

ANONIEM

Bindend advies

Partijen : A te B vs C te D
Zaak : Premie zorgverzekering en aanvullende verzekering, wijziging dekking
aanvullende verzekering
Zaaknummer : ANO08.171
Zittingsdatum : 25 juni 2008

BINDEND ADVIES

Zaak: ANO08.171, premie zorgverzekering en aanvullende verzekering, wijziging dekking aanvullende verzekering

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2007, art. 17 en 18 Zvw, voorwaarden aanvullende verzekering 2007 en 2008)

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 de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van medio november 2007 inzake de verlaging van de collectiviteitskorting voor de zorgverzekering en de aanvullende verzekering, alsmede de wijziging van de dekking van laatstgenoemde verzekering, met ingang van 1 januari 2008.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker is bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten krachtens de Vrije Keuze Basisverzekering, een verzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw) (hierna: de zorgverzekering), en een tweetal aanvullende verzekeringen, waarbij in dit verband alleen de Vrije Keuze Topfit (hierna: de aanvullende verzekering) van belang is. Het betreft hier schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 BW.
- 3.2. Medio november 2007 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker medegedeeld dat de collectiviteitskorting voor de zorgverzekering en de aanvullende verzekering zou worden verlaagd, en dat de dekking van de aanvullende verzekering zou worden gewijzigd, met ingang van 1 januari 2008.
- 3.3. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brieven van 3 december 2007 en 15 januari 2008 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker meegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. Bij brief van 22 januari 2008 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is om enerzijds de geldende collectiviteitskorting voor het jaar 2008 te

handhaven, en anderzijds af te zien van de aangekondigde wijziging in de dekking van de aanvullende verzekering.

- 3.5. Aangezien er mogelijk ruimte was voor bemiddeling, heeft de Ombudsman Zorgverzekeringen daartoe een poging ondernomen. Met brief van 26 maart 2008 heeft de Ombudsman verzoeker ingelicht over de uitkomst van de bemiddeling.
- 3.6. Hierop is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 37,00 voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de nadere stellingen van verzoeker te reageren.
- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie op 15 april 2008 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt. Bij die gelegenheid heeft hij aangeboden verzoeker te compenseren voor de verlaging van de collectiviteitskorting met ingang van 1 januari 2008 door een onverplichte, éénmalige betaling ad € 150,00.
Een afschrift hiervan is op 18 april 2008 aan verzoeker gezonden.
- 3.8. Bij brief van 29 april 2008 heeft verzoeker verklaard zijn verzoek te handhaven.
- 3.9. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Van de mogelijkheid zich te doen horen is door verzoeker en de ziektekostenverzekeraar gebruik gemaakt.
- 3.10. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 25 juni 2008 in persoon gehoord.

4. Het standpunt van verzoeker

- 4.1. Verzoeker is van oordeel dat de verlaging van de collectiviteitskorting niet op de juiste wijze en bovendien te laat door de ziektekostenverzekeraar is gecommuniceerd, zodat deze korting eerst met ingang van 1 januari 2009 kan worden geëffectueerd. In zijn brief van 29 april 2008 stelt verzoeker dat hij de door de ziektekostenverzekeraar toegezegde éénmalige betaling weliswaar heeft ontvangen, maar dat daarmee principieel niets is opgelost. Daarbij vraagt hij zich af waarom het aanbod niet in een eerdere fase is gedaan, toen de kwestie nog bij de Ombudsman Zorgverzekeringen in behandeling was.
- 4.2. Voorts meent verzoeker dat de dekking van de aanvullende verzekering in 2008 op het niveau van 2007 dient te blijven. In dat verband voert hij aan dat in het verleden is gekozen voor een optimale dekking en dat daarvoor in de afgelopen jaren een stevige premie is betaald. Verder wijst hij op het negatieve commentaar van de heer mr. J.W. Wabeke ten aanzien van het gebruik van de en-blocclausule door verzekeraars. Ter zitting verklaart verzoeker dat de dekking van zijn aanvullende verzekering “stelselmatig” is uitgekleeft, terwijl de premie is gestegen. De met ingang van het jaar 2008 aangeboden aanvullende verzekering kent een dekking die vergelijkbaar is met zijn oorspronkelijke verzekering. Verzoeker acht deze gang van zaken niet billijk en hij maakt er bezwaar tegen dat hij uitsluitend na medische selectie voor het nieuwe product in aanmerking komt.
- 4.3. Verzoeker concludeert dat zijn verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt zich op het standpunt dat artikel 18 van de Zvw verlangt dat de verleende (collectiviteits)korting op enigerlei wijze zichtbaar wordt gemaakt. Uit de in november 2007 verzonden premietabel kan de grondslag van de premie worden opgemaakt. Uit de nettopremie valt de hoogte van de korting te herleiden. Het kortingspercentage is ook vermeld op het in januari 2008 afgegeven polisblad. Met ingang van het jaar 2008 zijn de kortingspercentages aangepast. De wijze van incasso is niet langer bepalend, maar het aantal deelnemers. Desalniettemin is de ziektekostenverzekeraar bereid om onverplicht en éénmalig het verschil in collectiviteitskorting – 2% op de zorgverzekering en 10% op het aanvullend product – voor het jaar 2008 geheel te compenseren.
- 5.2. Waar het de wijziging van de dekking van de aanvullende verzekering betreft, is het standpunt van de ziektekostenverzekeraar dat hij hiertoe op grond van artikel 8 van de Algemene bepalingen gerechtigd is. De verzekeringnemer die zich niet met de wijziging kan of wil verenigen, kan besluiten de verzekering te beëindigen. Hieraan wordt toegevoegd dat de rechter heeft bepaald dat het geoorloofd is polisvoorwaarden per 1 januari van enig jaar te wijzigen.
- 5.3. De ziektekostenverzekeraar concludeert dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

De commissie acht zich bevoegd van het onderhavige geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. De beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 7.1. Op grond van artikel 17 lid 1 Zvw stelt 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 vast en neemt hij deze in de modelovereenkomst op. De grondslag van de premie is de premie indien geen premiekorting als bedoeld in artikel 18 lid 4 of artikel 19 Zvw geldt of zou gelden. Artikel 18 lid 4 ziet op de wijze waarop de collectiviteitskorting wordt verleend, namelijk in de vorm van een korting op de grondslag van de premie. Ingevolge artikel 17 lid 5 Zvw is de verschuldigde premie gelijk aan de grondslag van de premie voor de betreffende variant van de zorgverzekering, verminderd met de toepasselijke premiekorting(en). Lid 6 bepaalt dat de zorgverzekeraar de wijze waarop de verschuldigde premie van de grondslag van de premie wordt afgeleid in de modelovereenkomst weergeeft, en dat hij de wijze waarop de door de verzekeringnemer verschuldigde premie van de grondslag van de premie is afgeleid in de zorgpolis opneemt.
- 7.2. De stelling van verzoeker is dat de ziektekostenverzekeraar handelt in strijd met artikel 17 lid 6 Zvw door geen, althans niet tijdig inzicht te geven in de verleende korting. De verlaging van de collectiviteitskorting zou daarom pas met ingang van 1 januari 2009 mogen worden geëffectueerd.

De commissie stelt vast dat uit het op 11 januari 2008 afgegeven polisblad valt op te maken dat bij de gekozen variant van de zorgverzekering een premiegrondslag behoort van € 1.164,00 per persoon per jaar, waarop een collectiviteitskorting van 8% van toepassing is, alsmede een betalingstermijnskorting van 3%. Na aftrek resteert de verschuldigde premie. Aldus is voldaan aan het bepaalde in de Zvw.

De vraag of de ziektekostenverzekeraar de verlaging van de korting tijdig heeft medegedeeld, kan, wegens gebrek aan belang, onbeantwoord blijven, aangezien de ziektekostenverzekeraar bereid is gebleken de voor het jaar 2007 geldende korting van 10% op de grondslag van de premie ook in het jaar 2008 te hanteren, en het verschil van 2% te vergoeden.

Ten aanzien van de aanvullende verzekering

- 7.3. Naast de collectiviteitskorting voor de zorgverzekering, is ook de korting voor de aanvullende verzekering verlaagd, en wel van 20% naar 10%. Artikel 8 lid 1 van de Algemene bepalingen geeft de ziektekostenverzekeraar "het recht de voorwaarden van de verzekering en/of de premies van de bij hem lopende (aanvullende) (zorg) verzekering en-bloc dan wel groepsgewijs te herzien. Een dergelijke herziening geschiedt voor iedere (aanvullende) (zorg)verzekering op een door de (zorg)verzekeraar vast te stellen datum. De (zorg)verzekeraar doet van de voorgenomen herzieningen schriftelijk mededeling."
- De commissie constateert dat verzoeker medio november 2007 is geïnformeerd over de wijziging van de premies met ingang van 1 januari 2008. In het premieoverzicht, gedateerd 3 november 2008, zijn de nettopremies per persoon per jaar vermeld. Voor de aanvullende verzekering wil dat zeggen de premie die verschuldigd is na verwerking van de lagere korting.
- Hoewel de ziektekostenverzekeraar aldus heeft voldaan aan het bepaalde in artikel 8 lid 1, is hij bereid gebleken de voor het jaar 2007 geldende korting van 20% op de premie van de aanvullende verzekering ook in het jaar 2008 te hanteren, en het verschil te vergoeden. Dit geschilpunt behoeft derhalve, bij gebrek aan belang, geen behandeling.
- 7.4. Verzoeker heeft verder aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar dient af te zien van de wijziging in de dekking van de aanvullende verzekering met ingang van 1 januari 2008.
- Met betrekking hiertoe merkt de commissie op dat vernoemd artikel 8 (de en-blocclausule) de ziektekostenverzekeraar het recht geeft niet alleen de premie, maar ook de voorwaarden van de bij hem lopende aanvullende verzekeringen eenzijdig te herzien, en wel op een door de ziektekostenverzekeraar te bepalen datum.
- Het gebruik van de en-blocclausule teneinde in de loop van een jaar, dus tussentijds, wijzigingen aan te brengen in de dekking van de verzekering, is onderwerp geweest van een procedure bij de Voorzieningenrechter van de rechtbank Utrecht (zaak nr. 229633/KG ZA 07-411 d.d. 8 juni 2007). De rechter overwoog daarbij onder andere dat "de ongewijzigde voortzetting bovendien een relatief beperkte periode (betreft), te weten tot het eind van 2007, wanneer (de verzekeraar) op de gebruikelijke wijze haar zorgverzekeringen zal kunnen aanpassen."
- De commissie deelt het oordeel in deze uitspraak, dat een beroep op de en-blocclausule teneinde bij de prolongatie en-bloc of groepsgewijze wijzigingen in de dekking van de aanvullende verzekering te realiseren – zoals in dit geval met ingang van 1 januari 2008 -- is toegestaan. Niet gebleken is dat toepassing van de en-

blocclausule onder de gegeven omstandigheden naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is.

Artikel 8 lid 2 van de Algemene bepalingen voorziet daarbij in de mogelijkheid voor de verzekeringnemer de verzekering in dat geval te beëindigen. Van deze mogelijkheid heeft verzoeker geen gebruik gemaakt zodat hij thans is gebonden aan de gewijzigde voorwaarden voor 2008.

Slotsom

- 7.5. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende verzekering, dient te worden afgewezen. Daar de ziektekostenverzekeraar zijn aanbod tot compensatie van de verlaagde collectiviteitskorting eerst heeft gedaan na betaling van het entreegeld ad € 37,00, acht de commissie termen aanwezig de ziektekostenverzekeraar te verplichten genoemd bedrag aan verzoeker te vergoeden.

8. Het bindend advies

- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.
- 8.2. De commissie bepaalt dat de zorgverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden een bedrag ad 37,00 euro.

Zeist, 9 juli 2008.

Voorzitter