



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht
Zaak : Premie, zorgkosten, betalingsachterstand, aanmelding Zorginstituut, schuldhelpverlening, stabilisatieovereenkomst, weigering aanvullende ziektekostenverzekering
Zaaknummer : 201602488
Zittingsdatum : 10 mei 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 2016, paragraaf 3.3 Zvw, artt. 8 en 9 Convenant NVVK-ZN, art. 6:43 BW, art. 7 Beleidsregels inning bestuursrechtelijke premie Zorgverzekeringswet 2012)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,
tegen

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

2. De verzekeringssituatie

2.1. Verzoeker is tot op heden bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de GezondSamenPolis Natura (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 met ingang van 1 december 2015 afgemeld als wanbetaler bij het Zorginstituut Nederland (hierna: Zorginstituut).

3.2. Bij brief van 10 februari 2016 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat sprake is van een achterstand in de premiebetaling voor de zorgverzekering van hemzelf, van ten minste twee maanden.

3.3. Bij brief van 29 maart 2016 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat sprake is van een achterstand in de premiebetaling voor de zorgverzekering van hemzelf, van ten minste vier maanden.

3.4. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormeld standpunt gevraagd. Bij telefonisch contact van 26 april 2016 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te handhaven.

3.5. Bij brief van 30 mei 2016 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat sprake is van een achterstand in de premiebetaling voor de zorgverzekering van hemzelf, van ten minste zes maanden, en dat hij met ingang van 1 juni 2016 is aangemeld als wanbetaler bij het Zorginstituut.

3.6. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormeld standpunt gevraagd. Bij brief van 13 juni 2016 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te handhaven.

3.7. Bij ongedateerde brief, ontvangen op 7 november 2016, heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen (i) dat de zorgverzekeraar hem ten

onrechte met ingang van 1 juni 2016 heeft aangemeld als wanbetaler bij het Zorginstituut, en (ii) dat hem de mogelijkheid moet worden geboden een aanvullende ziektekostenverzekering af te sluiten bij de zorgverzekeraar (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. De zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 13 maart 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 27 maart 2017 aan verzoeker gezonden.

3.10. Verzoeker heeft op 28 maart 2017 gereageerd op het onder 3.9 bedoelde standpunt van de zorgverzekeraar. Een afschrift van deze reactie is aan de wederpartij gezonden.

3.11. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 28 maart 2017 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord. De zorgverzekeraar heeft op 6 april 2017 schriftelijk medegedeeld eveneens niet te willen worden gehoord.

3.12. Verzoeker heeft de commissie bij brief van 3 april 2017 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt en aanvullende informatie gezonden. Afschriften hiervan zijn op 31 maart 2017 en 5 april 2017 aan de zorgverzekeraar gezonden. Deze is daarbij in de gelegenheid gesteld op deze informatie te reageren, hetgeen hij bij brief van 18 april 2017 heeft gedaan. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de wederpartij gezonden.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

4.1. Verzoeker kampt met schuldenproblematiek. In verband hiermee heeft hij bij de gemeente Zwolle een aanvraag ingediend voor schuldhelpverlening. Bij brief van 3 november 2015 heeft de gemeente medegedeeld dat aan hem een vorm van schuldhelpverlening wordt geboden. Verzoeker was op dat moment reeds aangemeld als wanbetaler bij het Zorginstituut, en de toetreding tot de schuldhelpverlening heeft ertoe geleid dat de zorgverzekeraar hem met ingang van 1 december 2015 heeft afgemeld. Hiermee heeft de zorgverzekeraar het bestaan van schuldhelpverlening naar de mening van verzoeker erkend. Met ingang van 1 juni 2016 is verzoeker echter door de zorgverzekeraar wederom aangemeld als wanbetaler. Dit is onterecht geschied, gelet op het lopende schuldhelpverleningstraject. De zorgverzekeraar ontkent thans dat sprake is van schuldhelpverlening. Verzoeker heeft echter de brief van de gemeente, waarin zijn aanvraag hiertoe is goedgekeurd, overgelegd. De vordering van de zorgverzekeraar is ook meegenomen in het traject. Verzoeker beroept zich voorts op de bepaling dat de bestuursrechtelijke premieheffing eindigt indien een schuldbemiddelingsovereenkomst is aangegaan. Hij heeft namelijk op 12 januari 2016 een schuldbemiddelings- en stabilisatieovereenkomst gesloten. In artikel 3 van de schuldbemiddelingsovereenkomst is bovendien opgenomen dat de vordering niet verder wordt verhoogd met rente en/of invorderingskosten. Verzoeker benadrukt dat hij geen financiële mogelijkheden heeft en herhaalt dat hij in een schuldhelpverleningstraject zit. De hogere bestuursrechtelijke premie is voor hem een zware last.

4.2. In verband met de afmelding bij het Zorginstituut per 1 december 2015, diende verzoeker met ingang van die datum weer de premie aan de zorgverzekeraar te betalen. Op de uitkering van verzoeker voor de maand december 2015 is evenwel de bestuursrechtelijke premie (€ 152,53) nog ingehouden ten behoeve van het Zorginstituut. De premie voor januari 2016 (€ 98,51) is op 22 januari 2016 aan de zorgverzekeraar betaald. In een telefonisch contact hierover deelde de zorgverzekeraar aan verzoeker mede dat dit premiebedrag was verrekend met een premieachterstand uit 2014. Voor de premie voor februari en maart 2016 zijn geen acceptgiro's aan verzoeker gestuurd; de betreffende vorderingen zijn direct overgedragen aan de incassogemachtigde. Op 29 maart 2016 is € 99,51 aan de zorgverzekeraar betaald, en op

27 april 2016 eveneens. Verzoeker stelt dat door de onjuiste verrekening van betalingen door de zorgverzekeraar, wederom aanmelding als wanbetaler bij het Zorginstituut heeft plaatsgevonden.

- 4.3. Verzoeker heeft op 22 september 2016 een brief gezonden naar de incassogemachtigde van de zorgverzekeraar in verband met de berekening van de beslagvrije voet door de gemeente, en verzocht om kwijtschelding vanwege het ontbreken van betalingscapaciteit. Op deze brief heeft de incassogemachtigde niet gereageerd. Vervolgens heeft verzoeker zich - op 4 oktober 2016 - tot de zorgverzekeraar gewend met hetzelfde kwijtscheldingsverzoek, en daarbij gewezen op de nieuwe wetgeving inzake wanbetalers. Deze nieuwe wetgeving houdt in dat afmelding bij het Zorginstituut mogelijk is indien een betalingsregeling wordt getroffen met de zorgverzekeraar. Verzoeker werd echter door de zorgverzekeraar verwezen naar de incassogemachtigde; een inhoudelijke reactie werd niet gegeven.
- 4.4. Verzoeker komt verder op tegen het feit dat de zorgverzekeraar hem een aanvullende ziektekostenverzekering weigert. Hij dient een aantal operaties te ondergaan en heeft tandheelkundige zorg nodig, waarvoor een aanvullende ziektekostenverzekering noodzakelijk is. De gemeente onderschrijft dit.
- 4.5. In reactie op de brief van de zorgverzekeraar van 13 maart 2017 heeft verzoeker het volgende gesteld.
Een bestuursrechtelijk besluit van de gemeente waaruit blijkt dat een schuldenaar schuldhelpverlening is toegekend, moet voor een schuldeiser voldoende zijn om aan te nemen dat sprake is van totstandkoming van een stabilisatieovereenkomst tussen de gemeente en de schuldenaar. Verzoeker is op 3 november 2015 een bestuursrechtelijke schuldhelpverleningsovereenkomst met de gemeente aangegaan, zodat de zorgverzekeraar hem niet had mogen aanmelden als wanbetaler bij het Zorginstituut. Of de gemeente zou hierover contact opnemen met de zorgverzekeraar, of de zorgverzekeraar zou bij twijfel contact opnemen met de gemeente.
Voorts is het verzoeker thans pas duidelijk dat de achterstand weer 'terug' is bij de zorgverzekeraar. Op 4 oktober 2016 is namelijk een brief gestuurd aan de zorgverzekeraar in verband met de achterstand, en die brief werd direct naar de incassogemachtigde doorgestuurd.
In december 2016 heeft verzoeker contact opgenomen met de zorgverzekeraar, omdat hij zich per 1 januari 2017 via de gemeente wilde verzekeren. Alsdan zou verzoeker een aanvullende verzekering hebben, en bovendien zou hij het verplicht eigen risico niet hoeven te betalen. Deze collectieve verzekering via de gemeente is belangrijk voor verzoeker, aangezien hij in 2017 een aantal operaties dient te ondergaan en hij bovendien een slecht gebit heeft.
De zorgverzekeraar heeft verzoeker medegedeeld hem af te melden bij het Zorginstituut indien van de incassogemachtigde het bericht werd ontvangen dat het dossier was gesloten. Inmiddels is het dossier bij de incassogemachtigde van de zorgverzekeraar gesloten, maar verzoeker is nog steeds aangemeld als wanbetaler bij het Zorginstituut. Dit is niet juist.
- 4.6. Voorts heeft verzoeker het volgende aangevoerd.
Over het jaar 2016 is een bedrag van € 502,91 aan zorgkosten voor rekening van verzoeker gebleven, en tot nu toe over het jaar 2017 een bedrag van € 484,--. Beide bedragen komen bovenop het verplicht eigen risico 2017 van € 385,--. Daarnaast heeft verzoeker tandartskosten ten bedrage van € 499,-- (voor het plaatsen van een kroon) zelf moeten voldoen en zijn de reiskosten naar het VUmc voor zijn rekening gebleven. Verzoeker stelt de zorgverzekeraar voor alle genoemde kosten aansprakelijk, aangezien door de aanmelding bij het Zorginstituut een collectieve verzekering via de gemeente niet mogelijk was.
- 4.7. De Belastingdienst heeft aan verzoeker medegedeeld dat geen invorderingsmaatregelen meer worden genomen, omdat hij geen betalingscapaciteit heeft. De zorgverzekeraar dan wel diens incassogemachtigde had dezelfde beslissing moeten nemen. Verzoeker is daarentegen aangemeld als wanbetaler, waardoor juist meer schulden zijn ontstaan.
Verzoeker lijdt aan ischias en hiervoor is fysiotherapie noodzakelijk. Aangezien verzoeker niet aanvullend is verzekerd, is het voor hem niet mogelijk fysiotherapie te ondergaan.

Tot slot heeft verzoeker de zorgverzekeraar telefonisch verzocht om een betalingsregeling voor zorgkosten uit 2017. Aan hem werd medegedeeld dat het dossier niet volledig was teruggekregen van de incassogemachtigde. Dit is vreemd, aangezien de zorgverzekeraar heeft verklaard dat het incassodossier is teruggegeven. Verzoeker heeft het gevoel dat hij aan het lijntje wordt gehouden, en dit is niet bevorderlijk voor zijn financiële situatie.

4.8. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

5.1. Naar de stand van 13 maart 2017 is sprake van een betalingsachterstand van € 4.001,28. Dit bedrag ziet op premie en zorgkosten over de periode van november 2012 tot en met november 2016. De vordering was overgedragen aan de incassogemachtigde, maar deze heeft op 27 januari 2017 het dossier gesloten. Verzoeker dient de achterstand weer rechtstreeks aan de zorgverzekeraar te betalen.

5.2. Als gezegd was de achterstand overgedragen aan de incassogemachtigde. In september 2015 heeft verzoeker contact opgenomen met de incassogemachtigde en medegedeeld dat hij bezig was met schuldhulpverlening. Er was op dat moment (nog) geen stabilisatieovereenkomst of schuldenregeling. De incassogemachtigde heeft abusievelijk aan de zorgverzekeraar doorgegeven dat sprake was van een schuldhulpverleningstraject. Op basis van deze informatie is verzoeker afgemeld bij het Zorginstituut. De op dat moment bestaande achterstand beliep € 2.879,96. De zorgverzekeraar heeft uit coulance ervoor gekozen de - onterechte - afmelding niet terug te draaien.

5.3. Vanaf december 2015 diende verzoeker de premie weer rechtstreeks aan de zorgverzekeraar te betalen. Op het moment dat verzoeker werd afgemeld bij het Zorginstituut, waren de acceptgiro's voor de premie van december 2015 al naar alle verzekerden gestuurd. Daarom heeft verzoeker geen acceptgiro voor de premie van december 2015 ontvangen. Verzoeker is voor januari 2016 wel een acceptgiro voor de premie gezonden. Voor februari en maart 2016 heeft verzoeker de zorgverzekeraar gemachtigd de premie automatisch van zijn bankrekening te incasseren. Deze incasso's zijn echter gestorneerd. Voor de premie van april en mei 2016 zijn wederom acceptgiro's aan verzoeker gestuurd.

Verzoeker heeft een uitkeringsspecificatie en een aantal betaalbewijzen overgelegd.

De uitkeringsspecificatie van het UWV van 13 december 2015 ziet niet op de premie die aan de zorgverzekeraar is verschuldigd, maar op de bestuursrechtelijke premie die door het Zorginstituut in rekening is gebracht. Met deze specificatie heeft verzoeker dan ook niet aangetoond dat de verschuldigde premie van december 2015 is voldaan.

Bij de betaling van 22 januari 2016 van € 98,51 heeft verzoeker het kenmerk van de acceptgiro van januari 2016 vermeld. De zorgverzekeraar heeft deze betaling opgesplitst. Een bedrag van € 51,42 is geboekt op de premie van september 2014, en een bedrag van € 47,09 op de premie van januari 2016. De zorgverzekeraar erkent dat de betaling van verzoeker niet correct is verwerkt, en is bereid deze om te boeken zodat de premie van januari 2016 volledig is voldaan.

De betaling van 29 maart 2016 van € 99,51 is conform het meegegeven kenmerk geboekt op de premie van april 2016.

De betaling van 27 april 2016 van € 99,51 is conform het meegegeven kenmerk geboekt op de premie van mei 2016.

5.4. Verzoeker heeft eind 2015 medegedeeld dat hij bezig was met een schuldhulpverleningstraject. Sindsdien heeft de zorgverzekeraar hierover echter geen enkel bericht ontvangen. Omdat de achterstand van verzoeker evenmin werd voldaan, is op 10 februari 2016 de tweemaandsbrief verstuurd. Er was op dat moment sprake van een premieachterstand van twaalf maanden. Op 29 maart 2016 is de viermaandsbrief verstuurd. Naar aanleiding van deze brief diende verzoeker op 20 april 2016 een klacht in bij de zorgverzekeraar. Hij lichtte toe dat een schuldhulpverleningstraject liep via de gemeente. Een medewerker van de zorgverzekeraar heeft de klacht telefonisch afgehandeld. Tijdens het gesprek is aan verzoeker medegedeeld dat niets bekend was over schuldhulpverlening en dat hij contact diende op te nemen met zijn consulent bij de gemeente.

Omdat nadien geen contact werd opgenomen met de zorgverzekeraar, en de achterstand niet werd voldaan, is verzoeker op 30 mei 2016 - met ingang van 1 juni 2016 - wederom aangemeld als wanbetaler bij het Zorginstituut. De aanmelding is per brief bevestigd. Op het moment van aanmelding was sprake van een achterstand van vijftien maandpremies. Opgemerkt zij in dit verband dat het omboeken van de betaling van 22 januari 2016 niet tot gevolg heeft dat de aanmelding als wanbetaler te vroeg is geweest. Op 13 juni 2016 heeft de zorgverzekeraar opnieuw schriftelijk aan verzoeker medegedeeld dat geen sprake was van een schuldhelpverleningstraject en dat de aanmelding bij het Zorginstituut terecht was. De zorgverzekeraar ziet geen reden verzoeker af te melden als wanbetaler bij het Zorginstituut, inmiddels het CAK.

5.5. Verzoeker heeft een schuldenregelings- en stabilisatieovereenkomst overgelegd. Dit is echter niet de definitieve overeenkomst. Verzoeker heeft zijn exemplaar naar de gemeente gestuurd. Pas nadat de overeenkomst door de gemeente is ondertekend en van een datum voorzien, is deze definitief. De zorgverzekeraar heeft geen geldende stabilisatieovereenkomst ontvangen. Indien verzoeker van mening is dat wel een stabilisatieovereenkomst tot stand is gekomen, adviseert de zorgverzekeraar hem contact op te nemen met de consulent bij de gemeente.

5.6. Verzoeker valt onder de collectiviteit 'Zorgverzekering voor ambtenaren'. In de voorwaarden van deze collectiviteit is geen verplichte aanvullende verzekering opgenomen. Op grond van artikel 1.2 van de 'Algemene voorwaarden' van de aanvullende verzekeringen kan verzoeker zich niet aanvullend verzekeren als sprake is van een premieachterstand. Pas als de achterstand volledig is voldaan, kan verzoeker een aanvullende verzekering aanvragen bij de zorgverzekeraar.

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 18 van de 'Algemene voorwaarden basisverzekeringen' van de zorgverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

7.1. In geschil zijn (i) de aanmelding van verzoeker als wanbetaler bij het Zorginstituut met ingang van 1 juni 2016, alsmede (ii) de weigering van de zorgverzekeraar om verzoeker bij hem een aanvullende ziektekostenverzekering te laten afsluiten.

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 8 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering is de verzekeringnemer de premie bij vooruitbetaling verschuldigd.

8.3. In artikel 9 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering is bepaald dat bij niet-tijdige betaling van de premie administratiekosten, invorderingskosten en wettelijke rente bij de verzekeringnemer in rekening kunnen worden gebracht.

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, voorheen het Zorginstituut. 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, bepaalden de artikelen 18a, 18b en 18c Zvw ten tijde van het geschil 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 maandelijkse 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 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, 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. Artikel 18d Zvw regelt de verschuldigdheid van de bestuursrechtelijke premie aan het CAK. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

"Artikel 18d

1 De verzekeringnemer is vanaf de eerste dag van de maand volgende op de maand waarin het CAK de melding, bedoeld in artikel 18c, heeft ontvangen aan het CAK een bij ministeriële regeling te bepalen, bestuursrechtelijke premie van ten minste 110% en ten hoogste 130% van de gemiddelde premie verschuldigd.

2 De premie, bedoeld in het eerste lid, is niet meer verschuldigd met ingang van de eerste dag van de maand volgende op de maand waarin:

a. de uit de zorgverzekering voortvloeiende schulden zijn of zullen zijn afgelost of tenietgaan,

b. de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen, bedoeld in de Faillissementswet, op de verzekeringnemer van toepassing wordt,

c. door tussenkomst van een schuldhulpverlener als bedoeld in artikel 48 van de Wet op het consumentenkrediet een overeenkomst als bedoeld in artikel 18c, tweede lid, onderdeel d,

is gesloten, door diens tussenkomst een buitengerechtelijke schuldregeling tot stand is gekomen waarin, naast de verzekeringnemer, ten minste zijn zorgverzekeraar deelneemt, of de zorgverzekeraar met de verzekeringnemer een betalingsregeling is overeengekomen, of d. de verzekeringnemer aan bij ministeriële regeling te bepalen voorwaarden voldoet.

3 Ten behoeve van de toepassing van het tweede lid stelt de zorgverzekeraar het CAK, de verzekeringnemer en, indien deze een ander is dan de verzekeringnemer, de verzekerde, onverwijld op de hoogte van de datum waarop een situatie als bedoeld in onderdeel a, b of c van dat lid van toepassing wordt.

4 In afwijking van het eerste en tweede lid is de verzekeringnemer wederom aan het CAK bestuursrechtelijke premie verschuldigd vanaf de eerste dag van de maand volgende op de maand:

a. waarin de toepassing van de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen op grond van artikel 350, derde lid, onderdeel c, d, e, f, of g, van de Faillissementswet, is beëindigd,

b. waarin hij zich, blijkens een melding van zijn zorgverzekeraar, aan deelname aan een op hem van toepassing zijnde overeenkomst of regeling als bedoeld in het tweede lid, onderdeel c, heeft onttrokken voordat hij de in de desbetreffende overeenkomst of regeling neergelegde afspraken jegens zijn zorgverzekeraar volledig is nagekomen of

c. waarin hij niet meer voldoet aan bij de ministeriële regeling, bedoeld in het tweede lid, te bepalen voorwaarden.

5 Indien in het in het vierde lid, onderdeel b, bedoeld geval een door tussenkomst van een schuldhulpverlener als bedoeld in het tweede lid, onderdeel c, tot stand gekomen overeenkomst of regeling betreft, dient de melding, bedoeld in dat onderdeel mede door een schuldhulpverlener te zijn ondertekend.

6 Bij ministeriële regeling wordt bepaald hoe de gemiddelde premie, bedoeld in het eerste lid, wordt berekend."

- 8.8. De artikelen 8 en 9 van het convenant tussen de NVVK en ZN luiden, voor zover hier van belang, als volgt:

"Artikel 8 Incassomaatregelen ZN leden

1. Indien het bepaalde onder artikel 7 lid 3 van het convenant van toepassing is, zal het ZN-lid de lopende incassomaatregelen ten aanzien van de aangemelde vorderingen binnen zes weken vanaf het moment dat de stabilisatieovereenkomst is getekend en voor zover gemaakte afspraken door de verzekeringnemer worden nageleefd voor een periode van maximaal acht maanden opschorten en niet verder verzwaren met rente en kosten, zie verder artikel 9. De schuldregelende instelling zal erop toezien dat binnen een periode van maximaal zes weken na ondertekening van de stabilisatieovereenkomst de betaling van nominale premie weer is hervat, zie artikel 6 lid 3. (...)

Artikel 9 Werkafspraken NVVK-ZN

1. De schuldregelende instelling stelt het ZN-lid binnen een redelijke termijn na het intakegesprek op de hoogte van het inwilligen van de aanvraag van de klant door middel van het melden van de ingangsdatum van de stabilisatieovereenkomst.

2. In afwijking van hetgeen geldt op grond van de Leidraad Invordering 2008 geldt de stabilisatieovereenkomst tussen de verzekeringnemer van de verzekeraar die lid is van ZN en de schuldhulpverlening voor maximaal 8 maanden. Na ontvangst van de melding aangaande de stabilisatieovereenkomst verleent het ZN-lid maximaal 8 maanden uitstel van betaling van oude schulden en schort de incassomaatregelen voor dezelfde termijn op voor zover het intakegesprek van een verzekeringnemer tot een stabilisatieovereenkomst leidt dat conform afspraak door verzekeringnemer wordt nageleefd, dit met inachtneming met hetgeen in artikel 8, lid 1 is bepaald. (...)"

- 8.9. Artikel 7 van de Beleidsregels inning bestuursrechtelijke premie Zorgverzekeringswet 2012 luidt:

"1 Het college stuurt zo spoedig mogelijk na ontvangst van de melding, bedoeld in artikel 18d, derde lid, Zorgverzekeringswet, alsmede aan het einde van de periode, bedoeld in artikel 18e Zorgverzekeringswet, de verzekeringnemer, een bericht dat deze de bestuursrechtelijke premie niet

langer verschuldigd is. Hierbij vermeldt het college dat het niet mogelijk is tegen dit besluit bezwaar aan te tekenen.

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.

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

4 In afwijking van het tweede lid schort het college 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 als bedoeld in artikel 18c, tweede lid, onderdeel d, van de Zorgverzekeringswet.

5 Het college maakt de opschorting, bedoeld in het vorige lid, ongedaan zodra de overeenkomst tot stabilisatie is beëindigd."

8.10. Artikel 6:43 BW luidt:

"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, dan geschiedt de toerekening naar evenredigheid."

9. Beoordeling van het geschil

Aanmelding Zorginstituut

9.1. De zorgverzekeraar heeft verzoeker met ingang van 1 juni 2016 aangemeld als wanbetaler bij het Zorginstituut. Beoordeeld dient te worden of naar de stand van die datum sprake is van een premieachterstand van ten minste zes maanden.

De zorgverzekeraar heeft bij zijn brief van 13 maart 2017 een financieel overzicht overgelegd. Uit dit overzicht blijkt dat verzoeker niet steeds (tijdig) de premie voor de zorgverzekering heeft voldaan.

Zo is de premie van de maanden april en mei 2013, oktober, november en december 2014, januari, februari, maart en december 2015, en februari en maart 2016 niet betaald.

Verzoeker heeft verklaard dat de premie voor januari 2016 (€ 98,51) op 22 januari 2016 aan de zorgverzekeraar is betaald. De zorgverzekeraar heeft de ontvangst van dit bedrag bevestigd, en heeft erkend dat deze betaling niet correct is verwerkt. Hij heeft zich bereid verklaard de betreffende betaling te corrigeren. Na correctie van de betaling met inachtneming van artikel 6:43 BW, geldt dat de premie van september 2014 open staat, en die van januari 2016 is voldaan.

Daarnaast heeft verzoeker verklaard dat op 29 maart 2016 € 99,51 aan de zorgverzekeraar is betaald, en op 27 april 2016 eveneens. De zorgverzekeraar heeft de ontvangst van deze bedragen bevestigd. Over de boeking van deze betalingen op de premie van april en mei 2016 verschillen partijen kennelijk niet van mening.

Dat meer of andere betalingen zijn gedaan door verzoeker dan die zijn opgenomen in het financiële overzicht van de zorgverzekeraar en hiervoor zijn benoemd, is door hem niet aannemelijk gemaakt. Geconcludeerd kan daarom worden dat in mei 2016 - ten tijde van de aanmelding - meer dan zes maandpremies voor de zorgverzekering door verzoeker onbetaald waren gelaten.

- 9.2. Artikel 18c lid 2 Zvw regelt dat de melding aan het Zorginstituut onder meer niet geschiedt ingeval de verzekeringnemer zich heeft aangemeld bij een schuldhelpverlener als bedoeld in artikel 48 van de Wet op het consumentenkrediet en in dat kader een schriftelijke overeenkomst tot stabilisatie van de schulden heeft gesloten. In de betreffende stabilisatieovereenkomst is vastgelegd dat gedurende de periode van stabilisatie de schuldhelpverlener zich zal inspannen om de inkomsten en uitgaven van betrokkene in evenwicht te brengen en te houden, en dat hij in ieder geval de vaste lasten van de schuldenaar zal voldoen. Daarnaast zijn de bepalingen van het convenant, gesloten tussen de NVVK en Zorgverzekeraars Nederland, integraal op de stabilisatieovereenkomst van toepassing. Uit de definities en de inhoud van de artikelen van het convenant blijkt dat de stabilisatiefase niet hoeft te leiden tot een schuldregeling, en dat de zorgverzekeraar vanaf het sluiten van de stabilisatieovereenkomst een periode van maximaal acht maanden zal hanteren waarbinnen hij aan de schuldenaar uitstel van betaling van de oude schulden verleent en de incassomaatregelen opschort. Verzoeker heeft gesteld dat hij vanaf november 2015 aan een hulpverleningstraject deelneemt. De zorgverzekeraar heeft verklaard dat van de incassogemachtigde abusievelijk het bericht is ontvangen dat sprake was van een schuldhelpverleningstraject ten behoeve van verzoeker, naar aanleiding waarvan per 1 december 2015 afmelding bij het Zorginstituut heeft plaatsgevonden. Dit bericht bleek nadien evenwel niet juist, aangezien verzoeker enkel aan de incassogemachtigde had doorgegeven dat hij bezig was met schuldhelpverlening. De zorgverzekeraar heeft uit coulance besloten de - onterechte - afmelding niet terug te draaien. De zorgverzekeraar heeft bestreden dat in het geval van verzoeker sprake is van schuldhelpverlening. Een - definitieve - stabilisatieovereenkomst is door hem niet ontvangen. De commissie maakt uit de overgelegde stukken op dat de gemeente Zwolle bij brief van 3 november 2015 aan verzoeker heeft medegedeeld dat hem schuldhelpverlening wordt aangeboden. Verzoeker is in dit kader bij brief van 12 januari 2016 verzocht een schuldregelingsovereenkomst en een stabilisatieovereenkomst te ondertekenen. In de door verzoeker overgelegde stukken is een - ongedateerde - stabilisatieovereenkomst aanwezig, die door hem is ondertekend. Het is de commissie echter niet gebleken dat ook de gemeente Zwolle de stabilisatieovereenkomst heeft ondertekend, én dat deze overeenkomst naar de zorgverzekeraar is gezonden. Van een ondertekende, volledige schuldregelingsovereenkomst is overigens in het geheel niet gebleken. De commissie is van oordeel dat, aangezien geen stabilisatieovereenkomst namens verzoeker aan de zorgverzekeraar is gestuurd en geen schuldregeling tot stand is gekomen, het de zorgverzekeraar vrij stond verzoeker met ingang van 1 juni 2016 aan te melden als wanbetaler bij het Zorginstituut. Zoals onder 9.1 is overwogen, bestond op dat moment een premieachterstand voor de zorgverzekering van ten minste zes maanden. Niet in geschil is dat de brieven als bedoeld in de artikelen 18a, 18b en 18c Zvw door verzoeker zijn ontvangen, zodat aan alle, in dit verband toepasselijke voorwaarden was voldaan.
- 9.3. Voor de volledigheid stelt de commissie de hoogte van de betalingsachterstand vast. Uit het financiële overzicht van de zorgverzekeraar blijkt dat verzoeker over de periode van juni 2012 tot en met februari 2017 totaal € 6.810,75 is verschuldigd ter zake van premie, zorgkosten en acceptgirokosten. In voornoemde periode heeft verzoeker volgens het overzicht totaal € 2.582,25 betaald. Voorts is een bedrag van € 299,70 verrekend, een bedrag van € 65,- is afgeboekt en een bedrag van € 137,48 is uitbetaald. Dat meer of andere betalingen zijn gedaan – hetgeen op de weg van verzoeker zou hebben gelegen aannemelijk te maken – is in de procedure niet, althans onvoldoende gebleken. Gestornerde betalingen blijven in dit verband buiten beschouwing. Wel is sprake geweest van een onjuiste boeking door de zorgverzekeraar. De gespecificeerde betaling van verzoeker van 22 januari 2016 is aanvankelijk gesplitst en op twee verschillende posten geboekt, hetgeen niet correct is. De zorgverzekeraar heeft dit erkend en heeft zich bereid verklaard de betaling van verzoeker alsnog op correcte wijze te verwerken. Dit maakt voor de hoogte van de achterstand echter niet uit. Verder is van onjuiste verrekeningen of boekingen door de zorgverzekeraar niet gebleken. Gelet op het voorgaande is naar de stand van 13 maart 2017 sprake van een achterstand van € 4.001,28. Verzoeker is gehouden dit bedrag aan de zorgverzekeraar te voldoen.

Verzoeker heeft nog gesteld dat de bestuursrechtelijke premie voor december 2015 van zijn uitkering is ingehouden ten behoeve van het Zorginstituut en dat dit niet juist is, gelet op de afmelding per 1 december 2015. Hiertoe merkt de commissie op dat de afmelding per 1 december 2015 tot gevolg heeft gehad dat het Zorginstituut een eindafrekening heeft opgesteld waarin is opgenomen welke bedragen verzoeker verschuldigd is geweest, en welke bedragen door hem zijn voldaan. Verzoeker was vanaf 1 december 2015 niet langer de bestuursrechtelijke premie verschuldigd aan het Zorginstituut, zodat de premie - indien deze daadwerkelijk is afgedragen - zal zijn gerestitueerd dan wel verrekend. De commissie verwijst hierbij naar artikel 7 van de Beleidsregels inning bestuursrechtelijke premie Zorgverzekeringswet 2012. Uit het eerder genoemde financiële overzicht volgt dat verzoeker vanaf 1 december 2015 weer de reguliere, overeengekomen is verschuldigd aan de zorgverzekeraar.

Weigering aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.4. Verzoeker komt daarnaast op tegen de weigering van de zorgverzekeraar hem een aanvullende ziektekostenverzekering aan te bieden. De commissie overweegt in dit kader dat het acceptatiebeleid voor een dergelijke verzekering behoort tot de bevoegdheid van de zorgverzekeraar, aangezien geen sprake is van acceptatieplicht op grond van de wet of anderszins. In het ter zake gevoerde beleid kan zij niet treden. De zorgverzekeraar heeft in dit kader, onder verwijzing naar de verzekeringsvoorwaarden, toegelicht dat het afsluiten van een aanvullende ziektekostenverzekering eerst weer aan de orde is nadat de gehele betalingsachterstand door verzoeker is voldaan. De commissie neemt dit voor kennisgeving aan.
- 9.5. Verzoeker heeft de zorgverzekeraar aansprakelijk gesteld voor de schade die voortvloeit uit het feit dat hij niet kan deelnemen aan de collectiviteit van de gemeente, omdat hij is aangemeld als wanbetaler bij het Zorginstituut. Hiervoor is vast te komen staan dat verzoeker terecht is aangemeld als wanbetaler, en dat hij een betalingsachterstand heeft bij de zorgverzekeraar, waardoor het afsluiten van een aanvullende verzekering niet mogelijk is. Van schadeveroorzakend handelen door de zorgverzekeraar is daarom geen sprake; een en ander behoort immers tot de verantwoordelijkheid van verzoeker. Een aansprakelijkheidsstelling is dan ook niet aan de orde. De commissie laat dit punt daarom verder rusten.

Conclusie

- 9.6. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 10 mei 2017,

H.A.J. Kroon