



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht  
Zaak : Collectiviteit, beëindiging, deelname en korting met terugwerkende kracht  
Zaaknummer : 201800567  
Zittingsdatum : 5 juni 2019

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot)  
(Voorwaarden zorgverzekering 2007, artt. 16, 17 en 18 Zvw)

---

1. Partijen

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

tegen

Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Beter Af Polis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Met ingang van 1 februari 2006 is verzoeker aangemeld voor de collectieve verzekering tegen ziektekosten van de gemeente B. Per 1 juni 2007 is verzoeker afgemeld voor deze collectiviteit. Verzoeker heeft de zorgverzekeraar verzocht de deelname aan de collectieve verzekering met terugwerkende kracht te herstellen. Bij e-mailbericht van 6 april 2018 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat hij niet aan dit verzoek tegemoet komt.














3.2. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. De zorgverzekeraar heeft aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

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

3.4. Bij brief van 8 oktober 2018 en bij e-mailbericht van 19 oktober 2018 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de collectieve verzekering met terugwerkende kracht tot 1 juni 2007 te herstellen en deze te continueren (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 zorgverzekeraar 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.

3.6. De zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 13 december 2018 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 14 december 2018 aan verzoeker gezonden.

- 
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft - ondanks herhaald verzoek - niet kenbaar gemaakt of hij van de geboden gelegenheid gebruik wenst te maken. De commissie heeft hierop besloten verzoeker in persoon uit te nodigen voor de hoorzitting. De zorgverzekeraar heeft op 1 maart 2019 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 
- 3.8. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10, negende lid, van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat de onderhavige zaak enkelvoudig wordt afgedaan.
- 
- 3.9. Op grond van artikel 114, derde lid, Zvw dient de commissie verplicht advies te vragen aan het Zorginstituut Nederland (hierna: Zorginstituut) indien het geschil betrekking heeft op de zorg of de overige diensten, bedoeld in artikel 11, dan wel de vergoeding van die zorg of diensten. Blijkens de Memorie van toelichting blijft deze verplichting beperkt tot de vraag of de vorm van zorg of andere dienst waar de verzekerde behoefte aan heeft tot het verzekerde pakket behoort. Aangezien die vraag in het onderhavige geval geen beantwoording behoeft, is het Zorginstituut niet verzocht te adviseren.
- 
- 3.10. De zorgverzekeraar is op 5 juni 2019 telefonisch gehoord. Verzoeker is, ondanks hiertoe te zijn uitgenodigd, niet ter zitting verschenen.
- 
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 
- 4.1. Verzoeker heeft aangevoerd dat de zorgverzekeraar hem heeft benadeeld door zonder grondige of wettelijke reden de collectieve verzekering te beëindigen. De zorgverzekeraar mag als particuliere onderneming niet eenzijdig de verzekeringsovereenkomst aanpassen. Door dit toch te doen, heeft de zorgverzekeraar zich oneigenlijk bevoordeeld en verrijkt.
- 
- 4.2. De zorgverzekeraar probeert de schuld van zijn handelen af te schijven op de gemeente. De zorgverzekeraar heeft en had echter een eigen verantwoordelijkheid jegens zijn verzekerden en daar mag verzoeker niet van worden uitgesloten, ook niet in opdracht van de gemeente. Bovendien is deze handelwijze in strijd met de onderhandse akte tussen de zorgverzekeraar en de gemeente met betrekking tot het aan de gemeente cederen van vorderingen van wanbetalende verzekerden die deelnemen aan de collectiviteit van de gemeente. Daarbij is de vraag waarom verzoeker destijds niet is meegenomen in deze regeling en waarom aan hem geen finale kwijting is verleend voor de bestaande vorderingen.
- 
- 4.3. De zorgverzekeraar dient met terugwerkende kracht de collectieve verzekering te herstellen en deze te continueren. Bovendien dient de zorgverzekeraar een goede verklaring te geven voor de beëindiging van de collectieve verzekering, aangezien hij verzoeker hiermee op kosten jaagt.
- 
- 4.4. Overigens heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker niet toegelicht waarom hij hem in het jaar 2010 tweemaal heeft aangemeld bij het toenmalige College voor Zorgverzekeringen (CVZ; thans: het CAK). Het is verzoeker niet duidelijk waarom de zorgverzekeraar hem heeft aangemeld op 3 juli 2010, om deze aanmelding per 27 augustus 2010 te beëindigen en hem per 10 december 2010 weer aan te melden.
- 
- 4.5. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
- 
- 
- 

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar heeft aangevoerd dat verzoeker sinds 1 januari 2006 een zorgverzekering bij hem heeft afgesloten. In de periode van 1 februari 2006 tot 1 juni 2007 waren tevens de voorwaarden van de collectiviteit van de gemeente B (SoZaWe) op de zorgverzekering van verzoeker van toepassing. Op grond van de collectieve afspraken is het aan de gemeente B te beoordelen of een verzekerde in aanmerking komt voor deelname aan de collectiviteit. Indien een verzekerde niet langer in aanmerking komt voor deelname, informeert de gemeente de zorgverzekeraar hierover. Op het moment dat een verzekerde niet meer deelneemt aan de collectiviteit vervallen het recht op de korting en de overige voordelen van de collectieve verzekering. De gemeente B heeft de zorgverzekeraar geïnformeerd dat verzoeker met ingang van 1 juni 2007 niet langer voldeed aan de vereisten om deel te nemen aan de collectiviteit. De zorgverzekeraar heeft deze melding administratief verwerkt, waardoor de collectiviteitskorting en overige voordelen van de collectieve verzekering vanaf 1 juni 2007 zijn komen te vervallen.
- 5.2. De zorgverzekeraar benadrukt in dit verband dat verzoeker geen collectieve zorgovereenkomst met hem heeft afgesloten. Het is de gemeente B die de collectieve zorgovereenkomst ten behoeve van haar klanten is aangegaan. De gemeente heeft de collectiviteit vervolgens opengesteld voor haar klanten, waaronder verzoeker. Als gesteld, is het aan de gemeente te beoordelen of een klant in aanmerking komt voor deelname aan de collectiviteit. Het is derhalve niet aan de zorgverzekeraar deze beoordeling te maken, zodat hij ook niet op de hoogte is van de feiten en omstandigheden op grond waarvan de gemeente B heeft geoordeeld dat verzoeker niet meer voldeed aan de vereisten voor deelname.
- 5.3. Verder voert de zorgverzekeraar aan dat hij op grond van artikel 2:10, derde lid, BW gehouden is zijn administratie voor de duur van zeven jaren te bewaren. Dit heeft tot gevolg dat hij niet langer beschikt over documentatie uit het jaar 2007 en deze derhalve ook niet kan overleggen. Hierdoor verkeert de zorgverzekeraar in bewijsnood. Dit is hem echter niet tegen te werpen, omdat dit is te wijten aan de keuze van verzoeker dit geschil niet eerder aanhangig te maken bij de commissie.
- 5.4. De zorgverzekeraar wijst verder op verschillende vonnissen die in de loop der jaren zijn uitgebracht. Hieruit blijkt dat de rechter meermalen heeft uitgesproken dat verzoeker de ontstane premieachterstand, zonder collectiviteitskorting, aan de zorgverzekeraar dient te voldoen. In het bijzonder wijst de zorgverzekeraar op het vonnis van 19 augustus 2016. De kantonrechter heeft toen overwogen dat verzoeker ten tijde van de definitieve schuldregeling tussen de gemeente B en de zorgverzekeraar in 2012 geen deel uitmaakte van de gemeentelijke collectiviteit.
- 5.5. Ten aanzien van de vermeende onduidelijkheid met betrekking tot de aanmelding als wanbetaler bij het toenmalige CVZ in 2010 voert de zorgverzekeraar het volgende aan. Verzoeker is per 3 juli 2010 aangemeld als wanbetaler. Op 27 juli 2010 is verzoeker afgemeld, omdat hij op dat moment bezig was met schuldhulpverlening. Nadat de schuldhulpverlening was beëindigd, is verzoeker op 5 november 2010 opnieuw aangemeld. Een en ander volgt ook uit het vonnis van de rechtbank B van 19 augustus 2016, zodat verzoeker zich ook langs die weg had kunnen informeren.
- 5.6. Ter zitting heeft de zorgverzekeraar zijn standpunten herhaald.
- 5.7. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.
6. De bevoegdheid van de commissie
- 6.1. Gelet op artikel 15 van de zorgverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

- 7.1. In geschil is of de zorgverzekeraar is gehouden de deelname van verzoeker aan de collectieve verzekering van de Gemeente B met terugwerkende kracht tot 1 juni 2007 te herstellen en deze te continueren.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

- 8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.

- 8.2. In artikel 9.1 van de zorgverzekering is bepaald op welke wijze de hoogte van de premie wordt vastgesteld. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

*"9.1 Premievaststelling en premieheffing*

*9.1.1 De hoogte van de premie van de zorgverzekering wordt vastgesteld door ons. De verschuldigde premie is gelijk aan de premiegrondslag verminderd met een eventuele korting wegens een eigen risico of een eventuele collectiviteitskorting. Wij heffen een premie voor verzekerden van 18 jaar en ouder. (...)"*

- 8.3. Artikel 9 van de zorgverzekering is volgens artikel 2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.4. Artikel 17 Zvw bevat bepalingen over de grondslag van premie en luidt, voor zover hier van belang:

*1 De zorgverzekeraar stelt 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 deze in de modelovereenkomst op.*

*(...)*

*5 De verschuldigde premie is gelijk aan de grondslag van de premie behorende bij de variant van de zorgverzekering die de verzekeringnemer gekozen heeft, verminderd met de premiekortingen, bedoeld in de artikelen 18, vierde lid, of 20, indien deze van toepassing zijn. (...)"*

- 8.5. In artikel 18 Zvw zijn bepalingen opgenomen over de collectiviteitskorting. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

*"1 De zorgverzekeraar kan met een werkgever overeenkomen dat hij een geldelijk voordeel verstrekt indien diens werknemers, voormalige werknemers of hun gezinsleden verzekerd worden op basis van een in die overeenkomst aan te wijzen modelovereenkomst.*

*2 Het voordeel bedraagt, per persoon die op basis van de desbetreffende modelovereenkomst verzekerd wordt, niet meer dan 10% van de grondslag van de bij die modelovereenkomst behorende premie.*

*3 In de overeenkomst, bedoeld in het eerste lid, wordt ten minste bepaald:*

*a. de hoogte van het voordeel, waarbij die hoogte mag variëren al naar gelang het aantal volgens de desbetreffende modelovereenkomst verzekerde personen;*

*b. de verdeling van het voordeel over de werkgever en de volgens de desbetreffende modelovereenkomst verzekerde personen.*

*4 Indien het voordeel of een deel daarvan aan de verzekeringnemer wordt verstrekt, geschiedt dit in de vorm van een korting op de grondslag van de premie.*

*5 Het eerste tot en met vierde lid zijn tevens van toepassing ten aanzien van een rechtspersoon, niet zijnde een werkgever, met betrekking tot de verzekering van natuurlijke personen wier belangen die rechtspersoon behartigt.*

*6 Bij algemene maatregel van bestuur kunnen, om te voorkomen dat afbreuk wordt gedaan aan het sociale karakter van de verzekering, nadere en zonnodig afwijkende regels worden gesteld."*


- 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 zorgverzekeraar 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.

9. Beoordeling van het geschil


- 9.1. De commissie stelt vast dat verzoeker vanaf 1 januari 2006 een zorgverzekering heeft bij de zorgverzekeraar. Van 1 februari 2006 tot 1 juni 2007 heeft verzoeker deelgenomen aan de collectieve verzekering van de gemeente B, waardoor hij een bepaalde premiekorting ontving en andere voordelen had. De gemeente B heeft de zorgverzekeraar geïnformeerd dat verzoeker met ingang van 1 juni 2007 niet langer voldeed aan de voorwaarden voor deelname aan de collectiviteit. Vervolgens heeft de zorgverzekeraar besloten de collectieve voordelen, waaronder de premiekorting, met ingang van 1 juni 2007 te laten vervallen. Hetgeen partijen verdeeld houdt, is de vraag of de zorgverzekeraar hiertoe mocht besluiten.
- 9.2. De commissie overweegt dat aan de deelname aan een collectiviteit bepaalde voorwaarden zijn verbonden. Anders dan verzoeker lijkt te veronderstellen, is het aan de aanbieder van de collectiviteit om te beoordelen of een (aspirant) deelnemer hieraan voldoet. Dit betekent dat het in de onderhavige situatie aan de gemeente B was te bepalen of verzoeker mocht (blijven) deelnemen aan de collectiviteit. Naar de commissie begrijpt, heeft de gemeente B de zorgverzekeraar geïnformeerd dat verzoeker met ingang van 1 juni 2007 niet langer aan de voorwaarden voldeed voor deelname aan de collectiviteit en de collectieve verzekering om die reden is beëindigd. Dit laatste is overigens ook niet door verzoeker betwist. Naar het oordeel van de commissie stond het de zorgverzekeraar dan ook vrij per 1 juni 2007 de collectieve voordelen, waaronder de premiekorting, te laten vervallen.
- 9.3. Hetgeen verzoeker heeft aangevoerd, met name dat de zorgverzekeraar de verzekeringsovereenkomst niet eenzijdig mag aanpassen, treft geen doel. De overeenkomst is namelijk in stand gebleven, echter zijn bepaalde voordelen die verzoeker genoot op basis van deelname aan de collectiviteit komen te vervallen.
- De stelling dat de handelwijze van de zorgverzekeraar in strijd is met de afspraken die de gemeente en de zorgverzekeraar hebben gemaakt in het kader van het cederen van de vorderingen aan de gemeente van wanbetalende verzekerden, treft evenmin doel. Verzoeker is namelijk geen partij bij die afspraken, zodat hij hieraan ook geen rechten kan ontleen.
- 9.4. Ten aanzien van de betalingsachterstand en de hiermee samenhangende aanmelding als wanbetaler bij het toenmalige CVZ overweegt de commissie het volgende. Verzoeker betwist de aanmelding bij het CVZ op zich niet, maar beklagt zich enkel over het gegeven dat de ziektekostenverzekeraar hem niet duidelijk heeft gemaakt wat de reden van de aan- en in het bijzonder de afmelding was in 2010. De commissie volstaat hier met de vaststelling dat de zorgverzekeraar in de onderhavige procedure hierover alsnog duidelijkheid heeft gegeven.




**Conclusie**




9.5. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.




10. Het bindend advies



10.1. De commissie wijst het verzoek af.



Zeist, 12 juni 2019,



G.R.J. de Groot