



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen Zilveren Kruis Zorgverzekeringen
N.V. te Utrecht, Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist en Zilveren Kruis
Ziektekostenverzekeringen N.V. te Amersfoort

Zaak : Premie, premieachterstand: aanmelding Zorginstituut, betalingsregeling

Zaaknummer : 201601341

Zittingsdatum : 14 december 2016

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. P.J.J. Vonk)

(Voorwaarden zorgverzekering 2007-2016, paragraaf 3.3 Zvw, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2007)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door C te B,
tegen

- 1) Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht,
 - 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist, en
 - 3) Zilveren Kruis Ziektekostenverzekeringen N.V. te Amersfoort,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Verzoeker was van 1 januari 2007 tot en met 31 december 2014 bij de (rechtsvoorganger van de) ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Beter Af Polis, en vanaf 1 januari 2015 tot heden op grond van de verzekering Basis Zeker (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1 onderdeel d Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren tot en met 31 december 2007 ten behoeve van verzoeker bij de rechtsvoorganger van de ziektekostenverzekeraar één of meer aanvullende ziektekostenverzekeringen 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. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker met ingang van 1 juni 2016 aangemeld als wanbetaler bij het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) vanwege een premieachterstand voor de zorgverzekering van zes of meer maanden.
- 3.2. Bij klachtenformulier van 7 juni 2016 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar (i) hem ten onrechte met ingang van 1 juni 2016 heeft aangemeld als wanbetaler bij het Zorginstituut, en (ii) dient in te stemmen met een betalingsregeling van € 25,-- per maand (hierna: het verzoek).
- 3.3. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van het onder 3.1 bedoelde standpunt gevraagd. Bij brief van 13 juni 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. 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 verzoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 5 augustus 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 22 augustus 2016 aan verzoeker gezonden.

-  3.6. Verzoeker heeft op 23 augustus 2016 gereageerd op het onder 3.5 bedoelde standpunt van de ziektekostenverzekeraar. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de wederpartij gezonden.
-  3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben op respectievelijk 16 september en 10 oktober 2016 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
-  3.8. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10 lid 9 van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat de onderhavige zaak enkelvoudig wordt afgedaan.
-  3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 14 december 2016 telefonisch gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

-  4.1. Verzoeker stelt dat hij vanaf 1 januari 2014 met behulp van een bewindvoerder de schuld bij de ziektekostenverzekeraar aflost met betalingen van € 25,- per maand. Halverwege 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar echter het standpunt ingenomen dat de gehele schuld binnen drie jaar moet zijn afgelost. Aangezien verzoeker hieraan niet kon voldoen, heeft de ziektekostenverzekeraar hem met ingang van 1 juni 2016 (opnieuw) aangemeld als wanbetaler bij het Zorginstituut. Verzoeker meent dat deze aanmelding ten onrechte heeft plaatsgevonden. Hiertoe voert verzoeker aan dat hij al enige jaren onder het bestaansminimum leeft. Geld om de betalingsachterstand snel in te lopen heeft verzoeker niet en het (opnieuw) aanmelden als wanbetaler bij het Zorginstituut zal dit probleem niet oplossen.
-  4.2. Tijdens de onderhavige procedure heeft de ziektekostenverzekeraar weliswaar de aanmelding van verzoeker als wanbetaler bij het Zorginstituut ongedaan gemaakt, maar hij weigert vooralsnog akkoord te gaan met een betalingsregeling van € 25,- per maand. De ziektekostenverzekeraar neemt het standpunt in dat de volledige schuld binnen 44 maanden dient te worden afgelost. Dit is voor verzoeker, gelet op zijn financiële situatie, niet haalbaar. Verzoeker kan maximaal € 35,- per maand aflossen.
-  4.3. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

-  5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt dat vanaf augustus 2007 een betalingsachterstand is ontstaan. Aangezien op 8 februari 2011 de premieachterstand meer dan zes maanden bedroeg, heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker op die datum aangemeld als wanbetaler bij het toenmalige College voor Zorgverzekeringen (hierna: het CVZ).
-  5.2. Op 4 augustus 2011 is de ziektekostenverzekeraar telefonisch geïnformeerd over de detentieperiode van verzoeker. Om die reden heeft de ziektekostenverzekeraar de zorgverzekering vanaf 5 juli 2011 opgeschort. Ook de aanmelding bij het CVZ is hierdoor onderbroken. Op 23 mei 2012 ontving de ziektekostenverzekeraar een schriftelijk bericht dat verzoeker per 17 maart 2012 niet meer in detentie verbleef. Direct na dit bericht heeft de ziektekostenverzekeraar de zorgverzekering hersteld en de aanmelding als wanbetaler bij het CVZ hervat.
-  5.3. Op 5 december 2013 heeft de bewindvoerder van verzoeker de ziektekostenverzekeraar bericht dat verzoeker onder bewind is gesteld. Kort daarna heeft de ziektekostenverzekeraar de bewindvoerder geïnformeerd dat de betalingsachterstand over de periode van 1 augustus 2007 tot en met augustus 2013 € 4.947,38, exclusief incassokosten en rente, bedroeg. Tevens heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker uit coulance afgemeld als wanbetaler bij het CVZ.

- 5.4. Verzoeker is tot 1 januari 2011 verzekerd geweest bij de rechtsvoorganger van de ziektekostenverzekeraar en vanaf 1 januari 2011 bij de ziektekostenverzekeraar. In maart 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar de openstaande bedragen op de polis van de rechtsvoorganger overgezet naar de polis van de ziektekostenverzekeraar. Hierdoor was het voor de ziektekostenverzekeraar én voor verzoeker duidelijk welke bedragen nog moesten worden betaald. Wél was door deze handeling direct sprake van een premieachterstand van meer dan zes maanden waardoor verzoeker met ingang van 1 juni 2016 (opnieuw) is aangemeld als wanbetaler bij het Zorginstituut. Aangezien deze aanmelding heeft plaatsgevonden door een (administratieve) handeling van de ziektekostenverzekeraar, heeft laatstgenoemde in de onderhavige procedure besloten verzoeker met terugwerkende kracht tot 1 juni 2016 af te melden.
- 5.5. Door de ziektekostenverzekeraar is een financieel overzicht naar de stand van 5 augustus 2016 overgelegd waaruit blijkt dat de betalingsachterstand over de periode van 1 januari 2007 tot en met 31 augustus 2016 € 3.562,42, exclusief incassokosten en rente bedraagt. Genoemd bedrag is voorts exclusief de premie die bij verzoeker in rekening is gebracht over de periode dat hij ten onrechte aangemeld is geweest bij het Zorginstituut. Naar de ziektekostenverzekeraar de stellingen van verzoeker begrijpt, is niet in geschil dat verzoeker dit openstaande bedrag dient te voldoen. Verzoeker vordert thans enkel nog dat de ziektekostenverzekeraar akkoord gaat met een betalingsregeling met een termijnbedrag van € 25,- per maand. De ziektekostenverzekeraar kan hiermee niet instemmen, aangezien dit betekent dat de vordering in 142 termijnen wordt afgelost. Dit duurt naar de mening van de ziektekostenverzekeraar te lang en daarom heeft hij een betalingsregeling van 44 termijnen voorgesteld. Met dit voorstel is verzoeker niet akkoord gegaan.
- 5.6. 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 18 van de zorgverzekering en aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.
- 6.2. De commissie is daarentegen niet bevoegd ten aanzien van de aanvullende verzekeringen van vóór 1 januari 2008.
7. Het geschil
- 7.1. De commissie stelt vast dat partijen niet met elkaar van mening verschillen over het bestaan tussen hen van de onder 2.1 omschreven verzekeringsrelatie, het verschuldigd zijn van de premie voor de afgesloten verzekeringen, de hoogte van de periodiek verschuldigde premie voor deze verzekeringen, en de aan- en afmelding(en) van verzoeker als wanbetaler bij het CVZ. In geschil zijn de aanmelding van verzoeker als wanbetaler bij het Zorginstituut met ingang van 1 juni 2016 en de door verzoeker voorgestelde betalingsregeling.
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 9 van de zorgverzekering is de verzekeringnemer de premie bij vooruitbetaling verschuldigd.
- 8.3. 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."*

- 8.4. 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 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 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 Zorginstituut Nederland 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, 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 Zorginstituut, 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."*

- 8.6. 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 (...)

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;*

c. de mededeling van het college dat de verzekeringnemer het saldo, bedoeld in onderdeel a, rekeninghoudend met onderdeel b, aan het college dient te betalen dan wel van het college terugontvangt. (...)"

9. Beoordeling van het geschil

Aanmelding Zorginstituut (met ingang van 1 juni 2016)

- 9.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker op 30 mei 2016 aangemeld als wanbetaler bij het Zorginstituut. Uit de brief van de ziektekostenverzekeraar van 5 augustus 2016 blijkt dat deze - naar aanleiding van de constatering dat verzoeker door het samenvoegen van twee systemen mogelijk niet op de hoogte was van de exacte hoogte van de betalingsachterstand - heeft besloten verzoeker met terugwerkende kracht af te melden bij het Zorginstituut. Waar het gaat om de financiële consequenties van een en ander is het volgende van belang.
- 9.2. In verband met het feit dat verzoeker met terugwerkende kracht is afgemeld, dient 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 ziektekostenverzekeraar te voldoen. Gelet op artikel 7 van de Beleidsregels inning bestuursrechtelijke premie Zorgverzekeringswet 2012 zal 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 wordt gerestitueerd.

Hoogte betalingsachterstand en betalingsregeling

- 9.3. Waar het de hoogte van de betalingsachterstand betreft, is door de ziektekostenverzekeraar een financieel overzicht naar de stand van 5 augustus 2016 in het geding gebracht. Uit dit overzicht blijkt dat door verzoeker met betrekking tot de periode van 1 januari 2007 tot en met 31 augustus 2016 niet alle verschuldigde bedragen zijn betaald en dat per saldo nog een bedrag openstaat van € 3.562,42, exclusief rente en incassokosten. Genoemd bedrag is voorts exclusief de hiervoor onder 9.2 bedoelde premie over de periode van aanmelding bij het Zorginstituut.
- 9.4. De commissie stelt vast dat tussen partijen in geschil is of de ziektekostenverzekeraar akkoord dient te gaan met het door verzoeker voorgestelde termijnbedrag van € 25,- per maand ter aflossing van de onder 9.3 bedoelde vordering. Met betrekking hiertoe geldt dat het treffen van een betalingsregeling is voorbehouden aan partijen. Enkel op basis van wilsovereenstemming kan tot een dergelijke afspraak worden gekomen; de commissie kan hierin niet treden. Van wilsovereenstemming is geen sprake, aangezien de ziektekostenverzekeraar op het voorstel van verzoeker afwijzend heeft gereageerd. Het tegenvoorstel van de ziektekostenverzekeraar, inhoudende betaling in 44 termijnen, is door verzoeker verworpen. Dit betekent dat het gevorderde bedrag thans direct en volledig opeisbaar is.

Conclusie

- 9.5. Het voorgaande leidt ertoe dat het geschil, voor zover het de aanmelding van verzoeker als wanbetaler bij het Zorginstituut met ingang van 1 juni 2016 betreft, is opgelost, en dat het verzoek overigens dient te worden afgewezen.
- 9.6. Aangezien de vraag of de aanmelding van verzoeker als wanbetaler bij het Zorginstituut op 1 juni 2016 had mogen plaatsvinden lopende de procedure door de ziektekostenverzekeraar ontkennend is beantwoord, acht de commissie termen aanwezig te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,- aan verzoeker dient te vergoeden.
10. Het bindend advies



10.1. De commissie wijst het verzoek af.



10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden het entreegeld van € 37,--.

Zeist, 21 december 2016,



P.J.J. Vonk

