

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen C te D
Zaak : Premie, betalingsachterstand, aanmelding CVZ,
hulpmiddelenzorg, allergeenvrije schoenen, bril, ziekenvervoer,
zittend ziekenvervoer
Zaaknummer : 2012.00585
Zittingsdatum : 20 februari 2013

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 2006-2012, artt. 10, 11 en 16 Zvw, 2.1, 2.14 en 2.15 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2011)

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

C te D, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] Zorg Geregeld Polis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was tot en met 30 juni 2009 ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar een aanvullende ziektekostenverzekering afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide 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. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van orthopedische schoenen. Tevens wenst verzoeker vergoeding van de kosten van een bril ten bedrage van € 265,-. Ook claimt verzoeker vergoeding van de gemaakte vervoerkosten in 2005, 2006 en 2007.

Voorts bestrijdt verzoeker de constatering van de ziektekostenverzekeraar dat sprake is van een betalingsachterstand, in verband waarmee hij met ingang van 1 maart 2012 is aangemeld bij het CVZ (hierna de aanspraak).

3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissingen gevraagd. Onder meer bij brief van 28 maart 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissingen te handhaven.

3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.

3.4. Bij e-mailbericht van 13 juli 2012 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen – althans zo begrijpt de commissie het verzoek – dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen (hierna: het verzoek).

3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 37,- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit ver-

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

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 6 november 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 12 november 2012 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker en de ziekenvervoer hebben op respectievelijk 16 januari en 7 februari 2013 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden.
- 3.8. Op 20 februari 2013 en op het in de uitnodiging vermelde tijdstip heeft de telefonische zitting plaatsgevonden. Tijdens dit gesprek heeft verzoeker verklaard dat hij niet in de gelegenheid is de commissie te woord te staan, waarna hij de verbinding heeft verbroken. Hierna heeft uitsluitend alleen de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt toegelicht.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker heeft tot medio 2006 steeds alle door hem verschuldigde bedragen voldaan. Van een betalingsachterstand is derhalve geen sprake. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker ten onrechte aangemeld bij het CVZ. Medio 2006 is verzoeker gestopt met het tijdig voldoen van de verschuldigde premies omdat de ziektekostenverzekeraar weigert bepaalde declaraties te vergoeden.
- 4.2. Zo heeft verzoeker in de periode van 18 mei 2005 tot en met 28 september 2005 zorg genoten in Heliomare. Hij heeft dit behandeltraject evenwel afgebroken omdat de ziektekostenverzekeraar de kosten van de rolstoeltaxi niet wenst te vergoeden. In 2006 heeft de ziektekostenverzekeraar naar eigen zeggen de kosten van het vervoer van Heliomare naar Medemblik v.v. wel vergoed en alleen een eigen bijdrage bij verzoeker in rekening gebracht. Verzoeker heeft laatstgenoemde nota echter nooit ontvangen. De in 2007 gemaakte kosten van het vervoer van Heliomare naar Heerhugowaard v.v. zijn daarentegen weer niet vergoed.
- 4.3. Daarnaast heeft verzoeker in 2007 orthopedische schoenen en een bril (€ 265,-) aangeschaft. De betreffende kosten zijn door de ziektekostenverzekeraar niet vergoed.
- 4.4. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. Verzoeker heeft meerdere openstaande vorderingen niet voldaan. Daarnaast worden de verschuldigde premies te laat, dat wil zeggen na de vervaldatum, betaald. Als gevolg hiervan is een betalingsachterstand ontstaan die is overgedragen aan een incassobureau. De betalingsachterstand bedraagt naar de stand van 27 juni 2012 over de periode van 1 januari 2009 tot en met 29 februari 2012 € 1.036,35, exclusief rente en incassokosten. Aangezien op 1 maart 2012 sprake was van een premieachterstand van meer dan zes maanden, heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker met ingang van die datum aangemeld bij het CVZ.

- 5.2. Ten aanzien van de vervoerkosten geldt dat de ziektekostenverzekeraar de in 2006 gemaakte kosten heeft vergoed. Deze vergoeding is rechtstreeks aan het taxibedrijf uitgekeerd. Wel heeft de ziektekostenverzekeraar een eigen bijdrage bij verzoeker in rekening gebracht. Na 2006 heeft verzoeker geen vervoerkosten meer gedeclareerd. Van de door verzoeker aangeschafte orthopedische schoenen heeft de ziektekostenverzekeraar geen nota ontvangen.
- 5.3. Verder vraagt verzoeker een vergoeding voor de kosten van een in 2007 aangeschafte bril. Op 27 januari 2006 heeft de ziektekostenverzekeraar een bedrag ter grootte van € 285,- vergoed. In 2007 heeft de ziektekostenverzekeraar geen nota ontvangen voor een bril. Als dit overigens wel het geval was geweest, zouden deze kosten niet voor vergoeding in aanmerking komen, aangezien verzoeker in 2006 al een vergoeding hiervoor heeft ontvangen.
- 5.4. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar zijn eerdere standpunten herhaald.
- 5.5. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.
6. De bevoegdheid van de commissie
 - 6.1. De commissie is bevoegd, althans voor zover het de periode betreft vanaf 1 januari 2006, van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.
 - 6.2. De commissie is niet bevoegd voor zover het verzoek betrekking heeft op de periode vóór 1 januari 2006. Dit betekent dat de commissie met name niet bevoegd is te oordelen over de door verzoeker gewenste vergoeding van de kosten van het zittend ziekenvervoer in 2005.
 - 6.3. De commissie is voorts niet bevoegd ten aanzien van de aanvullende verzekeringen van vóór 1 januari 2008.
7. Het geschil
 - 7.1. In geschil is of verzoeker aanspraak kan maken op vergoeding van de kosten van orthopedische schoenen. Tevens zijn in geschil de kosten van een bril ten bedrage van € 265,- en de gemaakte vervoerskosten in 2006 en 2007. Verder bestrijdt verzoeker de constatering van de ziektekostenverzekeraar dat sprake is van een betalingsachterstand, in verband waarmee hij met ingang van 1 maart 2012 is aangemeld bij het CVZ. Partijen hebben de ontvangst en de inhoud van het tweedemaandsaanbod en de vierdemaandswaarschuwing als bedoeld in de artikelen 18a en 18b Zvw in de procedure niet betwist.
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 naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 3 e.v. van de zorgverzekering (2006).

8.3. Artikel 3.7 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op zittend ziekenvervoer bestaat en luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

“Lid 1 Zittend Ziekenvervoer

Omschrijving Zittend ziekenvervoer omvat vergoeding van de kosten voor ziekenvervoer per auto, anders dan per ambulance als bedoeld in artikel 1, eerste lid, van de Wet ambulancevervoer, dan wel vervoer in de laagste klasse van een openbaar middel van vervoer van en naar een persoon, instelling of woning als omschreven in artikel 2.13. lid 1 van het Besluit zorgverzekering, over een enkele reisafstand van maximaal 200 kilometer voor zover de verzekerde:

- 1. nierdialyses moet ondergaan;*
- 2. oncologische behandelingen met chemotherapie of radiotherapie moet ondergaan;*
- 3. zich uitsluitend met een rolstoel kan verplaatsen;*
- 4. een zodanig beperkt gezichtsvermogen heeft dat hij zich niet zonder begeleiding kan verplaatsen.*
- 5. Buiten de gevallen als genoemd onder 1 tot en met 4: in verband met de behandeling van een langdurige ziekte of aandoening langdurig is aangewezen op vervoer en het niet verstrekken of vergoeden van dat vervoer voor de verzekerde zal leiden tot een onbillijkheid van overwegende aard.*

Het ziekenvervoer omvat tevens vervoer van een begeleider, indien begeleiding noodzakelijk is, of indien het betreft begeleiding van kinderen beneden 16 jaar.

Op de vergoeding voor zittend ziekenvervoer is de verzekerde een eigen bijdrage verschuldigd van € 83,- per 12 maanden.

(...)”

8.4. Artikel 3.7 van de zorgverzekering is volgens artikel 2.2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.5. 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. Ziekenvervoer is naar aard en omvang geregeld in de artikelen 2.13 e.v. Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.38 Rzv.

8.6. De Zvw, het daarop gebaseerde Bzv en de Rzv, schrijven dwingend voor welke prestaties onder de zorgverzekering verzekerd dienen te zijn. De verzekerde die een zorgverzekering sluit heeft recht op niet meer of minder dan deze prestaties. De zorgverzekering is in dit opzicht een bijzondere, van overheidswege gereguleerde vorm van schadeverzekering. Het staat de ziektekostenverzekeraar niet vrij een dekking te bieden die hetzij ruimer dan wel beperkter is dan op grond van het bij of krachtens de Zvw bepaalde is voorgeschreven. De hiervoor beschreven regeling, zoals opgenomen in de zorgverzekering, strookt met de toepasselijke regelgeving.

- 8.7. Artikel 16 Zvw regelt in welke gevallen voor de zorgverzekering geen premie verschuldigd is. Voor zover hier van belang, luidt laatstgenoemd artikel als volgt:

“Artikel 16

1. *Krachtens de zorgverzekering is de verzekeringnemer premie verschuldigd.*
2. *In afwijking van artikel 925 van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek en van het eerste lid:*
 - a. *is geen premie verschuldigd tot de eerste dag van de kalendermaand volgende op de kalendermaand waarin een verzekerde de leeftijd van achttien jaren heeft bereikt;*
 - b. *is geen premie verschuldigd over de periode, bedoeld in artikel 18d, eerste lid.”*

- 8.8. Op 1 september 2009 is de Wet structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering (hierna: de Wsmwz) in werking getreden. Vanaf dat moment is onder meer aan de Zvw een nieuwe afdeling toegevoegd die de gevolgen regelt van het niet (tijdig) betalen van de premie voor de zorgverzekering. De wet voorziet in een aantal beoordelingsmomenten waarop de zorgverzekeraar een aanbod, respectievelijk een mededeling moet doen aan de polishouder en/of de verzekerde. Is sprake van een premieschuld 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 zorgverzekeraar), 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.
- 8.9. Voor op 1 september 2009 reeds bestaande gevallen van premieachterstand is een overgangsregeling getroffen, die voorziet in een verkort traject. Hierbij is tevens voorzien in een regeling die bepaalt dat bepaalde handelingen die door de 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.
- 8.10. Voor zover hier van belang, luidt artikel 18c Zvw en artikel IX van de Wsmwz als volgt:

“Artikel 18c

1. *Indien ten aanzien van een zorgverzekering, rente en incassokosten buiten beschouwing latend, een premieschuld ter hoogte van zes of meer maandpremies is ontstaan, meldt de zorgverzekeraar dit, onder vermelding van de voor de heffing van de bestuursrechtelijke premie alsmede voor de uitvoering van artikel 34a noodzakelijke persoonsgegevens van de verzekeringnemer en de verzekerde, aan het College zorgverzekeringen, de verzekeringnemer en, indien deze een ander is dan de verzekeringnemer, aan de verzekerde.*
2. *De melding geschiedt niet:*
 - a. *in geval van tijdige betwisting als bedoeld in artikel 18b, eerste lid, zolang de zorgverzekeraar zijn standpunt dienaangaande niet aan de verzekeringnemer en, indien dit een ander dan de verzekeringnemer is, aan de verzekerde heeft kenbaar gemaakt;*
 - b. *gedurende de termijn, genoemd in artikel 18b, tweede lid;*
 - c. *ingeval van tijdige voorlegging van het geschil aan een onafhankelijke instantie of aan de burgerlijke rechter als bedoeld in artikel 18b, tweede lid, zolang op het geschil niet onherroepelijk is beslist;*
 - d. *ingeval de verzekeringnemer zich heeft aangemeld bij een schuldhulpverlener als bedoeld in artikel 48 van de Wet op het consumentenkrediet en aantoont dat hij in het kader daarvan*

een schriftelijke overeenkomst tot stabilisatie van zijn schulden heeft gesloten.

3. Onderdeel van de melding vormt een verklaring van de zorgverzekeraar, inhoudende dat hij artikel 18b en het tweede lid in acht heeft genomen.”

”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.

(...).”

9. Beoordeling van het geschil

Orthopedische schoenen, bril en taxivervoer 2007

- 9.1. Verzoeker wenst vergoeding van de kosten van de door hem aangeschafte bril, orthopedische schoenen en taxivervoer in 2007. Door de ziektekostenverzekeraar is aangevoerd dat verzoeker de betreffende kosten niet bij hem heeft gedeclareerd. Voor zover verzoeker vergoeding claimt op basis van de aanvullende ziektekostenverzekering, geldt dat de commissie te dien aanzien geen bindend advies kan uitbrengen, aangezien de kwestie dateert van vóór 1 januari 2008. Waar het gaat om de eventuele aanspraken op grond van de zorgverzekering, stelt de commissie vast dat door verzoeker niet aannemelijk is gemaakt dat de onderhavige kosten wél bij de ziektekostenverzekeraar zijn gedeclareerd.

Taxivervoer in 2006

- 9.2. Ten aanzien van het taxivervoer in 2006 is door de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat hij alle door verzoeker gedeclareerde kosten heeft vergoed en uitsluitend een eigen bijdrage bij verzoeker in rekening heeft gebracht. Aangezien verzoeker in reactie op de gemotiveerde betwisting door de ziektekostenverzekeraar zijn stelling dat hij desondanks aanspraak kan maken op vergoeding niet nader heeft onderbouwd, is zijn aanspraak niet komen vast te staan.

Hoogte betalingsachterstand en aanmelding CVZ

- 9.3. Beoordeeld dient te worden of op 1 maart 2012 voor de zorgverzekering van verzoeker een premieachterstand bestond van zes of meer maanden, in welk geval de aanmelding bij het CVZ terecht is geweest. Door de ziektekostenverzekeraar is in de procedure een betalingsoverzicht, gedateerd 27 juni 2012, overgelegd waaruit, gelet op de door de ziektekostenverzekeraar ontvangen bedragen, blijkt dat verzoeker op 1 maart 2012 in ieder geval zes maandpremies niet had voldaan. Dat verzoeker meer of andere betalingen heeft gedaan dan die welke uit het betalingsoverzicht van 27 juni 2012 blijken, is door hem in de procedure niet, althans onvoldoende aannemelijk gemaakt, hoewel zulks wel op zijn weg lag. Van onjuiste verrekeningen of boekingen door de ziektekostenverzekeraar is de commissie niet gebleken. Per saldo was derhalve sprake van een premieachterstand van ten minste zes maandpremies, zoals vereist in artikel 18c Zvw en artikel IX Wsmwz. Hieruit volgt dat de ziektekostenverzekeraar verzoeker terecht met ingang van 1 maart 2012 heeft aangemeld bij het CVZ.

Conclusie

- 9.4. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 6 maart 2013,

Voorzitter