



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen N.V. Univé Zorg te Arnhem
Zaak : Premie, betalingsachterstand, aanmelding wanbetaler CAK
Zaaknummer : 201701612
Zittingsdatum : 20 december 2017

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2017, paragraaf 3.3 Zvw, artt. 3:37 lid 3 en 6:43 BW)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

N.V. Univé Zorg te Arnhem, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Verzoeker is tot op heden bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Univé Zorg Vrij Polis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Genoemde zorgverzekering 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. De zorgverzekeraar heeft verzoeker op 3 maart 2017 een betalingsherinnering gezonden voor een bedrag van € 4.903,38.

3.2. De zorgverzekeraar heeft verzoeker bij e-mailbericht van 9 maart 2017 uitleg gegeven over de verwerking van zijn betalingen.

3.3. De zorgverzekeraar heeft verzoeker met ingang van 1 juni 2017 aangemeld als wanbetaler bij het CAK.

3.4. De zorgverzekeraar heeft verzoeker op 14 juli 2017 een betalingsherinnering gezonden voor een bedrag van € 5.182,86.

3.5. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormelde standpunten gevraagd. Bij e-mailbericht van 12 juni 2017 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunten te handhaven.

3.6. Bij brief van 25 augustus 2017 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker een financieel overzicht gezonden waaruit blijkt dat een bedrag van € 5.077,34 open staat.

3.7. Bij e-mailbericht van 1 september 2017 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar hem ten onrechte heeft aangemeld als wanbetaler bij het CAK (hierna: het verzoek).

3.8. 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.

3.9. Verzoeker heeft de commissie op 30 oktober 2017 per e-mail aanvullende informatie gezonden. Een afschrift hiervan is aan de zorgverzekeraar gestuurd.

3.10. De zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 24 november 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 29 november 2017 aan verzoeker gezonden.

3.11. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 4 december 2017 telefonisch medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De zorgverzekeraar heeft op 6 december 2017 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.

3.12. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 20 december 2017 telefonisch gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

4.1. De zorgverzekeraar heeft op verzoek een financieel overzicht opgesteld. Dit overzicht begint echter in 2009, hetgeen niet juist is, aangezien de commissie reeds een bindend advies heeft uitgebracht waarbij de zorgverzekeraar in het ongelijk is gesteld. Dat moment moet als 'startpunt' voor het financiële overzicht worden gehanteerd. De manier waarop de zorgverzekeraar zijn financiële administratie voert, maakt de kwestie onnodig gecompliceerd.

Verzoeker heeft vanaf het eerdere bindend advies steeds de maandelijkse premie voldaan aan de zorgverzekeraar. Ter zake van het eigen risico voor de jaren 2014 tot en met 2017 en de zorgkosten is evenwel een achterstand ontstaan, aangezien verzoeker niet over toereikende financiële middelen beschikt.

De zorgverzekeraar boekt betalingen van verzoeker niet op de posten waarvoor deze zijn bedoeld. Zo is een betaling in 2017 geboekt op een post uit 2012.

4.2. De zorgverzekeraar heeft verzoeker met ingang van 1 juni 2014 voor de vierde keer aangemeld als wanbetaler. Deze aanmelding is ten onrechte geschied, omdat de premie elke maand is voldaan na het eerdere bindend advies van de commissie. De betaalbewijzen vanaf 1 januari 2016 zijn overgelegd. Daarnaast heeft verzoeker de zogenoemde twee- en viermaandsbrief niet ontvangen. Wat hem voorts opvalt, is dat de brief als bedoeld in artikel 18c Zvw (de zesmaandsbrief) pas is verzonden nadat de aanmelding bij het CAK had plaatsgevonden.

4.3. Verzoeker heeft de gemeente meerdere malen om hulp gevraagd. Hij is toen verwezen naar een schuldhulpverlener. Dit traject is inmiddels in gang gezet en de schuldhulpverlening is geaccordeerd, maar een en ander verloopt zeer traag. De vraag is bovendien of de schuldhulpverlening effect zal hebben, aangezien het chronische tekort aan financiële middelen en de fysieke problemen van verzoeker en zijn echtgenote de kern van het probleem zijn.

4.4. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat een schuldsaneringstraject voor hem geen optie is gebleken. Voor wat betreft de ontstane betalingsachterstand geldt dat verzoeker deze wel wil inlopen maar daar op dit moment niet de financiële mogelijkheden voor heeft.

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 naar aanleiding van een eerder door de commissie uitgebracht bindend advies (201301566) een bedrag van € 3.124,39 kwijtgescholden. De bindende adviezen die daarna zijn uitgebracht hadden geen financiële gevolgen voor verzoeker. Aangezien verzoeker na het laatste bindend advies de betalingsachterstand niet voldeed, en de premieachterstand meer dan zes maanden beliep, heeft de zorgverzekeraar hem met ingang van 1 juni 2017 aangemeld als

wanbetaler bij het CAK. Voorafgaand aan deze aanmelding is aan verzoeker op 29 juni 2016 een brief als bedoeld in artikel 18a Zvw, op 30 augustus 2016 en 30 maart 2017 een brief als bedoeld in artikel 18b Zvw, en op 18 juni 2017 een brief als bedoeld in artikel 18c Zvw gezonden.

5.2. Volgens de zorgverzekeraar bedraagt de betalingsachterstand over de periode van 1 januari 2009 tot en met 31 december 2017 – naar de stand van 22 november 2017 – € 5.077,34, exclusief rente en incassokosten. Ten tijde van de aanmelding van verzoeker als wanbetaler bij het CAK (1 juni 2017) waren de premies voor de maanden juli 2012 (€ 17,92), augustus 2012 (€ 101,79), januari 2013 tot en met april 2013 (4 x € 101,52), augustus 2013 (€ 101,52), april 2014 (€ 89,05) en oktober 2015 (€ 100,80) nog niet betaald. Omdat verzoeker, als gezegd, met ingang van 1 juni 2017 al was aangemeld als wanbetaler bij het CAK, is zijn betaling van 24 juli 2017 niet conform het gebruikte betalingskenmerk geboekt op de premie voor de maand juni 2017 maar in mindering gebracht op de premie voor de maand augustus 2012.

5.3. De zorgverzekeraar heeft van verzoeker nog geen informatie ontvangen over een schuldhulpverleningstraject of toelating tot de WSNP.

5.4. Ter zitting is door de zorgverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat de brief als bedoeld in artikel 18c Zvw pas is verzonden nadat de aanmelding van verzoeker als wanbetaler had plaatsgevonden. Om die reden zal de aanmelding van verzoeker als wanbetaler met ingang van 1 juni 2017 ongedaan worden gemaakt. Daarnaast is de zorgverzekeraar bereid te onderzoeken of het mogelijk is voor verzoeker een passende betalingsregeling af te spreken.

5.5. De zorgverzekeraar 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 is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

6.2. De commissie is niet bevoegd ten aanzien van onderdelen van het geschil waarover reeds een bindend advies is uitgebracht.

7. Het geschil

7.1. In geschil is de aanmelding van verzoeker als wanbetaler bij het CAK met ingang van 1 juni 2017.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

8.1. Voor de beoordeling van het geschil tussen partijen zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.

8.2. Ingevolge artikel 3 van de zorgverzekering is de verzekeringnemer de premie bij vooruitbetaling verschuldigd. Voorts is in dit artikel bepaald dat bij niet tijdige betaling, wettelijke rente en incassokosten in rekening worden gebracht.

8.3. Artikel 16 Zvw regelt in welke gevallen voor de zorgverzekering geen premie verschuldigd is, en luidt, voor zover hier van belang:

“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:*

(...)

b. is geen premie verschuldigd over de periode, bedoeld in artikel 18d, eerste lid.”

8.4. 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 CAK. 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 CAK komt doorgaans weer een einde zodra de schuld uit de zorgverzekering is ingelost of een schuldregeling wordt getroffen.

8.5. Voor zover hier van belang, bepalen de artikelen 18a, 18b en 18c Zvw het volgende:

"Artikel 18a

1. Uiterlijk tien werkdagen nadat ten aanzien van een zorgverzekering een achterstand in de betaling van de verschuldigde premie ter hoogte van twee maandpremies is geconstateerd, doet de zorgverzekeraar de verzekeringnemer een aanbod tot het treffen van een betalingsregeling.

2. De betalingsregeling bestaat ten minste uit de volgende elementen:

a. een machtiging van de verzekeringnemer aan de zorgverzekeraar tot maandelijks automatische incasso van nieuw vervallende termijnen van de premie dan wel een opdracht aan een derde van wie de verzekeringnemer periodieke betalingen ontvangt, om namens hem en onder inhouding van de desbetreffende bedragen op deze betalingen, periodiek rechtstreeks aan de zorgverzekeraar het bedrag van nieuw vervallende termijnen van de premie te betalen,

b. afspraken inzake de afwikkeling van de uit de zorgverzekering voortvloeiende schulden van de verzekeringnemer aan de zorgverzekeraar, inclusief rente en incassokosten, en de termijnen waarbinnen betaling zal plaatsvinden, en

c. een toezegging van de zorgverzekeraar, inhoudende dat hij de zorgverzekering of de dekking daarvan gedurende de looptijd van de betalingsregeling niet om reden van het bestaan van de schulden, bedoeld in onderdeel b, zal beëindigen, schorsen of opschorten, zolang de verzekeringnemer de machtiging of de opdracht, bedoeld in onderdeel a, niet intrekt en de afspraken, bedoeld in onderdeel b, nakomt.

3. Indien de verzekeringnemer een ander heeft verzekerd en ten aan zien van diens verzekering een premieachterstand als bedoeld in het eerste lid is ontstaan, omvat het aanbod, bedoeld in het eerste lid, tevens een bereidverklaring opzegging van deze verzekering met ingang van de dag waarop de betalingsregeling van kracht wordt, te aanvaarden, mits:

a. de verzekerde zichzelf uiterlijk met ingang van dezelfde dag krachtens een andere zorgverzekering verzekerd heeft, en

b. deze, indien deze zorgverzekering bij dezelfde zorgverzekeraar is gesloten, terzake van de premie voor deze verzekering een volmacht of opdracht als bedoeld in het tweede lid, onderdeel a, heeft gegeven.

4. Tegelijk met het aanbod deelt de zorgverzekeraar de verzekeringnemer schriftelijk mee dat deze een termijn van vier weken heeft om het te aanvaarden, waarbij de verzekeraar bovendien aangeeft wat de gevolgen zullen zijn indien het aanbod niet wordt aanvaard en de premieschuld, rente en incassokosten buiten beschouwing gelaten, tot zes of meer maandpremies zal zijn opgelopen, en wijst hij de verzekeringnemer op de mogelijkheid van schuldhelpverlening, waarbij hij tevens informatie verstrekt over de vormen hiervan en wijze waarop deze kan worden verzocht.

5. Indien het derde lid van toepassing is, zendt de zorgverzekeraar de verzekerde tegelijk met de verzending van de in het eerste tot en met vierde lid bedoelde stukken aan de verzekeringnemer, afschriften van deze stukken."

"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 CAK, 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. in geval 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. in geval 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."

8.6. Uit de memorie van toelichting op het Wetsvoorstel Structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering (TK 2008-2009, 31736, nr. 3, p. 28) kan worden afgeleid dat de premieachterstand als bedoeld in de artikelen 18a, 18b en 18c Zvw, ziet op de premieachterstand per zorgverzekering en niet per polis (waarop meerdere zorgverzekeringen c.q. verzekerden vermeld kunnen staan). Verder is voor toepassing van de regeling als opgenomen in de artikelen 18a, 18b en 18c Zvw uitsluitend de premie voor de zorgverzekering van belang.

8.7. In de memorie van toelichting op het Wetsvoorstel Structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering (TK 2008-2009, 31736, nr. 3, pp. 35-36) wordt in dit verband opgemerkt:

"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.”

- 8.8. Artikel 7 van de Beleidsregels CAK inning bestuursrechtelijke premie Zorgverzekeringswet 2017 luidt, voor zover hier van belang:

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

2 Het CAK 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 CAK verschuldigde bestuursrechtelijke premie en reeds ontvangen bestuursrechtelijke premie;*
- b. een vermelding van het bedrag dat door het CAK is ontvangen van de broninhouder. Dit bedrag wordt in mindering gebracht op het saldo, bedoeld in onderdeel a;*
- c. de mededeling van het CAK dat de verzekeringnemer het saldo, bedoeld in onderdeel a, rekeninghoudend met onderdeel b, aan het CAK dient te betalen dan wel van het CAK terugontvangt.*

3 Indien uit de eindafrekening blijkt dat er te veel bestuursrechtelijke premie is ingehouden of betaald, betaalt het CAK het saldo binnen zes weken na ontvangst van het rekeningnummer aan de verzekeringnemer uit.

4 In afwijking van het tweede lid schort het CAK de toezending van een eindafrekening op als de melding, bedoeld in het eerste lid, is gedaan in verband met het sluiten van een overeenkomst tot stabilisatie of een betalingsregeling als bedoeld in artikel 18d, tweede lid, onderdeel c, van de Zorgverzekeringswet of als de melding is gedaan als gevolg van de toepassing van artikel 18d, tweede lid, onderdeel d, van de Zorgverzekeringswet.

5 Het CAK maakt de opschorting, bedoeld in het vorige lid, ongedaan zodra de overeenkomst tot stabilisatie is beëindigd, er geen sprake meer is van een betalingsregeling als bedoeld in artikel 18d, tweede lid, onderdeel c, van de Zorgverzekeringswet of als artikel 18d, tweede lid, onderdeel d, van de Zorgverzekeringswet niet langer van toepassing is."

- 8.9. Artikel 3:37, derde lid, BW luidt:

“Een tot een bepaalde persoon gerichte verklaring moet, om haar werking te hebben, die persoon hebben bereikt. Nochtans heeft ook een verklaring die hem tot wie zij was gericht, niet of niet tijdig heeft bereikt, haar werking, indien dit niet of niet tijdig bereiken het gevolg is van zijn eigen handeling, van de handeling van personen voor wie hij aansprakelijk is, of van andere omstandigheden die zijn persoon betreffen en rechtvaardigen dat hij het nadeel draagt.”

- 8.10. De toerekening van betalingen is geregeld in artikel 6:43 BW. Genoemd artikel luidt als volgt:

“Artikel 6:43

- 1. Verricht de schuldenaar een betaling die zou kunnen worden toegerekend op twee of meer verbintenissen jegens een zelfde schuldeiser, dan geschiedt de toerekening op de verbintenis welke de schuldenaar bij de betaling aanwijst.*
- 2. Bij gebreke van zodanige aanwijzing geschiedt de toerekening in de eerste plaats op de opeisbare verbintenissen. Zijn er ook dan nog meer verbintenissen waarop de toerekening zou kunnen plaatsvinden, dan geschiedt deze in de eerste plaats op de meest bezwarende en zijn de verbintenissen even bezwarend, op de oudste. Zijn de verbintenissen bovendien even oud, dangeschiedt de toerekening naar evenredigheid.”*

9. Beoordeling van het geschil

- 9.1. De commissie heeft in een eerder gerezen geschil tussen verzoeker en de zorgverzekeraar op 15 juni 2016 een bindend advies uitgebracht. In dit bindend advies is bepaald dat de zorgverzekeraar is gehouden verzoeker met terugwerkende kracht tot 29 oktober 2015 af te melden bij het Zorginstituut, en dat de betalingsachterstand met betrekking tot de periode van 1 januari 2009 tot en met 31 maart 2016 naar de stand van 8 maart 2016 wordt vastgesteld op € 4.530,82, exclusief rente en incassokosten. Genoemd bedrag was op dat moment exclusief de door de zorgverzekeraar nog bij verzoeker in rekening te brengen nominale premie in verband met de afmelding met terugwerkende kracht bij het Zorginstituut. De commissie neemt het eerdere bindend advies als uitgangspunt bij de beoordeling en zal hetgeen partijen in de onderhavige procedure ten aanzien van de door het eerdere bindend advies beslagen periode hebben gesteld voor kennisgeving aannemen.

Aanmelding CAK

- 9.2. De zorgverzekeraar heeft verzoeker met ingang van 1 juni 2017 (opnieuw) aangemeld als wanbetaler bij het CAK. Beoordeeld dient te worden of op deze datum voor de zorgverzekering van verzoeker een premieachterstand bestond van zes of meer maanden en of de bij wet aangewezen procedure is gevolgd, in welk geval de aanmelding bij het CAK terecht heeft plaatsgevonden.
- 9.3. Uit de door partijen overgelegde correspondentie blijkt dat de zorgverzekeraar verzoeker conform het bepaalde in het bindend advies met terugwerkende kracht tot 29 oktober 2015 heeft afgemeld als wanbetaler bij het toenmalige Zorginstituut. In verband met deze afmelding met terugwerkende kracht diende verzoeker over de periode dat hij de bestuursrechtelijke premie verschuldigd was aan het Zorginstituut (artt. 16 en 18d Zvw), alsnog de nominale premie aan de zorgverzekeraar te voldoen. Gelet op artikel 7 van de Beleidsregels CAK inning bestuursrechtelijke premie Zorgverzekeringswet 2017 heeft verzoeker 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 verzoeker zou worden gerestitueerd.
- 9.4. Door de zorgverzekeraar is in de procedure een financieel overzicht overgelegd waaruit blijkt dat, na correctie in verband met het eerdere bindend advies, over de periode van 1 januari 2009 tot en met 31 december 2017 - naar de stand van 22 november 2017 - een bedrag openstond van € 5.077,34, exclusief opgekomen rente en incassokosten. Genoemd bedrag is inclusief de hiervoor onder 9.3 bedoelde premie. Volgens opgaaf van de zorgverzekeraar was op 1 juni 2017 sprake van een *premie*achterstand van € 817,16 welk bedrag betrekking had op de openstaande premies voor de maanden juli 2012 (€ 17,92), augustus 2012 (€ 101,79), januari 2013 tot en met april 2013 (4 x € 101,52), augustus 2013 (€ 101,52), april 2014 (€ 89,05) en oktober 2015 (€ 100,80). Dat verzoeker deze maandpremies vóór 1 juni 2017 had voldaan of dat meer of andere betalingen zijn gedaan dan die welke uit eerdergenoemd stuk blijken, is door hem in de procedure niet aannemelijk gemaakt. Per saldo is derhalve sprake van een achterstand van ten minste zes maandpremies voor de zorgverzekering, zoals vereist in artikel 18c Zvw.
- 9.5. Door verzoeker is gesteld dat de zorgverzekeraar hem ten onrechte met ingang van 1 juni 2017 heeft aangemeld als wanbetaler bij het CAK, aangezien hij hierover nooit is geïnformeerd. Uit onder meer artikel 18b, eerste lid, Zvw volgt dat de aanmelding bij het CAK niet geschiedt indien een verzekerde één van de brieven als bedoeld in de artikelen 18a en 18b Zvw niet heeft ontvangen. Dit komt overeen met de hoofdregel van artikel 3:37, derde lid, BW, te weten dat een tot een bepaalde persoon gerichte verklaring, om haar werking te hebben, die persoon moet hebben bereikt. Dit is slechts anders indien het niet ontvangen het gevolg is van een eigen handeling, een handeling van personen voor wie hij aansprakelijk is, of van andere omstandigheden die zijn persoon betreffen en rechtvaardigen dat hij het nadeel draagt. Het antwoord op de vraag wanneer kan worden gezegd dat

een verklaring door de geadresseerde is ontvangen, wordt noch in de wettekst noch in de daarbij behorende toelichting gegeven. Indien de ontvangst van de verklaring wordt betwist, brengt een redelijke, op de behoeften van de praktijk afgestemde, uitleg mee dat de afzender in beginsel feiten of omstandigheden dient te stellen en zo nodig te bewijzen waaruit volgt dat de verklaring door hem is verzonden naar een adres waarvan hij redelijkerwijs mocht aannemen dat de geadresseerde aldaar door hem kon worden bereikt, en dat de verklaring aldaar is aangekomen. Als adres in vorenbedoelde zin kan in beginsel worden aangemerkt het adres als vermeld in de Basisregistratie Personen (BRP), dan wel, gelet op het bepaalde in artikel 7:933 BW, het laatst bekende adres van de verzekerde.

9.6. In de onderhavige kwestie heeft de commissie de zorgverzekeraar verzocht haar afschriften te sturen van de aan verzoeker gezonden brieven als bedoeld in de artikelen 18a en 18b Zvw. In reactie op dit verzoek heeft de zorgverzekeraar verklaard de commissie alleen een afschrift van de vierdemaandswaarschuwing te kunnen zenden. Met betrekking tot deze brief is het de commissie opgevallen dat de datering van de overgelegde brief niet overeenkomt met de datum waarop de zorgverzekeraar stelt dat deze is verzonden. Vanwege dit gegeven, in combinatie met het feit dat de zorgverzekeraar ook niet op een andere wijze aannemelijk heeft weten te maken dat de brieven als bedoeld in de artikelen 18a en 18b Zvw zijn verstuurd, laat staan dat deze verzoeker hebben bereikt, is de commissie van oordeel dat de zorgverzekeraar niet aannemelijk heeft gemaakt dat hij alle wettelijk voorgeschreven stappen op een juiste wijze heeft doorlopen. Het stond de zorgverzekeraar dan ook niet vrij verzoeker met ingang van 1 juni 2017 aan te melden als wanbetaler bij het CAK. Of en, zo ja, wanneer de brief als bedoeld in artikel 18c Zvw (de zesmaandsbrief) is verstuurd, kan gelet op het voorgaande onbesproken blijven.






9.7. Nu de aanmelding van verzoeker bij het CAK ten onrechte heeft plaatsgevonden, is de zorgverzekeraar gehouden hem met terugwerkende kracht af te melden en de met deze aanmelding voor verzoeker gepaard gaande financiële gevolgen ongedaan te maken. Dit betekent dat de zorgverzekeraar verzoeker dient te vergoeden al hetgeen door of namens het CAK in het kader van de bestuursrechtelijke premieheffing als bedoeld in artikel 18d Zvw is geheven en geïnd, een en ander vanaf 1 juni 2017, en uitsluitend voor zover door het CAK (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 zorgverzekeraar alsnog de nominale premie voor de zorgverzekering te voldoen over de periode dat sprake is geweest van de bestuursrechtelijke premieheffing door het Zorginstituut. Immers, ingevolge artikel 16, tweede lid, onder b, Zvw is geen premie verschuldigd gedurende de periode dat een bestuursrechtelijke premie verschuldigd is. Omdat verzoeker, gelet op het voorgaande, vanaf 1 juni 2017 niet meer is aangemeld als wanbetaler merkt de commissie ten overvloede op dat de zorgverzekeraar gehouden is de door verzoeker op 24 juli 2017 gedane betaling conform het bepaalde in artikel 6:43 BW te corrigeren en deze te boeken als premie voor de maand juni 2017. Het mag duidelijk zijn dat door deze correctie de premie voor de maand augustus 2012 weer open valt.


Huidige stand van zaken

9.8. Resteert de vraag naar de hoogte van de betalingsachterstand. Uit eerdergenoemd financieel overzicht van 22 november 2017 van de zorgverzekeraar blijkt dat door verzoeker met betrekking tot de periode van 1 januari 2009 tot en met 31 december 2017 niet alle verschuldigde bedragen zijn betaald en dat naar de stand van 22 november 2017 per saldo nog een bedrag openstaat van € 5.077,34, exclusief rente en incassokosten. Dat deze achterstand niet correct is, is door verzoeker niet aannemelijk gemaakt zodat de commissie het door de zorgverzekeraar berekende bedrag voor juist houdt. Genoemd bedrag is exclusief de onder 9.7 bedoelde nominale premie vanaf 1 juni 2017, de correctie in verband met de onjuiste toerekening buiten beschouwing latend. De commissie heeft er goede nota van genomen dat de zorgverzekeraar ter zitting heeft verklaard bereid te zijn aan verzoeker een passende betalingsregeling aan te bieden.



Conclusie

- 
- 9.9. Een en ander leidt ertoe dat het verzoek, met inachtneming van hetgeen hiervoor is overwogen, gedeeltelijk dient te worden toegewezen, aldus dat de zorgverzekeraar verzoeker met terugwerkende kracht tot 1 juni 2017 dient af te melden als wanbetaler bij het CAK, en dat hij de met de aanmelding bij het CAK voor verzoeker gepaard gaande financiële consequenties ongedaan dient te maken, zulks met inachtneming van hetgeen in 9.7 is uiteengezet. Daarnaast dient de zorgverzekeraar de door verzoeker op 24 juli 2017 gedane betaling te corrigeren. Het meer of anders gevorderde dient te worden afgewezen.
- 
- 9.10. Aangezien het verzoek deels wordt toegewezen, dient de zorgverzekeraar het entreegeld van € 37,-- aan verzoeker te vergoeden.
- 
10. Het bindend advies
- 
- 10.1. De commissie wijst het verzoek toe op de wijze als hierboven in 9.9 is vermeld.
- 
- 10.2. De commissie bepaalt dat de zorgverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden het entreegeld van € 37,--.



Zeist, 10 januari 2018,



A.I.M. van Mierlo

