



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem
Zaak : Premie, aanmelding Zorginstituut, hoogte betalingsachterstand
Zaaknummer : 201403416
Zittingsdatum : 7 oktober 2015

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2006-2015, paragraaf 3.3 Zvw, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2006-2010)

1. Partijen

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

tegen

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

2. De verzekeringssituatie







- 2.1. Verzoeker is tot op heden bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering VGZ Ruime Keuze (voorheen VGZ Natura) (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Tevens heeft verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar ten behoeve van een andere persoon een zorgverzekering afgesloten. Verder waren tot en met 30 juni 2010 ten behoeve van verzoeker - en de door hem bij de ziektekostenverzekeraar verzekerde andere persoon - bij de ziektekostenverzekeraar een 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 2014 aangemeld als wanbetaler bij het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) vanwege een achterstand in de premiebetaling voor de zorgverzekering van hemzelf van zes of meer maanden.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormeld standpunt gevraagd. Bij brief van 12 februari 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.3. Bij brief van 18 maart 2015 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is (i) de betalingsachterstand correct te berekenen, en (ii) hem met terugwerkende kracht tot 1 juni 2014 af te melden bij het Zorginstituut (hierna: het verzoek).
- 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 brieven van 20 en 29 mei 2015 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Afschriften hiervan zijn op 14 juli 2015 aan verzoeker gezonden.

- 3.6. Verzoeker heeft op 20 juli 2015 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 heeft op 16 juli 2015 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 6 oktober 2015 telefonisch medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Verzoeker is op 7 oktober 2015 in persoon gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch aan de hoorzitting deelgenomen.
- 3.9. Na afloop van de hoorzitting heeft de commissie de ziektekostenverzekeraar verzocht (i) verzoeker met terugwerkende kracht tot 1 juni 2014 af te melden bij het Zorginstituut, (ii) het incassodossier te sluiten, en (iii) met inachtneming van het voorgaande een nieuw financieel overzicht over te leggen. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 23 oktober 2015 de gevraagde informatie gezonden. Een afschrift van deze reactie is op 9 november 2015 aan verzoeker gestuurd die daarbij in de gelegenheid is gesteld hierop te reageren. Bij e-mailberichten van 30 oktober en 11 november 2015 heeft verzoeker van de geboden mogelijkheid gebruik gemaakt. Afschriften van deze reacties zijn ter kennisname aan de wederpartij gezonden.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. Verzoeker probeert al lange tijd van de ziektekostenverzekeraar duidelijkheid te krijgen over de hoogte van het bij de ziektekostenverzekeraar openstaande bedrag. Uit een brief van de ziektekostenverzekeraar van 5 maart 2014 heeft verzoeker begrepen dat hij op dat moment nog € 577,16 diende te voldoen. In juni 2014 ontving verzoeker echter een brief van de ziektekostenverzekeraar waarin hem werd verzocht ruim € 1.200,- te betalen. Daarnaast zou intussen aanmelding als wanbetaler bij het Zorginstituut hebben plaatsgevonden.
- 4.2. Verzoeker krijgt de indruk dat de ziektekostenverzekeraar zelf vorderingen creëert. Zo blijkt uit het financieel overzicht van 18 juni 2014 dat aan verzoeker bedragen van € 100,70 en € 141,39 zijn teruggestort. Door bedragen te gaan terugstorten wordt de achterstand vanzelfsprekend nooit minder. Ook vermeld de ziektekostenverzekeraar ten onrechte no-claimbedragen. In genoemde jaren heeft verzoeker namelijk de no-claimkorting uitbetaald gekregen.
- 4.3. Verder voert verzoeker aan dat op het financieel overzicht van de ziektekostenverzekeraar ook premies, zorgkosten en betalingen uit 2006 staan vermeld. Verzoeker meent dat hij dit onmogelijk kan controleren omdat hij van de Belastingdienst zijn administratie maar vijf jaar hoeft te bewaren en hierover dus niet meer beschikt.
- 4.4. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat het hem sinds kort duidelijk is geworden dat de ziektekostenverzekeraar schuift met betalingen waardoor een betalingsachterstand is ontstaan.
- 4.5. In reactie op het na afloop van de hoorzitting door de ziektekostenverzekeraar overgelegde financiële overzicht stelt verzoeker dat het hierin opgenomen te betalen maandbedrag niet juist is. Volgens de ziektekostenverzekeraar dient verzoeker in 2015 een bedrag van € 194,30 per maand te voldoen, maar uit de website van de ziektekostenverzekeraar blijkt dat voor de VGZ Goede Keuze verzekering inclusief collectiviteitskorting een bedrag van € 172,71 per maand is verschuldigd. Nu de ziektekostenverzekeraar blijft doorgaan met fouten maken, vordert verzoeker tevens een schadevergoeding.
- 4.6. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek voor het resterende deel dient te worden toegewezen.


 5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

-  5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt dat verzoeker de verschuldigde premies te laat of zelfs helemaal niet heeft betaald. Omdat betaling uitbleef, heeft de ziektekostenverzekeraar de openstaande vorderingen overgedragen aan zijn incassogemachtigde en is verzoeker met ingang van 1 juni 2014 aangemeld als wanbetaler bij het Zorginstituut.
-  5.2. De betalingsachterstand over de periode van 1 januari 2006 tot en met 31 mei 2015 bedraagt naar de stand van 20 mei 2015 totaal € 1.178,72. De ziektekostenverzekeraar heeft hierbij toegelicht dat hij van genoemde vordering een bedrag van € 1.174,87 heeft overgedragen aan zijn incassogemachtigde. Laatstgenoemd bedrag betreft uitsluitend de overgedragen hoofdsom, zodat rente en incassokosten, en eventuele rechtstreekse betalingen aan de incassogemachtigde hierin niet zijn betrokken.
-  5.3. Op het financiële overzicht staan ook bedragen die aan verzoeker zijn betaald. De betalingen zijn gedaan voor de no-claimteruggave van 2006 (€ 100,70) en voor de no-claimteruggave van 2007 (€ 141,39). Aangezien evenwel in februari 2008 alsnog kosten voor zorg in 2007 zijn gedeclareerd, is het uitgekeerde bedrag van € 141,39 weer bij verzoeker in rekening gebracht.
-  5.4. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunten herhaald.
-  5.5. Bij brief van 23 oktober 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard verzoeker met terugwerkende kracht tot 1 juni 2014 te hebben afgemeld als wanbetaler bij het Zorginstituut. Voorts heeft de ziektekostenverzekeraar de lopende incassodossiers gesloten. Na verwerking van de financiële consequenties van de afmelding bij het Zorginstituut bedraagt de openstaande vordering met betrekking tot de periode van 1 januari 2006 tot en met 30 november 2015 – naar de stand van 26 oktober 2015 – € 4.455,81.
-  5.6. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het onderhavige verzoek voor het resterende deel dient te worden afgewezen.

 6. De bevoegdheid van de commissie

-  6.1. Gelet op de artikelen 10 van de zorgverzekering en 7 van de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.
-  6.2. De commissie is 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 van de onder 2.1 omschreven verzekeringsrelatie, het verschuldigd zijn van de premie voor de afgesloten verzekeringen en de hoogte van de periodiek verschuldigde premie voor deze verzekeringen. Daarnaast hebben partijen de ontvangst en de inhoud van het tweedemaandsaanbod en de vierdemaandswaarschuwing als bedoeld in de artikelen 18a en 18b Zvw in de procedure niet betwist. In geschil zijn de hoogte van de betalingsachterstand en de aanmelding van verzoeker als wanbetaler bij het Zorginstituut met ingang van 1 juni 2014.

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 (2006) is de verzekeringnemer de premie bij vooruitbetaling verschuldigd. Voor de kalenderjaren 2007-2015 is in de voorwaarden van de zorgverzekering een soortgelijke bepaling opgenomen.

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. De (wijze van) premiebetaling voor de aanvullende verzekering is geregeld in artikel 3 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering. Hierbij is onder meer geregeld dat de premie voor de aanvullende ziektekostenverzekering bij vooruitbetaling is verschuldigd.

8.5. 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.

8.6. 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."

9. Beoordeling van het geschil

Aanmelding Zorginstituut

9.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker met ingang van 1 juni 2014 aangemeld als wanbetaler bij - toen nog - het CVZ. Ter zitting is komen vast te staan dat deze aanmelding ten onrechte heeft plaatsgevonden. Daarop heeft de ziektekostenverzekeraar 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 CVZ/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.

Huidige stand van zaken

9.3. Resteert de vraag naar de huidige stand van zaken. In dit verband is na afloop van de hoorzitting door de ziektekostenverzekeraar een financieel overzicht naar de stand van 26 oktober 2015 in het geding gebracht. Uit dit overzicht blijkt dat door verzoeker met betrekking tot de periode van 1 januari 2006 tot en met 30 november 2015 niet alle verschuldigde bedragen zijn betaald en dat per saldo nog een bedrag openstaat van € 4.455,81. De ziektekostenverzekeraar heeft hierbij toegelicht dat genoemd bedrag inclusief de hiervoor onder 9.2 bedoelde premie is.






9.4. Verzoeker heeft de hoogte van de vordering bestreden in die zin dat voor de verzekering VGZ Goede Keuze in 2015 inclusief collectiviteitskorting per maand een bedrag van € 172,70 is verschuldigd in plaats van het door de ziektekostenverzekeraar genoemde bedrag van € 194,30. Met betrekking hiertoe merkt de commissie op dat tussen partijen niet in geschil is dat verzoeker in 2015 verzekerd was op grond van de verzekering VGZ Ruime Keuze. De premie voor deze verzekering is hoger dan die voor de verzekering VGZ Goede Keuze. Het argument dat de premie lager dient te zijn kan om die reden niet slagen. Aangezien verzoeker voorts niet aannemelijk heeft gemaakt dat hij meer of andere betalingen aan de ziektekostenverzekeraar heeft gedaan dan die welke uit het overzicht blijken, is de commissie van oordeel dat de betalingsachterstand naar de stand van 26 oktober 2015 totaal € 4.455,81 bedraagt. Van onjuiste boekingen of verrekeningen door de ziektekostenverzekeraar is de commissie niet gebleken.

9.5. Hetgeen door verzoeker is aangevoerd ter verklaring van de ontstane premieachterstand, kan niet leiden tot een ander oordeel. De stelling van verzoeker dat de ziektekostenverzekeraar hem lange tijd geen duidelijkheid heeft verschaft over de exacte hoogte van de betalingsachterstand kan hem evenmin baten, aangezien de ziektekostenverzekeraar bij verschillende financiële overzichten verzoeker heeft geïnformeerd over de hoogte van de betalingsachterstand op dat moment. Verzoeker had daarnaast redelijkerwijs uit de eigen administratie kunnen afleiden dat niet alle verschuldigde bedragen (volledig) waren voldaan. Voor dit laatste was verzoeker, naar het oordeel van de commissie niet afhankelijk van de administratie van de ziektekostenverzekeraar. Dat verzoeker zijn administratie niet langer dan vijf jaar bewaart is een persoonlijke keuze en geen wettelijke verplichting. De wet bepaalt enkel de minimale bewaartermijn.

- 
- 9.6. Tot slot merkt de commissie op dat hetgeen verzoeker heeft aangevoerd met betrekking tot het terugbetalen van bedragen niet juist is. In 2006 en 2007 was sprake van een no-claimregeling. Indien in genoemde jaren weinig of geen zorg werd genoten, bestond recht op de zogenoemde no-claimteruggave. Zoals door de ziektekostenverzekeraar is toegelicht, zijn in dat verband aan verzoeker bedragen van € 100,70 (2006) en € 141,39 (2007) uitgekeerd. Vanwege een nagekomen nota bleek uiteindelijk geen recht te bestaan op laatstgenoemd bedrag en is dit teruggevorderd. Van het terugstorten van betalingen - zoals door verzoeker gesteld - is derhalve geen sprake geweest.
- 
- 9.7. Verzoeker maakt tevens aanspraak op schadevergoeding. Aangezien de betreffende vordering niet is gespecificeerd en gesubstantieerd, dient dit deel van het verzoek reeds op die grond te worden afgewezen.



Conclusie

- 
- 9.8. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek, voor zover hieraan niet reeds door de ziektekostenverzekeraar is tegemoet gekomen, dient te worden afgewezen.
- 
- 9.9. De commissie acht termen aanwezig de ziektekostenverzekeraar te verplichten verzoeker het entreegeld van € 37,- te vergoeden.
- 
10. Het bindend advies
- 
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af voor zover hieraan niet reeds door de ziektekostenverzekeraar is tegemoet gekomen.
- 
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden het entreegeld van € 37,-.



Zeist, 18 november 2015,



A.I.M. van Mierlo

