige betwisting als bedoeld in het eerste lid deelt de zorgverzekeraar, indien deze na onderzoek zijn standpunt handhaaft, de verzekeringnemer en, indien deze een ander is dan de verzekeringnemer, de verzekerde mee dat hij het voornemen tot melding tot uitvoering zal brengen zodra de premieschuld de in artikel 18c, eerste lid, bedoelde hoogte zal hebben bereikt, tenzij de verzekeringnemer of de verzekerde binnen een termijn van vier weken na ontvangst van de in dit lid bedoelde mededeling een geschil hierover heeft voorgelegd aan een onafhankelijke instantie als bedoeld in artikel 114 of aan de burgerlijke rechter.

3. Indien een betalingsregeling als bedoeld in artikel 18a ingaat nadat ten aanzien van de zorgverzekering, rente en incassokosten buiten beschouwing latend, een achterstand in de betaling van de verschuldigde premie ter hoogte van vier maandpremies is ontstaan, laat de zorgverzekeraar de in het eerste lid bedoelde melding achterwege zolang de nieuw vervallende termijnen van de premie worden voldaan.”

“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 onherroep-

pelijk 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 inwerkingtreding 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.
(...)”

- 8.17. De memorie van toelichting op het Wetsvoorstel Structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering (TK 2008-2009, 31736, nr. 3, pag. 35-36) vermeldt:

“Heeft een verzekeringnemer of verzekerde reeds naar aanleiding van het aanbod, bedoeld in artikel 18a Zvw, het bestaan van de premieschuld of de (toenmalige) hoogte ervan betwist, dan geldt dat, tenzij er inmiddels een voor hem negatief uitvallende herbeoordeling heeft plaatsgevonden, overigens tevens als betwisting van de vierdemaandswaarschuwing. Dat volgt uit de redactie van artikel 18b, eerste lid, dat zegt dat de verzekeringnemer of de verzekerde de verzekeraar uiterlijk vier weken na ontvangst van de vierdemaandsmelding moet laten weten dat hij het bestaan of de hoogte van de schuld betwist. Die formulering laat de mogelijkheid open, dat dergelijke betwisting reeds voor ontvangst van de vierdemaandsmelding (bijvoorbeeld naar aanleiding van het tweedemaandsaanbod) heeft plaatsgevonden. Aldus wordt voorkomen dat een verzekeringnemer of verzekerde die zijn zorgverzekeraar al direct na het tweedemaandsaanbod heeft laten weten dat er volgens hem helemaal geen premieachterstand is en die daarop nog geen reactie heeft ontvangen, dat nog eens moet doen naar aanleiding van de vierdemaandsmelding.”

9. Beoordeling van het geschil

Vergoeding bril

- 9.1. De commissie stelt voorop dat, aangezien de aanschaf van de bril in het jaar 2008 heeft plaatsgevonden, de in dat jaar toepasselijke verzekeringsvoorwaarden relevant zijn voor de beoordeling van het onderhavige geschil. Artikel 35 bepaalt dat de vergoeding voor brillenglazen per periode van twee aaneengesloten kalenderjaren maximaal € 186,-- bedraagt. De commissie constateert dat aan verzoeker op 16 december 2008 is medegedeeld dat hij reeds de maximale vergoeding van € 186,-- per

twee aaneengesloten kalenderjaren heeft ontvangen en dat daarom de gedeclareerde kosten ad € 75,-- niet voor vergoeding in aanmerking komen. Nu niet in geschil is dat verzoeker voor de kalenderjaren 2007 en 2008 een vergoeding voor brillenglazen heeft gekregen van € 186,--, is de commissie van oordeel dat de gedeclareerde kosten ad € 75,-- terecht bij verzoeker in rekening zijn gebracht. Dat de ziektekostenverzekeraar een toezegging heeft gedaan, inhoudende dat hij verzoeker een bedrag zou vergoeden ter grootte van € 70,--, heeft verzoeker niet aannemelijk gemaakt.

Vergoeding tandartskosten

- 9.2. Verzoeker heeft gesteld dat de ziektekostenverzekeraar hem heeft toegezegd dat een bedrag ter grootte van € 111,52 direct zou worden overgemaakt aan de tandarts. De ziektekostenverzekeraar heeft deze stelling bestreden, stellende dat het in 2008 niet mogelijk was de kosten rechtstreeks aan de zorgverlener over te maken. Daarom heeft de ziektekostenverzekeraar op 22 oktober 2008 een bedrag ter grootte van € 111,52 overgemaakt aan de afdeling Financiën. Deze afdeling heeft dit bedrag op 5 november 2008 overgemaakt aan verzoeker. Ter zitting is door verzoeker gesteld dat hij dit bedrag niet zou hebben ontvangen, doch de commissie concludeert uit de nadien door de ziektekostenverzekeraar toegestuurde schermprinten en overschrijvingsberichten dat de ziektekostenverzekeraar op 5 november 2008 een bedrag van in totaal € 155,96, onder andere bestaande uit het bedrag van € 111,52, naar verzoekers rekening heeft overgemaakt.
- 9.3. Wat betreft de behandeling door de tandarts op 22 september 2008 ten bedrage van € 111,52, blijkt uit het vergoedingenoverzicht niet dat genoemd bedrag direct aan de desbetreffende tandarts zou worden overgemaakt. De mededeling "is aan ons betaald aan [naam ziektekostenverzekeraar] N-NI (alleen voor de boekhouding)" mag naar het oordeel van de commissie niet aldus worden beschouwd dat hieruit zou volgen dat de betaling rechtstreeks aan de tandarts zou geschieden.

Eigen bijdrage orthopedisch schoeisel

- 9.4. Niet in geschil is dat verzoeker op grond van het Reglement hulpmiddelen 2009 een eigen bijdrage dient te betalen. Wat partijen verdeeld houdt is de hoogte van deze eigen bijdrage. In genoemd Reglement wordt niet vermeld hoeveel deze eigen bijdrage per onderdeel bedraagt. De verzekerde wordt hiervoor verwezen naar de Rzv. In artikel 2.12 Rzv is onder meer bepaald dat een eigen bijdrage van € 114,-- per paar is verschuldigd voor orthopedische schoenen voor verzekerden van zestien jaar of ouder. Gelet op de leeftijd van verzoekers echtgenote ten tijde van de levering van het orthopedisch schoeisel heeft de ziektekostenverzekeraar terecht een eigen bijdrage ad € 114,-- in rekening gebracht.
- 9.5. Tussen partijen bestaat geen verschil van mening ten aanzien van het feit dat het orthopedisch schoeisel is vergoed ten laste van de zorgverzekering en dat zodoende het eigen risico (in 2009 € 155,--) daarop van toepassing is. Voor zover dit eigen risico nog niet was 'vol gemaakt' – hetgeen gesteld noch gebleken is – is naast de eigen bijdrage van € 114,-- het bedrag van € 155,-- terecht berekend.

Beëindiging aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.6. De aanvullende ziektekostenverzekering van verzoeker en zijn echtgenote is beëindigd met ingang van 1 oktober 2009. Uit het overzicht van 13 juli 2010 blijkt dat verzoeker over de periode van 1 januari tot en met 31 december 2009 een betalingsachterstand had van € 567,84, bestaande uit onder andere een premieachterstand voor de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering. Door verzoeker is gesteld dat hij op 29 januari 2009 een bedrag ter grootte van € 230,42 heeft betaald. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brief van 23 juli 2010 verklaard dat dit bedrag ziet op de premie voor de maand december 2008. Gelet op de hoogte van het bedrag, het feit dat verzoeker consequent het exact verschuldigde maandbedrag betaalt, en genoemd bedrag overeenkomt met de in 2008 door verzoeker verschuldigde maandpremie, heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt voldoende onderbouwd. Het is aan verzoeker om aannemelijk te maken dat meer of andere betalingen zijn gedaan. Verzoeker is hierin, naar het oordeel van de commissie, niet geslaagd.
- 9.7. Nu, gelet op het hiervoor overwogene, naar de stand van 1 oktober 2009 sprake was van een betalingsachterstand, stond het de ziektekostenverzekeraar, mede op grond van artikel 4.5.1 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering, vrij de aanvullende ziektekostenverzekering met ingang van 1 oktober 2009 te beëindigen. Het voorgaande brengt tevens met zich dat de tandartskosten die na 1 oktober 2009 zijn gemaakt, voor zover deze niet onder de dekking van de zorgverzekering vallen, voor rekening van verzoeker blijven.

Opzegging zorgverzekering

- 9.8. Door verzoeker is gesteld dat hij de ziektekostenverzekering bij de ziektekostenverzekeraar met ingang van 1 januari 2010 heeft opgezegd en dat hij sindsdien verzekerd is bij een andere ziektekostenverzekeraar. Beoordeeld dient daarom te worden of verzoeker de verzekering, mede in het licht van artikel 8a Zvw, rechtsgeldig kon opzeggen.
- 9.9. Zoals hierboven reeds vastgesteld, was per ultimo 2009 sprake van een betalingsachterstand van € 567,84, bestaande uit onder andere een premieachterstand voor de zorgverzekering, zodat verzoeker ingevolge artikel 8a Zvw de zorgverzekering niet met ingang van 1 januari 2010 kon opzeggen. Ook heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker binnen twee weken na de opzegging niet te kennen gegeven deze te bevestigen, zoals bedoeld in artikel 8a lid 2 Zvw. Sterker nog, de ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker bij brief van 15 januari 2010 laten weten de verzekering niet te zullen beëindigen, zodat verzoeker ook in 2010 voor de zorgverzekering bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd is en daarvoor premie verschuldigd is.

Aanmelding CVZ

- 9.10. Uit de door partijen overgelegde stukken blijkt dat verzoeker op 3 juli 2010 door de ziektekostenverzekeraar is aangemeld bij het CVZ. Artikel 18c lid 2 Zvw bepaalt dat de melding aan het CVZ niet geschiedt totdat de rechter of de Geschillencommissie Zorgverzekeringen onherroepelijk heeft beslist op een tijdig voorgelegd geschil over de vierdemaandswaarschuwing. Blijkens de memorie van toelichting op het Wetsvoorstel Structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering (TK 2008-2009, 31736, nr. 3, pag. 35-36) dient een betwisting van de hoog-

te van de betalingsachterstand tevens te worden gezien als een betwisting op de viermaandswaarschuwing. Uit de overgelegde stukken is niet gebleken wanneer deze viermaandswaarschuwing precies is verzonden. Wel blijkt uit de stukken dat verzoeker het bestaan van de schuld, dan wel de hoogte hiervan, heeft betwist (hierna: de betwisting). De ziektekostenverzekeraar heeft ook op deze betwisting gereageerd, aangezien bij brief van 16 oktober 2009 een heroverweging heeft plaatsgevonden en de ziektekostenverzekeraar eveneens heeft gereageerd op de stellingen van verzoeker in het kader van de bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen. Het voorgaande leidt tot de conclusie dat de ziektekostenverzekeraar – bij ontbreken van een onherroepelijke beslissing door de commissie – (nog) niet tot melding bij het CVZ over had mogen gaan. Desondanks heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker op 3 juli 2010 bij het CVZ aangemeld.

- 9.11. Nu de melding van verzoeker bij het CVZ onterecht heeft plaatsgevonden, is de ziektekostenverzekeraar gehouden in ieder geval de daarmee voor verzoeker gepaard gaande financiële gevolgen ongedaan te maken. Dit betekent dat de ziektekostenverzekeraar 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 en (wordt) geïnd, een en ander van 3 juli 2010 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 ziektekostenverzekeraar 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 ziektekostenverzekeraar 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.
- 9.12. Ter zitting is door verzoeker een schadevergoeding gevorderd van in totaal € 66.000,-. De commissie merkt hierover op dat deze vordering, nog afgezien dat zij tardief is, onvoldoende is onderbouwd en reeds om die reden moet worden afgewezen.

Conclusie

- 9.13. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen wat betreft de bril, de tandartskosten, de eigen bijdrage voor de schoenen, de hoogte van de betalingsachterstand en de gevorderde schadevergoeding, en moet worden toegewezen voor zover het de aanmelding bij het CVZ betreft en de daaruit voortvloeiende financiële consequenties.
- 9.14. Aangezien het verzoek deels wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld aan verzoeker te vergoeden.

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af wat betreft de bril, de tandartskosten, de eigen bijdrage voor de schoenen, de hoogte van de betalingsachterstand en de gevorderde schadevergoeding, en wijst het verzoek toe voor zover het de aanmelding bij het CVZ betreft en de daaruit voortvloeiende financiële consequenties voor verzoeker.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden een bedrag ad € 37,--.

Zeist, 1 december 2010,

Voorzitter