



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, vertegenwoordigd door de heer C te B, tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, vertegenwoordigd door Aevitae B.V. te Heerlen
Zaak : EU/EER, Duitsland, hoogte vergoeding, premie, hoogte betalingsachterstand, aanmelding CVZ, beëindiging aanvullende ziektekostenverzekering
Zaaknummer : 201401929
Zittingsdatum : 30 september 2015

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2010-2015, paragraaf 3.3 Zvw, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2010-2012, Vo. nr. 883/2004 en Vo. nr. 987/2009, Beleidsregels inning bestuursrechtelijke premie Zorgverzekeringwet 2012)

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door de heer C te B,
tegen

VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar,
vertegenwoordigd door Aevitae B.V. te Heerlen.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Verzoekster is tot op heden bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de VGZ Zorgverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringwet (verder: Zvw). Tevens heeft verzoekster vanaf 15 januari 2013 bij de ziektekostenverzekeraar ten behoeve van haar zoon een zorgverzekering afgesloten. Verder waren tot en met 31 mei 2012 ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Aevitae Vip Pakket en Tandartsverzekering 100% max. € 1.750,00 afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Alle hiervoor genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op volledige vergoeding van de door haar en haar zoon ondergane behandelingen in Duitsland (hierna: de aanspraak). Bij brieven van verschillende data heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoekster is het met deze afwijzing niet eens. Verder komt verzoekster op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering met ingang van 1 juni 2012 te beëindigen, alsmede tegen zijn beslissing haar in 2013 als wanbetaler aan te melden bij College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ).
- 3.3. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde standpunten gevraagd. Bij brieven van verschillende data heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn standpunten 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 12 juli 2014 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is (i) de kosten van de door haar en haar zoon gedeclareerde behandelingen in Duitsland alsnog volledig te vergoeden, (ii) de ten onrechte beëindigde aanvullende ziektekostenverzekering met terugwerkende kracht tot 1

juni 2012 te herstellen, (iii) de aanmelding als wanbetaler bij het CVZ ongedaan te maken, en (iv) de hoogte van de betalingsachterstand correct te berekenen (hierna: het verzoek).

- 3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 37,- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 20 maart 2015 en e-mailberichten van 23 en 29 juni 2015 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Afschriften hiervan zijn op 24 maart en 6 juli 2015 aan verzoekster gezonden.
- 3.8. Verzoekster heeft bij e-mailberichten van verschillende data gereageerd op het onder 3.7 bedoelde standpunt van de ziektekostenverzekeraar. Afschriften van deze reacties zijn ter kennisname aan de wederpartij gezonden.
- 3.9. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 20 juli 2015 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op telefonisch medegedeeld eveneens in persoon te willen worden gehoord.
- 3.10. Kort vóór aanvang van de hoorzitting heeft de commissie telefonisch bericht ontvangen dat de vertegenwoordiger van verzoekster in verband met onverwachte persoonlijke omstandigheden niet ter zitting aanwezig kan zijn. De commissie heeft hierop besloten de ziektekostenverzekeraar te horen en verzoekster de mogelijkheid te bieden schriftelijk op de van de hoorzitting gemaakte aantekeningen te reageren.
- 3.11. De ziektekostenverzekeraar is op 30 september 2015 in persoon gehoord.
- 3.12. Bij brief van 2 oktober 2015 heeft de commissie verzoekster de aantekeningen van de hoorzitting gezonden en haar in de gelegenheid gesteld hierop binnen twee weken te reageren. Voorts heeft de commissie verzoekster verzocht te reageren op het ter zitting door de ziektekostenverzekeraar gedane aanbod tot (gedeeltelijke) kwijtschelding van de betalingsachterstand. Bij e-mailberichten van 19 oktober 2015 heeft verzoekster van deze mogelijkheid gebruik gemaakt. Afschriften van deze berichten zijn ter kennisname aan de wederpartij gezonden.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Verzoekster woont al sinds december 2005 in Duitsland en is bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten. Tot en met 2013 werden de door verzoekster gedeclareerde nota's uit Duitsland volledig vergoed en waren er geen problemen. Vanaf 2013 ondervindt zowel verzoekster als haar zoon problemen met de (hoogte van de) vergoedingen.
- 4.2. Zo heeft verzoekster in juli 2013 twee nota's gedeclareerd. De eerste nota van € 556,87 had betrekking op een door de radioloog uitgevoerde MRI-scan. Hiervan heeft de ziektekostenverzekeraar slechts een bedrag van € 486,99 vergoed. De tweede nota bedroeg € 17,24 en had betrekking op geneesmiddelen die zijn afgeleverd door de apotheek. Tot op heden weigert de ziektekostenverzekeraar deze kosten te vergoeden om reden dat het geneesmiddel niet tot het verzekerde pakket behoort. Dit argument kan verzoekster niet volgen, aangezien de middelen in Duitsland wel volledig worden vergoed door de Krankenkasse. Het zelfde geldt voor de kosten van de MRI.
- 4.3. Eerdergenoemde voorbeelden vormen slechts een selectie, maar keer op keer neemt de ziektekostenverzekeraar het lagere (uitonderhandelde) Nederlandse tarief als uitgangspunt bij de vergoeding van zorgkosten in Duitsland. Daarnaast dekken de door de ziektekostenverzekeraar

gebruikte DBC-codes niet alle kosten. Door het gebruik van deze codes blijven veel kosten voor rekening van verzoekster.

- 4.4. Verzoekster stelt voorts dat zij medio 2013 ten onrechte als wanbetaler is aangemeld bij het CVZ, aangezien geen premieachterstand van ten minste zes maanden bestond. De ziektekostenverzekeraar boekt betalingen af op andere posten dan waarvoor deze zijn bedoeld en er worden premie- en eigen risicobedragen opgevoerd die al zijn voldaan. Ook vordert de ziektekostenverzekeraar een bedrag van ruim € 2.000,-- van haar, volgens verzoekster eveneens ten onrechte. Zij vraagt zich af waar de door haar gedane betalingen zijn gebleven. De ziektekostenverzekeraar dient een duidelijk financieel overzicht over te leggen waaruit blijkt dat de betalingsachterstand veel lager is.
- 4.5. In reactie op hetgeen door de ziektekostenverzekeraar ter zitting is aangevoerd is door verzoekster herhaald dat geen sprake kan zijn van een openstaande vordering. Om die reden gaat verzoekster niet akkoord met het aanbod van de ziektekostenverzekeraar tot kwijtschelding van een deel van de vordering.

4.6. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. Verzoekster en haar zoon wonen al enige tijd in Duitsland. In mei 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoekster gewezen op de mogelijkheid gebruik te maken van zorg in Duitsland via een E-106 formulier. Later is ook haar zoon hierop gewezen. Verzoekster en haar zoon, die veelal particuliere klinieken bezoeken die niet worden vergoed door de Krankenkasse, hebben hierop geen actie ondernomen. Het gevolg hiervan is dat de kosten van de behandelingen in het buitenland, op grond van de zorgverzekering, worden vergoed tot maximaal het in Nederland geldende Wmg-tarief, dan wel bij het ontbreken van een dergelijk tarief, de in Nederland geldende marktprijzen. De tarieven in Nederland worden vastgesteld aan de hand van Diagnose Behandel Combinaties (DBC's), hetgeen all-in tarieven zijn voor alle onderzoeken die samenhangen met een bepaalde diagnose. In de Nederlandse systematiek worden niet alle onderzoeken apart in rekening gebracht. Het kan dus voorkomen dat in bepaalde situaties de kosten niet of niet volledig worden vergoed.
- 5.2. De ziektekostenverzekeraar is vanaf 2014 de polisvoorwaarden strikter gaan hanteren waardoor de vergoeding bij zorgverlening door niet-gecontracteerde zorgaanbieders, hetgeen bij verzoekster aan de orde is, is gemaximeerd tot 80 percent van het gemiddeld gecontracteerde tarief.
- 5.3. Ten aanzien van de betalingsachterstand stelt de ziektekostenverzekeraar dat verzoekster als verzekeringnemer gehouden is de verschuldigde premies en andere vorderingen tijdig te betalen. Verzoekster heeft dit nagelaten waardoor haar aanvullende ziektekostenverzekering met ingang van 1 juni 2012 is beëindigd. De premieachterstand bedroeg op dat moment ten minste drie maanden.
- 5.4. Door de ziektekostenverzekeraar is een financieel overzicht naar de stand van 5 maart 2015 overgelegd waaruit blijkt dat de openstaande vordering over de periode van 1 januari 2010 tot en met 31 maart 2015 € 3.664,38 bedraagt. Genoemd bedrag bestaat uit vorderingen ter zake van premie (€ 820,57), eigen risico (€ 574,88) en dubbele en onterechte betalingen (€ 2.199,36 en € 69,57).
Het bedrag van € 2.199,36 dat van verzoekster wordt gevorderd bestaat uit een dubbele betaling van € 16,49 en een onterechte betaling van € 2.182,87. Het bedrag van € 16,49 is per abuis twee keer aan verzoekster uitbetaald en wel op 29 april 2009 en op 8 juni 2009. De laatste betaling wordt thans van verzoekster teruggevorderd. Ten aanzien van het bedrag van € 2.182,87 merkt de ziektekostenverzekeraar op dat ook dit bedrag dubbel is betaald, namelijk éénmaal aan verzoekster en éénmaal rechtstreeks aan de zorgaanbieder.

- 5.5. Aangezien medio 2013 de betalingsachterstand voor de zorgverzekering meer dan zes maanden bedroeg, heeft de ziektekostenverzekeraar verzoekster in deze periode als wanbetaler aangemeld bij het CVZ. Omdat verzoekster hiertegen tijdig bezwaar had gemaakt, is zij echter met terugwerkende kracht weer afgemeld. Een hernieuwde aanmelding bij het CVZ - intussen Zorginstituut Nederland geheten - heeft nog niet plaatsgevonden.
- 5.6. Om de langslpende kwestie met de familie van verzoekster op te lossen, stelt de ziektekostenverzekeraar voor de vorderingen die betrekking hebben op de beëindigde overeenkomsten, de dubbel uitbetaalde declaratie, en het eigen risico voor zover deze zijn ontstaan vóór 2013, kwijt te schelden. Het gaat hierbij om een totaalbedrag van € 2.727,16 en het voorstel betreft uitdrukkelijk niet alleen verzoekster maar ook haar zoon. Indien verzoekster en haar zoon niet akkoord gaan met het voorstel blijven alle vorderingen van kracht.
- 5.7. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar voorgesteld de vordering grotendeels kwijt te schelden, waardoor enkel de premievordering van € 820,57 overblijft. Indien verzoekster akkoord gaat met deze kwijtschelding is de ziektekostenverzekeraar bereid hiervoor een betalingsregeling te treffen en de aanvullende ziektekostenverzekering te herstellen. Indien verzoekster niet expliciet akkoord gaat met de kwijtschelding handhaaft de ziektekostenverzekeraar de oorspronkelijke vordering. De ziektekostenverzekeraar wil namelijk komen tot een definitieve afronding van het geschil. Hij vreest dat zonder akkoord van verzoekster de discussie op onderdelen zal voortduren.
- 5.8. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het onderhavige verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op artikel 10 van de zorgverzekering en artikel 7 van de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie bevoegd 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.

7. Het geschil

- 7.1. In geschil zijn de door verzoekster en haar zoon gedeclareerde nota's uit Duitsland, de hoogte van de betalingsachterstand, de aanmelding van verzoekster als wanbetaler bij het CVZ, en de beëindiging van de aanvullende ziektekostenverzekering van verzoekster met ingang van 1 juni 2012.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

- 8.1. Voor de beoordeling van het geschil tussen partijen 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 zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in artikel 11 e.v. van de zorgverzekering. In artikel 9 van de zorgverzekering is de aanspraak opgenomen op zorg in het buitenland, en deze bepaling luidt, voor zover hier van belang:

*"9.1 U woont of verblijft in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland
Als u woont of tijdelijk verblijft in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland hebt u voor zorg recht op:*

- zorg volgens het wettelijke verzekeringspakket in een EU-/EER-land of verdragsland, als dit voor u van toepassing is. Dit recht op zorg is geregeld in de EU-socialezekerheidsverordening of een sociaalzekerheidsverdrag;
- zorg door een gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling;
- vergoeding van de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Wij vergoeden de kosten tot maximaal het bedrag dat u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Zie artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Let op

Als er sprake is van acute zorg die verleend wordt door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, hebt u recht op een vergoeding tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven of de in Nederland geldende redelijke marktprijs. Voor voorzienbare zorg die naar verwachting niet of niet-tijdig kan worden geleverd door een gecontracteerde zorgaanbieder, kunnen wij de vergoeding voor de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder aanvullen tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven of de in Nederland geldende redelijke marktprijs. (...)

- 8.3. Artikel 1.4 van de zorgverzekering regelt de vergoeding indien een verzekerde kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, en deze bepaling luidt, voor zover hier van belang:

"Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee VGZ voor de betreffende zorg geen overeenkomst heeft gesloten? Als u ervoor kiest voor deze zorg naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder te gaan, kan het zijn dat u een deel van de nota zelf moet betalen. De kosten van zorg vergoeden wij tot maximaal 80% van de gemiddelde tarieven voor 2013, zoals deze voor de betreffende vormen van zorg zijn overeengekomen met de betreffende zorgaanbieders. Als er voor de betreffende zorg geen tarieven met zorgaanbieders zijn afgesproken en er gelden Wmg-tarieven, worden de kosten vergoed tot maximaal 80% van de Wmg-tarieven."

- 8.4. Ingevolge artikel 3 van de zorgverzekering is de verzekeringnemer de premie bij vooruitbetaling verschuldigd.

- 8.5. De artikelen 1.4, 3 en 9 van de zorgverzekering zijn volgens de artikel 2.1 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.6. De (wijze van) premiebetaling voor de aanvullende verzekering is geregeld in artikel 3 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering. Hierbij is onder meer geregeld dat de premie voor de aanvullende ziektekostenverzekering bij vooruitbetaling is verschuldigd. In artikel 3.5 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering is bepaald dat bij niet (tijdige) betaling de aanvullende ziektekostenverzekering kan worden beëindigd.

- 8.7. Artikel 16 Zvw regelt in welke gevallen voor de zorgverzekering geen premie verschuldigd is, en luidt 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 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 CVZ/Zorginstituut Nederland. 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/Zorginstituut Nederland komt doorgaans weer een einde zodra de schuld uit de zorgverzekering is ingelost of een schuldregeling wordt getroffen.

8.9. Voor zover hier van belang, bepaalt artikel 18c Zvw het volgende:

“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 CVZ, 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.”*

8.10. Artikel 18d Zvw regelt de verschuldigdheid van de bestuursrechtelijke premie aan het CVZ. Dit artikel luidt als volgt:

“Artikel 18d

1. *De verzekeringnemer is aan het CVZ een bestuursrechtelijke premie verschuldigd vanaf de eerste dag van de maand volgende op de maand waarin dat college de melding, bedoeld in artikel 18c, heeft ontvangen tot de eerste dag van de maand volgende op de maand waarin de datum, bedoeld in het derde lid, ligt.*

2. *De bestuursrechtelijke premie bedraagt per maand 130% van de tot een maandbedrag herleide standaardpremie, bedoeld in de Wet op de zorgtoeslag.*

3. *De zorgverzekeraar stelt het CVZ, de verzekeringnemer en, indien deze een ander is dan de verzekeringnemer, de verzekerde, met het oog op de toepassing van het eerste lid onverwijld op de hoogte van de datum waarop:*

a. *de uit de zorgverzekering voortvloeiende schulden zijn of zullen zijn afgelost of tenietgaan,*

b. *de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen, bedoeld in de Faillissementswet, op de verzekeringnemer van toepassing wordt, of*

c. *door tussenkomst van een schuldhulpverlener als bedoeld in artikel 48 van de Wet op het consumentenkrediet een overeenkomst als bedoeld in artikel 18c, tweede lid, onderdeel d, is gesloten of een schuldregeling tot stand is gekomen waarin, naast de verzekeringnemer, ten minste zijn zorgverzekeraar deelneemt.*

4. *In afwijking van het eerste tot en met derde lid, is de verzekeringnemer wederom aan het Zorginstituut bestuursrechtelijke premie verschuldigd vanaf de eerste dag van de maand volgende op de maand:*

- a. waarin de toepassing van de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen op grond van artikel 350, derde lid, onderdeel c, d, e, f, of g, van de Faillissementswet, is beëindigd;
- b. waarin hij zich, blijkens een mede door de schuldhulpverlener ondertekende melding van zijn zorgverzekeraar, aan deelname aan de in het derde lid, onderdeel c, bedoelde regeling heeft onttrokken voordat hij de in die regeling neergelegde afspraken jegens zijn zorgverzekeraar volledig is nagekomen."

- 8.11. Artikel 7 van de Beleidsregels inning bestuursrechtelijke premie Zorgverzekeringswet 2012 luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

"Artikel 7. De eindafrekening voor de verzekeringnemer

1. Het college stuurt zo spoedig mogelijk na ontvangst van de melding, bedoeld in artikel 18d, derde lid, Zorgverzekeringswet, alsmede aan het einde van de periode, bedoeld in artikel 18e Zorgverzekeringswet, de verzekeringnemer, een bericht dat deze de bestuursrechtelijke premie niet langer verschuldigd is. Hierbij vermeldt het college dat het niet mogelijk is tegen dit besluit bezwaar aan te tekenen.

2. Het college stuurt de verzekeringnemer, zo spoedig mogelijk na het bericht, bedoeld in het eerste lid, een eindafrekening, die tenminste omvat:

a. het saldo van aan het college af te dragen bestuursrechtelijke premie en reeds ontvangen bestuursrechtelijke premie;

b. een vermelding van het bedrag dat door het CVZ is ontvangen van de broninhouder. Dit bedrag wordt in mindering gebracht op het saldo, bedoeld in onderdeel a;

(...)"

- 8.12. Artikel 17 van Vo. nr. 883/2004 luidt, voor zover hier van belang:

"Een verzekerde en zijn gezinsleden die in een andere lidstaat dan de bevoegde lidstaat wonen, hebben in de lidstaat van hun woonplaats recht op verstrekkingen die voor rekening van het bevoegde orgaan worden verleend door het orgaan van de woonplaats, volgens de door dit orgaan toegepaste wetgeving, alsof zij krachtens die wetgeving verzekerd waren."

- 8.13. Artikel 24 van Vo 887/2009 luidt, voor zover hier van belang:

"1. Voor de toepassing van artikel 17 van de basisverordening zijn de verzekerde en/of zijn gezinsleden verplicht zich te laten inschrijven bij het orgaan van de woonplaats. Hun recht op verstrekkingen in de lidstaat van de woonplaats blijkt uit een verklaring die door het bevoegde orgaan op verzoek van de verzekerde of op verzoek van het orgaan van de woonplaats is verstrekt.

2. Het in lid 1 bedoelde document blijft geldig totdat het bevoegde orgaan het orgaan van de woonplaats in kennis stelt van de intrekking ervan.

Het orgaan van de woonplaats stelt het bevoegde orgaan in kennis van iedere inschrijving overeenkomstig lid 1 en van iedere wijziging of schrapping daarvan.

3. Dit artikel is van overeenkomstige toepassing op de in de artikelen 22, 24, 25 en 26 van de basisverordening bedoelde personen."

9. Beoordeling van het geschil

Vergoeding declaraties Duitsland

- 9.1. Verzoekster en haar zoon wonen in Duitsland. Verzoekster heeft inkomsten uit Nederland. Vanwege het werklandbeginsel van artikel 11 lid 3 van Vo. nr. 883/2004 zijn verzoekster en haar zoon in Nederland verzekeringsplichtig. Nederland is daarmee de bevoegde staat met betrekking tot de financiering van de zorg. Verzoekster en haar zoon kunnen, op grond van artikel 17 van genoemde verordening, kiezen of zij gebruik willen maken van de zorg in Nederland volgens de zorgverzekering, dan wel in Duitsland volgens het Duitse wettelijke stelsel. Artikel 24 van Vo. nr. 987/2009 bepaalt dat een verzekerde pas aanspraak kan maken op de verstrekkingen in de lidstaat

van de woonplaats indien hij zich heeft aangemeld bij het plaatselijke uitvoeringsorgaan. Door de ziektekostenverzekeraar is in dit verband gesteld en door verzoekster niet bestreden dat verzoekster in mei 2011 en haar zoon in 2013 expliciet zijn gewezen op de mogelijkheid een E-106 formulier aan te vragen. Aangezien tussen partijen niet in geschil is dat verzoekster en haar zoon hiervan geen gebruik hebben gemaakt en zij zich derhalve niet hebben aangemeld bij de Krankenkasse, betekent dit dat verzoekster en haar zoon zijn aangewezen op de zorgverzekering met de hierin opgenomen beperkingen ten aanzien van de dekking en de hoogte van de vergoeding. Het betekent daarnaast dat hetgeen verzoekster heeft aangevoerd met betrekking tot het Duitse wettelijke stelsel en de op basis daarvan te verlenen vergoedingen geen verdere bespreking behoeft.

- 9.2. Verzoekster heeft ten aanzien van een aantal nota's gesteld dat zij en haar zoon geen vergoeding hebben gekregen, ofwel dat de verleende vergoeding te laag is. Verzoekster meent dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de gedeclareerde kosten volledig te vergoeden. Hiertoe heeft zij aangevoerd dat de tarieven in Nederland worden vastgesteld aan de hand van DBC's en dat de vergoeding hierdoor niet toereikend is. De commissie merkt hierover op dat dit niet meer is dan een feitelijke vaststelling. Het enkele gegeven dat tussen Nederland en Duitsland een verschil in declaratiesystematiek bestaat, waardoor de in Duitsland gemaakte kosten - mogelijk mede door de keuze van verzoekster en haar zoon zich te laten behandelen in een privékliniek - hoger uitvallen, doet geen aanspraak ontstaan op een (hogere) vergoeding, in afwijking van artikel 9 van de zorgverzekering. Aangezien door verzoekster niet is onderbouwd waarom de vergoeding ten onrechte is geweigerd dan wel de verleende vergoeding te laag is, laat de commissie dit onderdeel verder rusten.
- 9.3. Met betrekking tot de hoogte van de vergoeding wenst de commissie - los van het vorenoverwogene - nog op te merken dat verzoekster zowel voor zichzelf als voor haar zoon heeft gekozen voor een naturaverzekering, hetgeen met zich brengt dat het de ziektekostenverzekeraar is toegestaan een korting toe te passen indien betrokkene besluit zich tot een niet-gecontracteerde zorgaanbieder te wenden. In het onderhavige geval past de ziektekostenverzekeraar voor andere dan acute zorg een korting van 20 procent toe, hetgeen naar het oordeel van de commissie in overeenstemming met de verzekeringsvoorwaarden is.

Beëindiging aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.4. De aanvullende ziektekostenverzekering van verzoekster is beëindigd met ingang van 1 juni 2012. Uit de door de ziektekostenverzekeraar overgelegde stukken blijkt dat verzoekster in de periode vóór 1 juni 2012 niet steeds de volledige premie bij vooruitbetaling heeft voldaan en dat op die datum sprake was van een betalingsachterstand, hetgeen door verzoekster niet gemotiveerd is bestreden. Onder deze omstandigheden stond het de ziektekostenverzekeraar, gelet op het bepaalde in artikel 3.5 van de betreffende verzekeringsvoorwaarden, vrij de aanvullende ziektekostenverzekering van verzoekster met ingang van 1 juni 2012 te beëindigen.

Aanmelding CVZ

- 9.5. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster op 4 december 2013 als wanbetaler aangemeld bij het CVZ. Uit de brief van de ziektekostenverzekeraar van 20 maart 2015 blijkt dat deze heeft besloten verzoekster met terugwerkende kracht af te melden bij het CVZ zodat in het midden kan blijven of destijds al dan niet terecht tot aanmelding is overgegaan. Waar het gaat om de financiële consequenties van een en ander is het volgende van belang.
- 9.6. In verband met het feit dat verzoekster met terugwerkende kracht is afgemeld, dient zij over de periode dat zij de bestuursrechtelijke premie verschuldigd was aan het CVZ (artikelen 16 en 18d Zvw), alsnog de nominale premie aan de ziektekostenverzekeraar te voldoen. Gelet op artikel 7 van de Beleidsregels inning bestuursrechtelijke premie Zorgverzekeringswet 2012 heeft verzoekster een eindafrekening van het Zorginstituut ontvangen waaruit onder andere blijkt welk bedrag over bedoeld tijdvak aan bestuursrechtelijke premie is ingehouden en welk bedrag eventueel aan verzoekster wordt gerestitueerd.

Hoogte betalingsachterstand

- 9.7. Waar het de hoogte van de betalingsachterstand betreft, is door de ziektekostenverzekeraar een financieel overzicht naar de stand van 5 maart 2015 in het geding gebracht. Uit dit overzicht blijkt dat door verzoekster met betrekking tot de periode van 1 januari 2010 tot en met 31 maart 2015 niet alle verschuldigde bedragen zijn betaald en dat per saldo nog een bedrag openstaat van € 3.664,38. Genoemd bedrag bestaat uit vorderingen ter zake premie (€ 820,57), eigen risico (€ 574,88), en dubbele en onterechte betalingen (€ 2.199,36 en € 69,57). De vordering van € 820,57 is inclusief de onder 9.6 bedoelde premie over de periode dat verzoekster aangemeld is geweest bij het CVZ.
- 9.8. Door verzoekster is aangevoerd dat de door de ziektekostenverzekeraar genoemde betalingsachterstand niet juist is. Ter onderbouwing van deze stelling zijn door haar verschillende - gespecificeerde - betalingsbewijzen overgelegd. Ten aanzien van deze betalingsbewijzen merkt de commissie op dat alle betalingen voorkomen in eerder genoemd financieel overzicht van 5 maart 2015. Aangezien verzoekster niet aannemelijk heeft gemaakt dat zij daarnaast meer of andere betalingen heeft gedaan, of dat de bij haar in rekening gebrachte bedragen niet juist zijn, is de commissie van oordeel dat de betalingsachterstand naar de stand van 5 maart 2015 totaal € 3.664,38, exclusief rente en incassokosten, bedraagt. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar het voorstel gedaan de vordering grotendeels kwijt te schelden, waardoor enkel de premievordering van € 820,57 resteert. Voorwaarde voor deze kwijtschelding was dat verzoekster hierna expliciet akkoord zou gaan, zulks ter voorkoming van voortzetting van de discussie op onderdelen. Aangezien verzoekster het voorstel op 19 oktober 2015 heeft verworpen, en de ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat in dat geval alle bestaande vorderingen van kracht blijven, stelt de commissie de betalingsachterstand naar de stand van 5 maart 2015 vast op € 3.664,38, exclusief rente en incassokosten.

Conclusie

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

Zeist, 28 oktober 2015,

P.J.J. Vonk