



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door de C te B, tegen IZA Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem
Zaak : Premie, zorgkosten, betalingsachterstand, aanmelding Zorginstituut Nederland,
faillissement, polissplitsing, kosten rechtsbijstand
Zaaknummer : 201500745
Zittingsdatum : 28 oktober 2015

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2014-2015, paragraaf 3.3 Zvw, art. 6:43 BW)

1. Partijen

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

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

2. De verzekeringssituatie

2.1. Verzoeker is tot op heden bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de IZA GezondSamenPolis Restitutie (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Tevens had verzoeker tot 1 februari 2014 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. Verzoeker is op 19 november 2013 in staat van faillissement gesteld.

3.2. De zorgverzekeraar heeft verzoeker op 7 mei 2014 een betalingsherinnering gezonden voor een bedrag van € 777,58 ter zake van premie, zorgkosten, polismutaties en incassokosten.

3.3. Bij brief van 17 mei 2014 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat sprake is van een achterstand in de premiebetaling voor de zorgverzekering van zes of meer maanden, en dat hij is aangemeld als wanbetaler bij het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut).

3.4. De zorgverzekeraar is nadien overgegaan tot afmelding van verzoeker als wanbetaler bij het Zorginstituut.

3.5. Bij brief van 2 september 2014 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat sprake is van een achterstand in de premiebetaling voor de zorgverzekering van vier of meer maanden.

3.6. Bij brief van 7 november 2014 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker een financieel overzicht gestuurd waaruit blijkt dat de openstaande vordering € 3.803,73 bedraagt, en aan hem medegedeeld dat het innen van deze vordering gedurende één maand is stilgelegd.

3.7. Bij brief van 18 november 2014 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat sprake is van een achterstand in de premiebetaling voor de zorgverzekering van zes of meer maanden, en dat hij met ingang van 1 november 2014 is aangemeld als wanbetaler bij het Zorginstituut.

3.8. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormeld standpunt gevraagd. Bij e-mailberichten van 12 en 26 november 2014 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld

 dat de aanmelding bij het Zorginstituut onterecht is geschied, en dat de aanmelding als wanbetaler zodoende met terugwerkende kracht tot 1 november 2014 wordt beëindigd.

 3.9. Bij brief van 6 maart 2015 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar ten onrechte een bedrag van hem vordert, en dat aan hem een vergoeding wordt verleend voor de kosten van rechtsbijstand (hierna: het verzoek).

 3.10. 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.

 3.11. De zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 14 juli 2015 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 22 juli 2015 aan verzoeker gezonden.

 3.12. Verzoeker heeft op 24 juli 2015 gereageerd op het onder 3.11 bedoelde standpunt van de zorgverzekeraar. Een afschrift van deze reactie is aan de wederpartij gezonden.

 3.13. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 29 juli 2015 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De zorgverzekeraar heeft op 13 oktober 2015 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.

 3.14. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 28 oktober 2015 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord.

 3.15. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij e-mailbericht van 17 november 2015 aanvullende informatie gezonden. Een afschrift hiervan is aan de wederpartij gestuurd.

 4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

 4.1. Verzoeker trad voorheen op als verzekeringnemer voor de polis waarop zijn echtgenote, zijn zoon en hijzelf als verzekerden stonden. Deze polis betrof uitsluitend de zorgverzekering. Vanaf 19 november 2013 verkeert verzoeker in staat van faillissement. Medio december 2013 heeft verzoeker de zorgverzekeraar verzocht over te gaan tot polisplitsing, in die zin dat zijn echtgenote en zoon ieder een eigen polis zouden krijgen en een aanvullende verzekering zouden kunnen afsluiten. Een aanvullende ziektekostenverzekering bleek voor verzoeker niet mogelijk in verband met een openstaande vordering. Deze vordering is door de zorgverzekeraar ter verificatie ingediend bij de curator. De zorgverzekeraar was en is dus op de hoogte van het faillissement. Het verzoek tot polisplitsing werd pas medio april 2014 door de zorgverzekeraar gehonoreerd, en is met terugwerkende kracht tot 1 februari 2014 gerealiseerd. Tot het moment van honorering is alleen in de maand januari 2014 € 264,45 betaald, zijnde drie maal de premie voor de zorgverzekering. Op de vraag aan de zorgverzekeraar hoe te handelen omdat de polisplitsing op dat moment nog niet was gerealiseerd, kreeg verzoeker geen antwoord. Een oplossing werd niet gegeven en verzoeker werd aan zijn lot overgelaten.

 4.2. Door de polisplitsing met terugwerkende kracht ontstond een achterstand op de polissen van de echtgenote en zoon van verzoeker. Verzoeker heeft na de polisplitsing dan ook contact opgenomen met de zorgverzekeraar teneinde te overleggen op welke wijze (vermelding klanthnummer et cetera) de ontstane achterstand kon worden ingelopen. Dit heeft geresulteerd in de betalingen van 1 april 2014 van € 88,15, betaald voor de polis van verzoeker, en € 263,58, voor de polissen van zijn echtgenote en zoon. De hierop volgende betalingen van 8 mei 2014 van € 528,90 en € 194,46 zagen op de achterstand die door de zorgverzekeraar was opgegeven (€ 723,36). Het zou de premie voor februari en maart 2014 betreffen. Overigens is voor verzoeker niet duidelijk waarom dit bedrag hoger is dan de overeengekomen premie.

Vervolgens is door verzoeker - en zijn echtgenote en zijn zoon - maandelijks betaald aan de zorgverzekeraar. Bij de betalingen zijn het klantnummer en de betreffende maand vermeld. Verzoeker is zich ervan bewust dat de betreffende betalingen in de loop van de maand, in plaats van vóór aanvang van de maand waarin de verzekering geldt, zijn verricht. Dit kon echter niet anders, omdat verzoeker moet rondkomen van een vrij te laten bedrag in het kader van het faillissement. Dit bedrag ligt op bijstandsniveau en laat geen extra betaling toe. De zorgverzekeraar is hiervan op de hoogte.

- 4.3. De betalingsherinnering van 7 mei 2014 is onbegrijpelijk. De zorgverzekeraar rommelt met bedragen van € 264,45. Deze bedragen zien in het geheel niet op de feitelijke verplichtingen. De zorgverzekeraar bleef melding maken van een achterstand en heeft verzoeker meerdere malen aangemeld als wanbetaler bij het Zorginstituut. Verzoeker heeft iedere keer moeten uitleggen dat de aanmelding onjuist was en dit heeft hem veel tijd en ergernis gekost. De zorgverzekeraar heeft tweemaal zijn excuses aangeboden.
- Omdat de herinneringen en aanmaningen bleven binnenkomen, is een klacht ingediend bij de zorgverzekeraar. In totaal hebben drie klachtenfunctionarissen zich met de kwestie bezighouden, maar geen van hen was bereid een onderzoek uit te voeren op basis van de overgelegde informatie. Duidelijk is wel dat de verrichte betalingen in eerste instantie niet juist zijn geboekt of zelfs onvindbaar waren. Dit geldt met name voor de betalingen van 8 mei 2014. De zorgverzekeraar heeft telefonisch aan verzoeker medegedeeld dat de betalingen waarschijnlijk waren afgeboekt op oude vorderingen van vóór het faillissement. Uit een overgelegd financieel overzicht blijkt dat de zorgverzekeraar betalingen op onnavolgbare wijze splitst en teruggaat tot het jaar 2009. Dit terwijl de zorgverzekeraar op de hoogte is van het faillissement en zijn vordering ter verificatie heeft ingediend.
- De zorgverzekeraar dient de vorderingen van vóór en na het faillissement beter te onderscheiden. Bovendien dienen de bedragen in verband met eigen risico/eigen bijdrage te worden geabstraheerd, omdat deze door de curator betaalbaar worden gesteld uit de boedelrekening.
- Vanaf 1 januari 2015 geldt dat verzoeker per maand € 95,76 aan premie is verschuldigd aan de zorgverzekeraar. Van een achterstand is geen sprake, sterker nog, ter zake van de polissen van verzoeker, zijn echtgenote en zijn zoon resteert een betalingsoverschot van € 204,-- (exclusief eigen risico/eigen bijdrage). De zorgverzekeraar dient dit overschot alsmede de in rekening gebrachte incassokosten te restitueren. Verzoeker maakt tevens aanspraak op vergoeding van de door hem gemaakte kosten van rechtsbijstand.
- 4.4. In reactie op het financiële overzicht dat de zorgverzekeraar bij zijn brief van 14 juli 2015 heeft overgelegd, voert verzoeker het volgende aan.
- Op 9 mei 2014 is in verband met een poliswijziging een bedrag van € 528,90 voldaan dat betrekking had op de polis van de echtgenote en zoon van verzoeker. Op 17 juli 2014 zou een bedrag van € 71,95 zijn teruggestort. Het is onduidelijk of er een verband is met het op 14 januari 2014 ontvangen bedrag. Daarnaast is onduidelijk of de onterecht ontvangen incassokosten als activum zijn verwerkt en of ze betrekking hebben op uitsluitend de polis van verzoeker. Voorts vraagt verzoeker zich af van wie de betaling van 1 juli 2015 van € 3.223,17 afkomstig is. Ook kan hij zich geen vier kleinere betalingen op 31 december 2013 herinneren.
- Het financiële overzicht van de zorgverzekeraar reflecteert zodoende niet een goede en te doorgronden administratie. Dat op grond van een dreigement van de advocaat € 204,-- ter compensatie wordt geboden is ongeloofwaardig. Verzoeker heeft de indruk dat de zorgverzekeraar liever deze € 204,-- betaalt dan eenzelfde bedrag aan arbeidsloon voor een juiste en navolgbare boekhouding.
- 4.5. Ter zitting heeft verzoeker zijn standpunt herhaald. Voorts heeft verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat het faillissement is beëindigd en dat hij thans in de schuldsanering zit. De vordering is gedeeltelijk voldaan. Uit de stukken blijkt van een betaling van € 3.223,17, maar deze is niet te plaatsen. Inmiddels is ter zake van de polis van de zoon van verzoeker ook een achterstand ontstaan.
- 4.6. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

 5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

 5.1. In het kader van het faillissement van verzoeker heeft de zorgverzekeraar een opgave gedaan van het openstaande saldo. Bij brief van 12 december 2013 is aan de curator medegedeeld dat het openstaande saldo € 3.963,35 bedraagt, exclusief incassokosten.

Als gevolg van administratieve fouten is verzoeker meerdere malen onterecht aangemeld bij het Zorginstituut. De zorgverzekeraar betreurt dit zeer. De medewerkers van de zorgverzekeraar die de betreffende klachtdossiers in behandeling hebben gehad, hebben daarom elke aanmelding ongedaan gemaakt en aan verzoeker excuses aangeboden.

 Bij de brief van 14 juli 2015 aan de commissie is een financieel overzicht gevoegd. Dit overzicht ziet op de periode van 1 januari 2009 tot en met heden. De verschuldigde bedragen en ontvangen betalingen zijn in het overzicht opgenomen. 'Zorgkosten voor eigen rekening' betreffen kosten die niet of niet volledig zijn vergoed. Het kan gaan om kosten die wel aan de zorgaanbieder zijn vergoed, maar geheel of gedeeltelijk onder het eigen risico vallen. Ook is het mogelijk dat de kosten niet worden vergoed, omdat ze niet voor vergoeding in aanmerking komen onder de aanvullende ziektekostenverzekering of omdat verzoeker de maximale vergoeding al heeft ontvangen.

 Alle onjuist verwerkte betalingen zijn gecorrigeerd volgens de omschrijving die verzoeker bij zijn betalingen heeft vermeld. Naar de stand van 14 juli 2015 is geen sprake van een betalingsachterstand op de polis van verzoeker.

 5.2. Verzoeker heeft restitutie van een bedrag van € 204,-- geëist. Aangezien de zorgverzekeraar het betreurt dat verzoeker meerdere malen ten onrechte is aangemeld bij het Zorginstituut, is akkoord gegaan met deze eis. Het bedrag van € 204,-- is overgemaakt aan verzoeker.

 5.3. Ter zitting heeft de zorgverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat nog zorgkosten en premie open staan. De betalingen van totaal € 723,36 zijn gedaan onder vermelding van een kenmerk dat hoort bij de polis van verzoeker. Bovendien komen de bedragen overeen met de op hem bestaande vorderingen. De zorgverzekeraar heeft begrepen dat het faillissement is opgeheven en dat thans de schuldsanering op verzoeker van toepassing is. Er is een saldo-opgave gedaan en hierna zou finale kwijting volgen. In dat kader is € 3.223,17 afgeboekt. Feitelijk is dit ten onrechte geschied en daarom is de vordering in het kader van de schuldsanering aangemeld. Voorts heeft de zorgverzekeraar toegezegd de toerekening van het bedrag van € 723,36 te corrigeren, en het betaalde entreegeld te vergoeden.

 5.4. Nadien heeft de zorgverzekeraar verklaard dat het entreegeld is vergoed. De betaling van € 723,36, die is verwerkt op de polis van verzoeker, wordt gecorrigeerd. Een bedrag van € 263,58 wordt verwerkt op de polissen van de echtgenote van verzoeker en zijn zoon. De zorgverzekeraar stuurt nog een aangepaste saldo-opgave naar de bewindvoerder van verzoeker.

 5.5. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat het onderhavige verzoek dient te worden afgewezen.

 6. De bevoegdheid van de commissie

 6.1. Gelet op artikel 10 van de zorgverzekering (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 is of de zorgverzekeraar ten onrechte een bedrag van verzoeker vordert en of verzoeker aanspraak heeft op restitutie van € 204,-- alsmede op vergoeding van de kosten van rechtsbijstand.

 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. 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. 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 komt doorgaans weer een einde zodra de schuld uit de zorgverzekering is ingelost of een schuldregeling wordt getroffen.
- 8.4. 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
- 9.1. De zorgverzekeraar heeft een tweetal poliswijzigingen waar om was verzocht aanvankelijk niet (correct) verwerkt. Dit betreft in de eerste plaats het verzoek van verzoeker om zijn echtgenote als verzekeringnemer voor haar polis te laten optreden en daarnaast het verzoek om de zoon van verzoeker als verzekeringnemer voor zijn eigen polis te laten optreden. Uiteindelijk zijn beide wijzigingen gerealiseerd. Partijen zijn hierover niet langer verdeeld.
- 9.2. Door de zorgverzekeraar is bij zijn brief van 14 juli 2015 een financieel overzicht gevoegd. Uit dit overzicht blijkt dat verzoeker over de periode van 1 januari 2009 - de ingangsdatum van de polis - tot en met 31 juli 2015 een bedrag van € 19.928,41 is verschuldigd ter zake van premie, zorgkosten en incassokosten. Een bedrag van € 71,95 is door de zorgverzekeraar teruggestort aan verzoeker. In voornoemde periode heeft verzoeker voor totaal € 20.000,36 aan betalingen uitgevoerd. Per saldo is derhalve geen sprake (meer) van een betalingsachterstand (€ 19.928,41 + € 71,95 - € 20.000,36).
- 9.3. Echter, in voornoemd bedrag is een betaling opgenomen van € 3.223,17 met als datum 1 juli 2015. Met betrekking tot dit bedrag is door de zorgverzekeraar gesteld, en door verzoeker niet bestreden, dat het hier gaat om een onterechte afboeking. Een en ander is gecorrigeerd en de betreffende vordering is aangemeld in het kader van de schuldsanering.
- 9.4. Op de polis van verzoeker zijn voorts twee betalingen van 8 mei 2014 (ten bedrage van € 528,90 en € 194,46) verwerkt. De ziektekostenverzekeraar heeft ter zitting verklaard een gedeelte van deze betalingen (€ 263,58) alsnog te zullen verwerken op de polis van de echtgenote van verzoeker

en zijn zoon. Hierdoor zal een verdere achterstand op de polis van verzoeker ontstaan. Ook deze correctie zal door de zorgverzekeraar worden betrokken in de saldo-opgave aan de bewindvoerder.

9.5. De zorgverzekeraar is reeds tegemoetgekomen aan de eis van verzoeker aan hem een bedrag van € 204,-- te betalen. Dat dit bedrag, zoals door verzoeker is gesteld, te veel werd betaald, volgt niet uit het voorgaande zodat de vergoeding onverplicht is verleend. De beslissing hiertoe valt binnen het beleid van de zorgverzekeraar, en de commissie zal hierin niet treden.

9.6. Verder maakt verzoeker aanspraak op vergoeding van de door hem gemaakte kosten van rechtsbijstand. Hiertoe merkt de commissie op dat de onderhavige procedure laagdrempelig is en dat tussenkomst van een rechtsbijstandverlener/advocaat zodoende niet noodzakelijk is (art. 1 sub 3 Reglement Geschillencommissie Zorgverzekeringen). Het inschakelen van rechtsbijstand is dan ook een eigen keuze en de hiermee gemoeide kosten blijven in beginsel voor rekening van de partij die deze heeft gemaakt. Verzoeker heeft zich laten bijstaan door een advocaat. De kosten van door deze advocaat verleende rechtsbijstand kunnen op basis van het voorgaande niet worden vergoed, nog daargelaten dat verzoeker dit onderdeel van zijn verzoek niet heeft gesubstantieerd en gespecificeerd. Het betaalde entreegeld van € 37,-- werd inmiddels door de zorgverzekeraar vergoed.

Conclusie

9.7. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek, voor zover hier niet reeds door de zorgverzekeraar aan tegemoet is gekomen, dient te worden afgewezen.

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af op de wijze als onder 9.7 is omschreven.

Zeist, 2 december 2015,

A.I.M. van Mierlo