



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem
Zaak : Premie, betalingsachterstand, aanmelding Zorginstituut Nederland, schuldregeling, finale
kwijting
Zaaknummer : 201501516
Zittingsdatum : 18 november 2015



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



(Voorwaarden zorgverzekering 2014-2015, paragraaf 3.3 Zvw, artt. 3:37 en 3:307 BW)

1. Partijen



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



VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 
- 2.1. Verzoeker was tot en met 31 december 2013 bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de VGZ Zorgverzekering, en vanaf 1 januari 2014 tot heden op basis van de verzekering VGZ Ruime Keuze (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Tevens heeft verzoeker bij de zorgverzekeraar ten behoeve van twee andere personen een zorgverzekering afgesloten. Genoemde zorgverzekering is een schadeverzekeringsovereenkomst 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. Bij e-mailbericht van 18 juni 2014 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de schuldregeling niet is beëindigd en dat zodoende geen vorderingen zijn kwijtgescholden.
- 
- 3.2. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormeld standpunt gevraagd. Bij brief van 7 november 2014 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 
- 3.3. De zorgverzekeraar heeft verzoeker op 5 december 2014 per e-mail een financieel overzicht gezonden waaruit blijkt dat sprake is van een betalingsachterstand van € 6.254,80.
- 
- 3.4. De zorgverzekeraar heeft verzoeker met ingang van 1 april 2015 aangemeld als wanbetaler bij het Zorginstituut Nederland (hierna: Zorginstituut).
- 
- 3.5. Bij klachtenformulier van 27 mei 2015 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar hem ten onrechte heeft aangemeld bij het Zorginstituut, en dat de door de zorgverzekeraar gestelde betalingsachterstand onjuist is (hierna: het verzoek).
- 
- 3.6. 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.

- 
- 3.7. De zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 9 september 2015 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 5 oktober 2015 aan verzoeker gezonden.
- 
- 3.8. Verzoeker heeft op 15 oktober 2015 gereageerd op het onder 3.7 bedoelde standpunt van de zorgverzekeraar. Een afschrift van deze reactie is aan de wederpartij gezonden.
- 
- 3.9. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 16 oktober 2015 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord. De zorgverzekeraar heeft op 30 oktober 2015 schriftelijk medegedeeld eveneens niet te willen worden gehoord.
- 
- 3.10. De zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 6 november 2015 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is aan verzoeker gestuurd.
- 3.11. De zorgverzekeraar heeft de commissie desgevraagd bij brief van 2 december 2015 aanvullende informatie gezonden. Een afschrift hiervan is aan de wederpartij gestuurd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 
- 4.1. Verzoeker heeft bij de zorgverzekeraar een achterstand laten ontstaan. In 2010 is in het kader van het Besluit bijstandverlening zelfstandigen (hierna: Bbz) aan (de onderneming van) verzoeker een krediet verleend. Door tussenkomst van een schuldhulpverlener is een schuldregeling tot stand gekomen en de zorgverzekeraar heeft zich hiermee akkoord verklaard. De in dit kader gemaakte afspraak voor de achterstand betrof betaling van een bedrag van € 156,54 tegen finale kwijting. De betreffende betaling van € 156,54 aan de zorgverzekeraar is op 14 februari 2012 door de schuldhulpverlener van verzoeker uitgevoerd.
- 
- 4.2. De door de zorgverzekeraar gestelde betalingsachterstand is niet juist. De achterstand vanaf 2006 dient te worden afgeboekt. Ten eerste omdat deze niet meer geïnd kan worden omdat hiervoor een finale kwijtingsafpraak is gemaakt (periode tot en met 2010/2011), en ten tweede omdat de vorderingen ouder dan vijf jaar zijn verjaard. Verzoeker stelt dat de 'knip' in het saldo niet lijkt te zijn gemaakt, en dat onduidelijk is hoe de toerekening van betalingen is geschied. Bovendien worden ten onrechte bijkomende kosten in rekening gebracht.
- 
- Verzoeker heeft bij herhaling aan de zorgverzekeraar medegedeeld dat de gestelde betalingsachterstand niet correct is. De zorgverzekeraar verklaarde op 18 juni 2014 per e-mail dat de betaling tegen finale kwijting niet was ontvangen. Verzoeker heeft hierop toen direct gereageerd, maar van de zorgverzekeraar werd niets meer vernomen, behoudens dat diens incassogemachtigde werd ingeschakeld. Verzoeker heeft ook de incassogemachtigde gevraagd om een reactie, maar die bleef eveneens uit. Op 22 augustus 2014 heeft de advocaat van verzoeker telefonisch contact met de zorgverzekeraar opgenomen waarbij is gevraagd waarom een reactie uitbleef. De betreffende medewerker zegde toe de kwestie intern op te pakken. Omdat hierna geen reactie van de zorgverzekeraar werd ontvangen, is op 13 oktober 2014 een klacht ingediend. Verzoeker ontving op 7 november 2014 een inhoudelijke reactie van de zorgverzekeraar. Hierbij werden excuses aangeboden voor het niet reageren, en werd gesteld dat geen betaling in het kader van een finale kwijtingsafpraak was ontvangen, maar dat als een betalingsbewijs zou worden overgelegd alsnog finale kwijting zou worden verleend. Het betreffende betalingsbewijs is op 13 november 2014 per e-mail aan de zorgverzekeraar gezonden. De zorgverzekeraar reageerde bij e-mailbericht van 5 december 2014, en daarna heeft verzoeker niets meer vernomen.
- 
- Tot zijn grote verbazing werd verzoeker door de zorgverzekeraar aangemeld bij het Zorginstituut. Hij ontving hierover uitsluitend een mededeling van het Zorginstituut; een aankondiging van de zorgverzekeraar is door hem niet ontvangen. Verzoeker heeft op 27 mei 2015 een brief aan de zorgverzekeraar gestuurd over de aanmelding.
- 
- Er is een klacht bij de Kamer voor Gerechtsdeurwaarders voor nodig geweest om de incassogemachtigde te bewegen een reactie te geven. Deze is uiteindelijk op 2 juli 2015 door verzoeker ontvangen.
- 
-
- 
-
- 
-
- 
-

- 4.3. Verzoeker stelt dat de zorgverzekeraar hem ten onrechte heeft aangemeld bij het Zorginstituut. Er is geen aankondiging van deze aanmelding verstuurd, en bovendien vloeit de aanmelding voort uit een aanhoudend niet reageren door de zorgverzekeraar en diens incassogemachtigde. Door toedoen van de zorgverzekeraar heeft verzoeker kosten moeten maken en staat hij als wanbetaler te boek, hetgeen ook extra kosten met zich brengt.
- Bij de zorgverzekeraar is sprake van een administratieve wanorde. De betaling in het kader van de finale kwijtingsafpraak kon tot twee keer toe niet worden gevonden, er is nimmer duidelijkheid verschaft over de toerekening van betalingen, en er is niet gemotiveerd waarom de inmiddels verjaarde vorderingen - voor zover niet reeds gekweten op grond van de met de zorgverzekeraar gemaakte afspraak over afkoop ineens - nog zouden moeten worden voldaan.
- 4.4. In reactie op de brief van de zorgverzekeraar van 9 september 2015 stelt verzoeker het volgende. Op 1 april 2015 bestond geen achterstand die aanmelding bij het Zorginstituut rechtvaardigde. Bovendien zijn de brieven als bedoeld in de artikelen 18a, 18b en 18c Zvw niet door verzoeker ontvangen. Ingevolge artikel 3:37 BW moet een verklaring de andere partij hebben bereikt om haar werking te hebben. Aangezien de betreffende brieven verzoeker niet hebben bereikt, hebben deze ook geen werking. Indien de zorgverzekeraar er zeker van had willen zijn dat de brieven verzoeker bereikten, hadden deze aangetekend moeten worden verstuurd. En zelfs dan rust de bewijslast van de ontvangst op de zorgverzekeraar (zie NJ 2004/411 en Gerechtshof Arnhem, 8 mei 2012, LJN: BW5311). Ook bij een verzendadministratie kan er niet automatisch van worden uitgegaan dat de betreffende brieven werden verzonden en ontvangen. Uit niets blijkt van een deugdelijke verzendadministratie van de zorgverzekeraar, noch van verzending naar het woonadres van verzoeker. Uit de uitspraak van ABRS, 9 mei 2012, nummer 201106649/1/A3 blijkt dat dit de minimale vereisten zijn om te kunnen aannemen dat de brieven zijn verzonden. Aan deze vereisten werd niet voldaan, en aangezien de brieven niet door de zorgverzekeraar in de procedure zijn gebracht, is niet vast te stellen of deze naar het juiste adres zijn gestuurd. Verzoeker acht deze handelwijze van de zorgverzekeraar uiterst onzorgvuldig. Voorts wijst verzoeker op de uitspraak van ABRS, 19 december 2012, nummer 201203917/1/A3 waarin werd geoordeeld dat zelfs een verzendstempel niet afdoende is om tot het oordeel te komen dat de brief daadwerkelijk werd verzonden. De blote stelling van de zorgverzekeraar dat iets zou zijn verstuurd is niet voldoende om aan te nemen dat dit daadwerkelijk het geval is geweest.
- De in het kader van de schuldregeling gemaakte afspraak, inhoudende betaling tegen finale kwijting, is door de zorgverzekeraar erkend. Volgens de zorgverzekeraar is echter geen betaling ontvangen op 14 februari 2012. Dat is niet juist en in strijd met de door verzoeker overgelegde bewijsstukken. De zorgverzekeraar stelt dat de betaling eerst op 12 november 2014 werd ontvangen en dat op dat moment de minnelijke regeling werd beëindigd. Dit standpunt leidt tot de conclusie dat op 12 november 2014 finale kwijting is verleend, oftewel dat per 12 november 2014 de volledige schuld werd afgeboekt - en niet € 837,25 -, waarmee het saldo ten gevolge van de minnelijke regeling € 0,-- bedroeg. Dit betekent dat alle voordien in rekening gebrachte posten daarmee waren afgewikkeld en dat alle gedane betalingen in de tussenliggende periode dienden te worden toegerekend aan de periode vanaf 12 november 2014. Mocht het standpunt van de zorgverzekeraar toch zijn dat de betaling op 14 februari 2012 werd ontvangen, dan is vanaf dat moment het saldo € 0,--, en waren alle voor die datum openstaande posten in de schuldregeling betrokken en afgewikkeld. In beide gevallen zijn echter diverse betalingen verkeerd toegerekend.
- In de periode na 14 februari 2012 zijn door de zorgverzekeraar diverse betalingen geadministreerd met een totaalbedrag van € 2.895,93. Hierbij komen de no claim-teruggave van 2006 van € 255,-- en van 2007 van € 197,01, alsmede de gedane afboekingen zoals vermeld in het overzicht, zijnde totaal € 1.112,76. De totale betalingen en afboekingen bedragen derhalve € 4.008,69. Uitgaande van de stelling van de zorgverzekeraar dat per 12 november 2014 finale kwijting is verleend, was in de periode vanaf 12 november 2014 tot en met maart 2015 een bedrag van € 888,75 verschuldigd. Op 1 april 2015 bestond derhalve aantoonbaar geen achterstand van meer dan zes maanden, zodat de aanmelding bij het Zorginstituut onterecht is geschied.
- Ervan uitgaande dat per 14 februari 2012 finale kwijting is verleend, is verzoeker over de periode van februari 2012 tot en met maart 2015 (aanmelding Zorginstituut per 1 april 2015), een bedrag verschuldigd van totaal € 7.472,34. Hierop dient in mindering te worden gebracht het door de zorgverzekeraar geadministreerde betaalde bedrag van € 4.008,69. Dit leidt tot een te betalen

bedrag van € 3.463,65. Echter, de zorgverzekeraar heeft niet alle door verzoeker uitgevoerde betalingen vermeld in zijn financiële overzicht. Een drietal betalingen van totaal € 556,54 is niet verwerkt. Dit bedrag dient in mindering te worden gebracht. Voorts zijn betalingen toegerekend aan oude, onder de kwijting vallende, posten. De door de zorgverzekeraar toegepaste verrekeningen ten aanzien van declaraties worden betwist; deze zijn niet gespecificeerd en herleidbaar. Overigens is het opmerkelijk dat het financiële overzicht dat in de procedure bij de commissie door de zorgverzekeraar is overgelegd, geheel anders is dan het financiële overzicht van 23 april 2014. Dit is uiterst onzorgvuldig.

Verzoeker merkt op dat de zorgverzekeraar voor totaal € 190,-- aan niet gespecificeerde en niet overeengekomen administratiekosten in rekening heeft gebracht. Voorts zijn acceptgirokosten berekend, terwijl verzoeker via telebankieren betaalt en nimmer heeft gevraagd om de betaalwijze acceptgiro met de daaraan verbonden kosten.

Uit de brief van de zorgverzekeraar van 14 mei 2014 blijkt dat in 2014 voor het eerst is gerappelleerd op openstaande posten uit 2006 en volgende jaren. Ten tijde van deze brief waren alle openstaande posten tot en met 13 mei 2009 reeds verjaard ingevolge de wet. Op grond van artikel 3:308 BW verjaren rechtsvorderingen tot betaling van onder meer geldsommen door verloop van vijf jaar na aanvang van de dag waarop de vordering opeisbaar is geworden. De datum van opeisbaarheid staat niet per vordering vermeld, maar uitgaande van het financiële overzicht kan worden gesteld dat de premievorderingen tot en met 31 december 2008 zijn verjaard. Van de over 2009 gevorderde bedragen zijn de maanden januari tot en met april en de helft van mei verjaard. Hoe de zorgverzekeraar er thans toe komt dat geen verjaring zou spelen is onbegrijpelijk, en de stelling dat verzoeker tijdig op de hoogte is gesteld van de achterstanden is niet juist. De eerste melding is van 14 mei 2014; een eerdere melding is verzoeker niet bekend en wordt door de zorgverzekeraar ook niet aangevoerd.

Dat de zorgverzekeraar stelt dat contact met de incassogemachtigde moet worden opgenomen voor informatie over de openstaande posten is ridicuul, aangezien de incassogemachtigde juist stelt te moeten overleggen met de zorgverzekeraar alvorens te kunnen reageren.

Verzoeker benadrukt dat de kwestie onzorgvuldig is behandeld door de zorgverzekeraar. Hij voelt zich niet serieus genomen.

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. Uit de administratie blijkt dat de zorgverzekeraar akkoord is gegaan met een minnelijk schuldsaneringstraject (MSNP) voor verzoeker. Verzoeker is op 12 augustus 2011 de MSNP ingegaan. Op 12 november 2014 is de MSNP beëindigd. Conform afspraak is naar aanleiding van de beëindiging van de MSNP op 13 november 2014 een bedrag van € 837,25 afgeboekt. De zorgverzekeraar is dan ook van mening dat de financiële verwerking van het MSNP-traject van verzoeker juist is geschied. Echter, tijdens dit minnelijk traject is een nieuwe betalingsachterstand ontstaan.

Verzoeker heeft naar de stand van 9 september 2015 een betalingsachterstand van € 7.569,54. Deze achterstand is ontstaan na 12 augustus 2011. Een bedrag van € 7.272,20 is overgedragen aan de incassogemachtigde van de zorgverzekeraar, en het restant van € 297,34 staat bij de zorgverzekeraar open. Een financieel overzicht is overgelegd, en voor het incassodossier wordt verwezen naar de incassogemachtigde.

5.2. Verzoeker is per 1 april 2015 als wanbetaler aangemeld bij het Zorginstituut, omdat hij op dat moment een premieachterstand had van minimaal zes maanden. Deze aanmelding is terecht geschied. Verzoeker is tijdig en juist geïnformeerd over de dreigende aanmelding bij het Zorginstituut. De brieven als bedoeld in de artikelen 18a, 18b en 18c Zvw zijn automatisch verstuurd. Dit is gebeurd op 27 november 2014 respectievelijk 29 januari 2015 en 9 april 2015. Voornoemde brieven zijn gestuurd naar het op dat moment bij de zorgverzekeraar bekende adres van verzoeker.

Verzoeker wordt afgemeld bij het Zorginstituut als de volledige achterstand is voldaan.

- 5.3. De zorgverzekeraar stelt verder dat de vordering niet is verjaard. Verzoeker is namelijk tijdig geïnformeerd over de achterstand en er is eerder een specificatie aan hem gezonden ter onderbouwing van de vordering. De stelling van verzoeker dat op basis van deze specificatie niet zichtbaar is waarmee zijn betalingen zijn verrekend is correct, echter uit de specificatie blijkt wel dat verzoeker per saldo een achterstand heeft. De zorgverzekeraar is dan ook van mening dat verzoeker al eerder juist is ingelicht over deze achterstand. De vordering wordt niet aangepast. Verder zijn, als gezegd, de brieven als bedoeld in de artikelen 18a, 18b en 18c Zvw aan verzoeker gestuurd, zodat hij niet alleen juist is geïnformeerd over de premieachterstand, maar hij ook terecht is aangemeld als wanbetaler bij het Zorginstituut.
- 5.4. Aan verzoeker zijn excuses aangeboden voor het feit dat niet is gereageerd op zijn e-mailberichten, en voor het gegeven dat de incassogemachtigde niet heeft gereageerd op zijn faxberichten. Dit is niet de dienstverlening die verzoeker van de zorgverzekeraar en zijn deurwaarder mag verwachten.
- 5.5. In reactie op het e-mailbericht van verzoeker van 15 oktober 2015 stelt de zorgverzekeraar het volgende.
Het financiële overzicht van 9 september 2015 maakt voldoende duidelijk dat verzoeker op 1 april 2015 een premieachterstand van ten minste zes maanden had. De aanmelding bij het Zorginstituut is dan ook terecht geschied. Voor de ontvangen betalingen wordt verwezen naar het financiële overzicht; hierin zijn deze terug te vinden. Verzoeker stelt dat na 14 februari 2012 een bedrag van € 4.008,68 als 'ontvangen' moet worden aangemerkt. Dit is onjuist. Uit het financiële overzicht blijkt dat na 14 februari 2012 een bedrag van € 2.895,93 is ontvangen. De afboekingen die verzoeker bij dit ontvangen bedrag optelt hebben geen betrekking op de periode na 14 februari 2012 tot heden. De betalingen van € 200,-- die op 17 februari 2014 en 17 maart 2014 zijn gedaan door verzoeker, zijn ontvangen en verwerkt. Deze betalingen zijn ook terug te zien in het financiële overzicht. Omdat zowel op 17 februari 2014 als op 17 maart 2014 meer dan € 200,-- is ontvangen (€ 449,04 respectievelijk € 383,80), is het begrijpelijk dat verzoeker het bedrag niet direct terugziet. De zorgverzekeraar handhaaft zijn vordering.
- 5.6. Voorts heeft de zorgverzekeraar verklaard dat eind maart 2011 een stabilisatieovereenkomst voor verzoeker werd ontvangen. Doordat de MSNP aansluit op de stabilisatieovereenkomst, is verzoeker verplicht om vanaf 1 mei 2011 alle in rekening gebrachte kosten (premie en zorgkosten) te voldoen. De zorgverzekeraar houdt derhalve 1 mei 2011 aan als 'nulpunt'. Naar de stand van 27 november 2015 is sprake van een betalingsachterstand van € 7.633,16.
- 5.7. 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 (2014-2015) is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.
7. Het geschil
- 7.1. In geschil zijn de aanmelding van verzoeker als wanbetaler bij het Zorginstituut met ingang van 1 april 2015, en de hoogte van de betalingsachterstand.
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 3.4 van de zorgverzekering (2014-2015) 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, 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 schuldhulpverlening, 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 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 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. Uit de memorie van toelichting op het Wetsvoorstel Structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering (TK 2008-2009, 31736, nr. 3, pag. 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. Artikel 3:37 lid 3 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."

8.8. Artikel 3:307 lid 1 BW luidt:

"Een rechtsvordering tot nakoming van een verbintenis uit overeenkomst tot een geven of een doen verjaart door verloop van vijf jaren na de aanvang van de dag, volgende op die waarop de vordering opeisbaar is geworden."

9. Beoordeling van het geschil

Hoogte betalingsachterstand

9.1. De commissie stelt allereerst vast dat kennelijk ten behoeve van verzoeker een schuldregeling tot stand is gekomen waaraan in ieder geval de zorgverzekeraar deelnam. Wat de inhoud van die schuldregeling was is onduidelijk.

De zorgverzekeraar heeft verklaard dat verzoeker op 12 augustus 2011 een minnelijk schuldhelpverleningstraject is ingegaan, en dat naar aanleiding van de beëindiging van dit traject een bedrag van € 837,25 is afgeboekt. Verzoeker heeft gesteld dat door zijn schuldhelpverlener een bedrag van € 156,54 ter finale kwijting aan de zorgverzekeraar is betaald en dat - uitgaande van de door de zorgverzekeraar genoemde datum van ontvangst van dit bedrag - hiermee de op 12 november 2014 bestaande schuld volledig is vervallen. Mocht de zorgverzekeraar evenwel alsnog erkennen dat de betaling reeds op 14 februari 2012 werd ontvangen, dan moet worden aangenomen dat althans de volledige schuld van vóór die datum in de regeling was betrokken. De ontvangst van genoemd bedrag is door de zorgverzekeraar niet bestreden, terwijl door hem niet is gemotiveerd waarop de betaling anders kan zien dan de door verzoeker aangehaalde regeling.

Op basis van de datum waarop de afspraak werd gemaakt - en dat is derhalve niet de datum van ontvangst van de betaling zoals verzoeker suggereert, maar 12 augustus 2011 - mag worden aangenomen dat het bedrag van € 837,25 de volledige achterstand over de periode van 1 januari 2006 - de ingangsdatum van de zorgverzekering - tot 12 augustus 2011 betreft, en dat voor deze achterstand een afspraak tot betaling tegen finale kwijting is gemaakt. Zodoende stelt de commissie vast dat met de betaling van € 156,54 de volledige betalingsachterstand per 12 augustus 2011 is voldaan.

Uit het voorgaande volgt dat eventuele actuele vorderingen per definitie dateren van na 12 augustus 2011, en dat deze, gelet op het bepaalde in artikel 3:307 lid 1 BW, nog niet zijn verjaard.

9.2. De zorgverzekeraar heeft een financieel overzicht van 27 november 2015 overgelegd. Aangezien onder 9.1 is vastgesteld dat 12 augustus 2011 als een 'nulpunt' dient te worden beschouwd, zal de commissie voor de berekening van de betalingsachterstand uitgaan van bedoeld financieel overzicht, waarbij alles van vóór 12 augustus 2011 buiten beschouwing wordt gelaten. Verzoeker is over de periode van 12 augustus 2011 tot en met 31 december 2015 een bedrag van € 11.262,60 verschuldigd ter zake van premie, zorgkosten en acceptgirokosten. In voornoemde periode heeft verzoeker totaal € 3.710,09 betaald. Dat meer of andere betalingen zijn gedaan is door verzoeker niet aannemelijk gemaakt. Derhalve is naar de stand van 27 november 2015 sprake van een betalingsachterstand van € 7.552,51 (€ 11.262,60 - € 3.710,09), exclusief rente en incassokosten.

Aanmelding Zorginstituut

- 9.3. De zorgverzekeraar heeft verzoeker met ingang van 1 april 2015 aangemeld als wanbetaler bij het Zorginstituut. Beoordeeld dient te worden of naar de stand van die datum sprake was van een premieachterstand van ten minste zes maanden en of de procedure zoals omschreven in de artikelen 18a tot en met 18c Zvw correct is gevolgd.
- 9.4. Verzoeker heeft gesteld dat de brieven als bedoeld in de artikelen 18a, 18b en 18c Zvw niet door hem zijn ontvangen. Uit artikel 3:37 BW volgt dat een tot een bepaalde persoon gerichte verklaring, om haar werking te hebben, die persoon moet hebben bereikt. De zorgverzekeraar heeft gesteld dat voornoemde brieven aan verzoeker zijn gestuurd, doch heeft dit onvoldoende aannemelijk gemaakt, laat staan dat hij bewijs heeft geleverd van de ontvangst. De commissie is dan ook van oordeel dat, aangezien de zorgverzekeraar niet aannemelijk heeft weten te maken dat hij alle wettelijk voorgeschreven stappen op een juiste wijze heeft doorlopen, hij verzoeker (nog) niet kon aanmelden bij het Zorginstituut, zoals bedoeld in artikel 18c Zvw. Desondanks heeft de zorgverzekeraar verzoeker met ingang van 1 april 2015 bij het Zorginstituut aangemeld.
- 9.5. Nu de aanmelding van verzoeker bij het Zorginstituut onterecht 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 aan verzoeker dient te vergoeden al hetgeen door of namens het Zorginstituut in het kader van de bestuursrechtelijke premieheffing als bedoeld in artikel 18d Zvw is geheven en (wordt) geïnd, een en ander van 1 april 2015 tot de eerste van de maand volgende op de maand waarin dit bindend advies is uitgebracht, en uitsluitend voor zover door het Zorginstituut (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 – voor zover dat nog niet heeft plaatsgevonden – over de periode dat sprake is geweest van de bestuursrechtelijke premieheffing door het Zorginstituut. Immers, ingevolge artikel 16 lid 2 onder b Zvw is geen premie verschuldigd gedurende de periode dat een bestuursrechtelijke premie verschuldigd is. De zorgverzekeraar mag overgaan tot verrekening van vorenbedoelde bestuursrechtelijke premie – alleen voor zover deze door hem daadwerkelijk wordt vergoed – en de door verzoeker over de hiervoor genoemde periode nog te betalen nominale premie.

Conclusie

- 9.6. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen.
- 9.7. Aangezien het verzoek 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.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de zorgverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden het entreegeld van € 37,--.

Zeist, 16 december 2015,

A.I.M. van Mierlo