



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
Zaaknummer : 201600059
Zittingsdatum : 11 mei 2016



Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. P.J.J. Vonk, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en mr. H.A.J. Kroon)



(Voorwaarden zorgverzekering 2015-2016, paragraaf 3.3 Zvw, artt. 6:43 en 6:44 BW)

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 grond van de Basispolis (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 jo. 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 op 23 februari 2015, 31 maart 2015, en 5 mei 2015 betalingsherinneringen voor premie en zorgkosten gestuurd.



3.2. Bij brief van 23 februari 2015 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat sprake is van een achterstand in de premiebetaling voor de zorgverzekering van twee of meer maanden



3.3. Bij brief van 6 mei 2015 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat sprake is van een achterstand in de premiebetaling voor de zorgverzekering van vier of meer maanden



3.4. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormelde standpunten gevraagd. Bij brief van 31 juli 2015, en e-mailbericht van 8 januari 2016 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunten te handhaven.



3.5. Bij e-mailbericht van 8 januari 2016 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de door de zorgverzekeraar gestelde achterstand onjuist is, en dat ten onrechte een vordering is overgedragen aan de incassogemachtigde (hierna: het verzoek).



3.6. Bij brief van 9 februari 2016 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: Zorginstituut).



3.7. 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.



- 3.8. Verzoeker heeft de commissie bij e-mailbericht van 10 maart 2016 zijn standpunt nader toegelicht, waarbij hij zijn verzoek aan de commissie heeft uitgebreid, in die zin dat dient te worden bepaald dat de zorgverzekeraar hem ten onrechte heeft aangemeld als wanbetaler bij het Zorginstituut. Een afschrift van voornoemd e-mailbericht is aan de zorgverzekeraar gezonden.
- 3.9. De zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 25 maart 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 1 april 2016 aan verzoeker gezonden.
- 3.10. Verzoeker heeft op 2 april 2016 met twee e-mailberichten gereageerd op het onder 3.9 bedoelde standpunt van de zorgverzekeraar. Afschrift van deze reacties zijn aan de wederpartij gezonden, waarbij hij in de gelegenheid is gesteld hierop binnen twee weken te reageren. De zorgverzekeraar heeft geen gebruik gemaakt van de geboden gelegenheid.
- 3.11. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 5 april 2016 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord. De zorgverzekeraar heeft op 14 april 2016 schriftelijk medegedeeld eveneens niet te willen worden gehoord.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. Verzoeker betaalt elke maand rond de 23e de premie aan de zorgverzekeraar. Daarnaast zijn de verschuldigde bedragen ter zake van het eigen risico/de eigen bijdrage voldaan. Op 25 september 2015 ontving verzoeker een bedrag van € 25,-- van de zorgverzekeraar. De premies voor november en december 2015 zijn onder vermelding van het correcte betalingskenmerk betaald. Het is dan ook onbegrijpelijk dat de betaling van verzoeker voor de premie van november 2015 is afgeboekt op de premie voor december 2015. Nog vreemder is dat de premiebetaling voor december 2015 niet is afgeboekt op januari 2016 of op de gestelde achterstand, maar dat deze is teruggestort met de mededeling dat alles is betaald. Een bedrag van € 25,-- dat verzoeker had betaald ter aflossing is in december 2015 om onduidelijke redenen teruggestort. Onbegrijpelijk is verder dat een vermeend openstaand premiebedrag direct wordt overgedragen aan de incassogemachtigde, en dat betaalde premiebedragen worden teruggestort. Verzoeker heeft in verband met het voorgaande telefonisch contact opgenomen met de zorgverzekeraar. Na tien minuten wachten werd de verbinding verbroken. Verzoeker voelt zich hierdoor onheus behandeld door de zorgverzekeraar. Volgens de zorgverzekeraar is sprake van een achterstand. Echter, verzoeker krijgt de kans niet om te betalen, waardoor de onbetaalde posten alleen maar oplopen. Vanwege de achterstand heeft verzoeker per 1 januari 2016 niet kunnen overstappen naar een andere verzekeraar. In verband hiermee vordert hij een schadevergoeding van de zorgverzekeraar van € 300,--. Brieven van de incassogemachtigde van de zorgverzekeraar worden door verzoeker niet gelezen. Verzoeker betaalt vanaf 1 januari 2016 geen bedragen meer aan de zorgverzekeraar vanwege de ontstane kwestie. Deze moet eerst worden opgelost, alvorens hij weer gaat betalen. De premiebedragen zullen sowieso tot en met juni 2016 niet worden overgemaakt aan de zorgverzekeraar, maar op een rekening apart worden gezet. Verzoeker voelt zich bedreigd door de brief van de zorgverzekeraar van 9 februari 2016 waarin hij wordt aangesproken als wanbetaler. Voorts benadrukt verzoeker dat hij chronisch ziek is.
- 4.2. Ingevolge een eerder bindend advies van de commissie is de zorgverzekeraar gehouden de kosten van pedicurebehandelingen aan verzoeker te vergoeden, alsook het betaalde entreegeld. Genoemde bedragen dienen te worden verrekend met de achterstand. Tevens is de zorgverzekeraar ingevolge een ander bindend advies van de commissie gehouden de eigen bijdrage die door het CAK in rekening is gebracht voor de jaren 2010 en 2011 te vergoeden aan verzoeker. Hierbij dient te worden uitgegaan van de factuurdatum. De zorgverzekeraar heeft dit bindend advies niet correct uitgevoerd. De in dit kader nog te ontvangen bedragen dienen eveneens te worden verrekend met de achterstand.

Inzake de bevoegdheid tot verrekening verwijst verzoeker naar de betreffende wettelijke bepalingen.

- 4.3. In zijn e-mailberichten van 2 april 2016 benadrukt verzoeker dat hij in 2015 alle maandpremies heeft voldaan. Ook heeft hij alle door hem verschuldigde zorgkosten voldaan. Hij heeft bankafschriften waaruit dit blijkt. Hij heeft de premies van de maanden januari en februari 2015 laten storneren en verrekend. Als er al sprake is van een betalingsachterstand bedraagt zeker geen zes maandpremies.
Verzoeker deelt mede dat hij de zorgverzekeraar niet meer zal betalen. De zorgverzekeraar moet maar naar de rechter gaan, aldus verzoeker.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

- 5.1. Van januari 2007 tot en met mei 2014 stond voor de polis van verzoeker als betaalwijze voor de premie 'acceptgiro' geregistreerd. Van juni 2014 tot en met april 2015 had verzoeker de zorgverzekeraar gemachtigd de premie automatisch van zijn rekening te incasseren. Vanaf mei 2015 staat wederom 'acceptgiro' als betaalwijze geregistreerd.
Op een acceptgiro vermeldt de zorgverzekeraar een betalingskenmerk. Dit kenmerk is gekoppeld aan een maandpremie. Verzekerden worden verzocht bij de betaling - anders dan door middel van de toegezonden acceptgiro - het opgegeven kenmerk te vermelden. De premie dient steeds vóór de eerste van de betreffende maand te zijn betaald.

Verzoeker voldoet vanaf de ingangsdatum van de polis de premie niet tijdig. In de periodes dat hij met een acceptgiro diende te betalen, is telkens in de lopende maand betaald en soms helemaal niet. In de periode dat de premie automatisch door de zorgverzekeraar werd geïncasseerd, werd deze regelmatig gestorneerd.

Aan verzoeker zijn meerdere betalingsherinneringen gestuurd ter zake van premie.

- 5.2. Op 23 april 2014 is aan verzoeker een zorgkostennota voor medicijnen gezonden. Deze nota diende vóór 13 mei 2014 te zijn betaald. Verzoeker heeft om uitleg over de zorgkostennota gevraagd, en deze is gegeven. Tevens is aan verzoeker een betalingsregeling (acht termijnen van € 26,10) aangeboden, en hiermee heeft hij zich akkoord verklaard. Bij brief van 29 april 2014 is de overeengekomen betalingsregeling schriftelijk aan verzoeker bevestigd. Op verzoek van verzoeker is de premie van mei 2014 meegenomen in de betalingsregeling, waardoor deze uit twaalf termijnen van € 25,89 bestond. Brieven hieromtrent zijn op 30 april 2014 aan verzoeker gestuurd. Vervolgens stelde verzoeker opnieuw vragen over de zorgkostennota met vervaldatum 13 mei 2014, en wendde hij zich tot de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen. De zorgverzekeraar heeft de klacht van verzoeker beoordeeld en hem hierover op 2 juni 2014 een brief gezonden.

Op 17 juni 2014 is aan verzoeker een zorgkostennota gezonden voor orthopedische schoenen, ten bedrage van € 151,15. Dit bedrag zou rond 7 juli 2014 automatisch worden geïncasseerd.

Verzoeker heeft zich over deze nota beklaagd en medegedeeld dat hij de automatische incasso zou blokkeren en ook de premie voor de zorgverzekering niet meer aan de zorgverzekeraar zou betalen. Ondanks een gegeven uitleg over de zorgkostennota heeft verzoeker de automatische incasso laten storneren. De zorgverzekeraar ontving het bericht hierover van de bank van verzoeker op 11 juli 2014. Op 18 juli 2014 is een herinnering aan verzoeker gezonden voor de betaling van de zorgkostennota.

Op 23 juli 2014 is aan verzoeker een declaratieoverzicht gestuurd vanwege prijscorrecties die waren uitgevoerd door de apotheek. Hij hoefde geen bedrag te betalen, en zou ook geen bedrag ontvangen. Verzoeker heeft om uitleg van dit overzicht gevraagd, en deze is hem gegeven. Voorts deelde verzoeker mede dat alleen de maandpremie nog automatisch mocht worden geïncasseerd, dat geen verrekeningen mochten worden uitgevoerd en dat hij geen eigen risico meer zou betalen. De zorgverzekeraar heeft aan hem te kennen gegeven op deze wensen niet te kunnen ingaan. Tevens is verzoeker gewaarschuwd dat de achterstand zou worden overgedragen aan de incassogemachtigde als hij niet zou betalen.

Omdat verzoeker de zorgkostennota ter zake van de orthopedische schoenen niet had voldaan na de eerste herinnering, is op 9 augustus 2014 een tweede herinnering gestuurd. Na een verzoek

hiertoe is op 13 augustus 2014 met verzoeker een betalingsregeling getroffen voor de betreffende zorgkostennota, inhoudende betaling in twaalf maandtermijnen van € 26,47. In deze regeling werd het nog openstaande bedrag van de vorige betalingsregeling meegenomen. Bovendien is met verzoeker een nieuwe betalingsregeling overeengekomen voor de premieachterstand van mei 2014 tot en met september 2014. Beide regelingen zijn per brief bevestigd. Tezamen betroffen de regelingen een maandtermijn van € 41,24.

De incasso's van de premie voor januari en februari 2015, en de maandtermijn van januari 2015 voor de betalingsregeling zijn gestorneerd. De zorgverzekeraar heeft daarom op 5 februari 2015 de betalingsregelingen beëindigd. Dit is per brief aan verzoeker bevestigd, en hij diende de volledige achterstand binnen veertien dagen te voldoen.

- 5.3. Bij brief van 23 februari 2015 is verzoeker gewezen op de premieachterstand van twee maanden en gewaarschuwd voor een mogelijke aanmelding bij het Zorginstituut (tweemaandsbrief). Daarnaast zijn op dezelfde dag betalingsherinneringen aan verzoeker gestuurd voor de premieachterstand en de onbetaalde zorgkostennota's. Op 17 maart 2015 is een brief aan verzoeker gezonden over de verschuldigde premie en het beëindigen van de aanvullende verzekering. Verzoeker betaalde de achterstand echter nog steeds niet. Daarom is op 31 maart 2015 een tweede herinnering gestuurd. Verzoeker reageerde hier op 6 april 2015 op, door mede te delen dat hij de incassomachtiging zou intrekken. Op 7 april 2015 is aan verzoeker geantwoord dat de betaalwijze zou worden gewijzigd naar betaling per acceptgiro. Tevens is uitgelegd dat de premie vóór de eerste van de maand moet worden betaald, en dat als de premie dan niet zou zijn betaald, herinneringen zouden worden gestuurd en eventueel incassokosten in rekening zouden worden gebracht. Verzoeker heeft te kennen gegeven het hier niet mee eens te zijn en de zorgverzekeraar heeft zijn uitleg herhaald. Op 5 mei 2015 is een derde betalingsherinnering aan verzoeker gestuurd, en op 6 mei 2015 is hij geïnformeerd over de premieachterstand van vier maanden en de dreigende aanmelding bij het Zorginstituut (viermaandsbrief). Naar aanleiding van deze brieven stuurde verzoeker op 8, 18 en 23 mei 2015 e-mailberichten aan de zorgverzekeraar. Hij was het niet eens met de achterstand. Op 26 mei 2015 is aan verzoeker uitgelegd waar de achterstand op dat moment uit bestond. Ondanks de herinneringen en de uitleg van de zorgverzekeraar voldeed verzoeker de achterstand niet. Op 3 juni 2015 is de betreffende vordering overgedragen aan de incassogemachtigde. De achterstand bestond op dat moment uit zorgkostennota's met vervaldatum 13 mei 2014, 7 juli 2014 en 31 mei 2015, de premie voor september 2014, januari 2015, februari 2015 en mei 2015. De incassogemachtigde heeft dossier 5233775 aangemaakt. Op 13 oktober 2015 is de nota voor de premie voor november 2015 aan verzoeker gestuurd, waarbij hem is verzocht vóór 1 november 2015 te betalen. De zorgverzekeraar heeft voor die datum geen betaling met het kenmerk voor november 2015 ontvangen, zodat de betreffende maandpremie onbetaald is gebleven. Op 23 november 2015 ontving de zorgverzekeraar een betaling van € 102,80 van verzoeker. Bij deze betaling heeft verzoeker het kenmerk voor de premie voor november 2015 vermeld. De vordering ter zake van de premie voor november 2015 was op dat moment echter al overgedragen aan de incassogemachtigde. Om de betalingsachterstand van de lopende premie niet verder te laten oplopen, is de betreffende betaling geboekt op de premie voor december 2015. Op 23 december 2015 ontving de zorgverzekeraar nog een betaling van € 102,80 van verzoeker. Bij deze betaling vermeldde verzoeker het kenmerk voor de premie voor december 2015. De premie voor december 2015 was echter al voldaan door de betaling van 24 november 2015. De zorgverzekeraar stort betalingen altijd terug als een kenmerk wordt vermeld van een nota die al is voldaan. Daarom is het bedrag van € 102,80 op 29 december 2015 aan verzoeker teruggestort. De zorgverzekeraar betreurt de verwarring die hierdoor bij verzoeker is ontstaan. Aan het dossier bij de incassogemachtigde zijn later toegevoegd de zorgkostennota's met vervaldatum 8 juni 2015 en 5 september 2015, en de premie voor juni 2015, augustus tot en met november 2015, januari en februari 2016. Op 14 maart 2016 heeft de incassogemachtigde het dossier teruggegeven aan de zorgverzekeraar, in afwachting van het bindend advies van de commissie.
- 5.4. Verzoeker heeft zich bij de zorgverzekeraar beklagd over het financiële overzicht dat hem op 23 juli 2015 werd toegezonden. De zorgverzekeraar heeft hierop gereageerd, maar verzoeker was het niet eens met deze reactie. Nadien heeft bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen plaatsgevonden. De uitkomst hiervan was dat nog immer sprake was van een betalingsachterstand.

- 5.5. Verzoeker heeft de premieachterstand laten oplopen tot meer dan zes maanden. Daarom is hij op 9 februari 2016 aangemeld als wanbetaler bij het Zorginstituut. Op het moment van aanmelding stond de premie voor september 2014 (deels), januari 2015, februari 2015, juni 2015, november 2015, januari 2016 en februari 2016 open. Vanaf 1 maart 2016 int het Zorginstituut de bestuursrechtelijke premie bij verzoeker. De zorgverzekeraar stelt dat de aanmelding als wanbetaler terecht is geschied. Verzoeker wordt pas afgemeld op het moment dat hij de gehele achterstand heeft voldaan.
- 5.6. Vanaf juni 2015 maakt verzoeker maandelijks uit eigen beweging een bedrag van € 50,- over aan de zorgverzekeraar. Dit betreft nadrukkelijk geen betalingsregeling. De betalingen zijn verwerkt op de achterstand.
- 5.7. De zorgverzekeraar heeft geen opzegging van verzoeker ontvangen. Volledigheidshalve wordt opgemerkt dat de zorgverzekering ook niet beëindigd had kunnen worden vanwege de achterstand die op 1 januari 2016 bestond. Ter onderbouwing van dit standpunt verwijst de zorgverzekeraar naar artikel 8a Zvw en artikel 9.4 van de zorgverzekering.
- 5.8. Verzoeker betaalde op 23 december 2015 tweemaal € 25,- aan de zorgverzekeraar. Bij zijn betalingen vermeldde hij het kenmerk van de zorgkostennota met vervaldatum 31 mei 2015. De zorgverzekeraar heeft één betaling op deze zorgkostennota geboekt, waarmee deze nota was voldaan. Het andere bedrag van € 25,- is daarom aan verzoeker teruggestort.
- 5.9. In zijn verzoek aan de commissie van 10 maart 2016 heeft verzoeker medegedeeld dat hij vergoedingen van de zorgverzekeraar aan hem heeft verrekend met de achterstand. De zorgverzekeraar benadrukt dat verzoeker niet het recht heeft zijn vordering op de zorgverzekeraar te verrekenen met de verschuldigde premie. Dit is in artikel 8.2 van de zorgverzekering expliciet uitgesloten. Bovendien is de zorgverzekeraar van mening dat geen sprake is van een vordering van verzoeker op de zorgverzekeraar, en wel op grond van het hiernavolgende.
- De commissie heeft op 14 januari 2015 een bindend advies uitgebracht in een kwestie tussen verzoeker en de zorgverzekeraar omtrent de vergoeding van nota's van het CAK voor de eigen bijdrage voor thuiszorg. In dit bindend advies is vastgesteld dat de zorgverzekeraar de nota's dient te vergoeden tot drie jaar na de factuurdatum. Dit bindend advies is uitgevoerd door de nota's met een factuurdatum vanaf maart 2011 alsnog aan verzoeker te vergoeden. Verzoeker is het niet eens met deze uitleg en uitvoering van het bindend advies. De zorgverzekeraar meent het bindend advies juist te hebben uitgevoerd. Verzoeker heeft al vele malen zijn beklag gedaan over de uitleg van het bindend advies. Daarom verzoekt de zorgverzekeraar de commissie op dit punt helderheid te verschaffen.
- Daarnaast heeft de commissie een bindend advies uitgebracht in een kwestie tussen verzoeker en de zorgverzekeraar omtrent de vergoeding van pedicurenota's. In deze kwestie heeft de zorgverzekeraar toegezegd de pedicurenota's uit 2015 uit coulance te vergoeden. Het bedrag is inmiddels aan verzoeker betaald. Overigens heeft de commissie het verzoek van verzoeker in die zaak afgewezen.
- 5.10. De zorgverzekeraar ziet geen reden een schadevergoeding aan verzoeker te betalen.
- 5.11. 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' van de zorgverzekering (2015-2016) 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 hoogte van de betalingsachterstand, de aanmelding van verzoeker als wanbetaler bij het Zorginstituut, en de gevorderde schadevergoeding.

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 8.2 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering (2015-2016) is de verzekeringnemer de premie bij vooruitbetaling verschuldigd.

8.3. In artikel 9 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering (2015-2016) is bepaald dat bij niet-tijdige betaling van de premie, administratiekosten, invorderingskosten en de wettelijke rente in rekening kunnen worden gebracht bij de verzekeringnemer. Voorts is in dit artikel (9.4) bepaald dat de zorgverzekering niet kan worden opgezegd totdat de verschuldigde premie, en eventuele administratiekosten, invorderingskosten en wettelijke rente zijn betaald.

8.4. Artikel 8a Zvw luidt:

"1 Nadat de zorgverzekeraar de verzekeringnemer heeft aangemaand tot betaling van een of meer vervallen termijnen van de verschuldigde premie, kan de verzekeringnemer gedurende de tijd dat de verschuldigde premie, rente en incassokosten niet zijn voldaan, de zorgverzekering niet opzeggen, tenzij de zorgverzekeraar de zorgverzekering of de dekking daarvan heeft geschorst of opgeschort. 2 Het eerste lid lijdt uitzondering indien de zorgverzekeraar de verzekeringnemer binnen twee weken te kennen geeft de opzegging te bevestigen."

8.5. 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:

(...)

b. is geen premie verschuldigd over de periode, bedoeld in artikel 18d, eerste lid."

8.6. 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.

8.7. 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 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 aanzien 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 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."

8.8. 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.

8.9. De toerekening van betalingen is geregeld in de artikelen 6:43 en 6:44 BW. Deze artikelen luiden als volgt:

"Artikel 6:43

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."

"Artikel 6:44

1. Betaling van een op een bepaalde verbintenis toe te rekenen geldsom strekt in de eerste plaats in mindering van de kosten, vervolgens in mindering van de verschenen rente en ten slotte in mindering van de hoofdsom en de lopende rente.

2. De schuldeiser kan, zonder daardoor in verzuim te komen, een aanbod tot betaling weigeren, indien de schuldenaar een andere volgorde voor de toerekening aanwijst.

3. De schuldeiser kan volledige aflossing van de hoofdsom weigeren, indien daarbij niet tevens de verschenen en lopende rente alsmede de kosten worden voldaan."

9. Beoordeling van het geschil

Hoogte betalingsachterstand

- 9.1. De zorgverzekeraar heeft bij zijn brief van 25 maart 2016 een financieel overzicht overgelegd. Uit dit overzicht blijkt dat verzoeker over de periode van januari 2007 tot en met maart 2016 een bedrag van € 16.652,07 is verschuldigd ter zake van premie, eigen risico, zorgkosten en incassokosten. In voornoemde periode heeft verzoeker totaal € 14.323,48 betaald. Een bedrag van € 84,02 is opgevoerd als premiecorrectie, € 1.045,93 is verrekend, € 45,-- is afgeboekt, en € 84,02 is uitbetaald. Zodoende staat volgens de zorgverzekeraar nog een bedrag van € 1.237,66 open. Verzoeker heeft enkele betaalbewijzen c.q. rekeningafschriften overgelegd. De betreffende betalingen en ontvangen bedragen komen overeen met het financiële overzicht en het nader commentaar van de zorgverzekeraar. Enkel van een door verzoeker van de zorgverzekeraar ontvangen bedrag (terugstorting) van € 25,-- op 25 september 2015 is geen melding gemaakt. De door de zorgverzekeraar toegepaste toerekening van de premiebetalingen voor november en december 2015 van verzoeker strookt niet met hetgeen is bepaald in artikel 6:43 BW. Eén premiebedrag is volgens de toelichting van de zorgverzekeraar verwerkt (afgeboekt), en het andere premiebedrag is teruggestort aan verzoeker. Dit blijkt echter niet uit het financiële overzicht van de zorgverzekeraar. Aangezien een en ander geen gevolgen heeft voor de hoogte van de betalingsachterstand, laat de commissie dit punt verder rusten, in die zin dat een correctie achterwege kan blijven. De commissie stelt vast dat naar de stand van 25 maart 2016 sprake is van een betalingsachterstand van totaal € 1.237,66.
- 9.2. De verwijzing van verzoeker naar twee eerdere bindende adviezen van de commissie, en zijn stelling dat bedragen dienen te worden verrekend met de achterstand, treffen geen doel. De vergoeding van pedicurebehandelingen en de eigen bijdrage die door het CAK wordt geïnd, vormen geen onderwerp van geschil in de onderhavige procedure. De commissie verwijst naar de betreffende uitspraken en tekent hierbij aan dat de daarin opgenomen overwegingen worden geacht het dictum te dragen. Indien partijen menen dat dit niet het geval is, staat de weg van marginale toetsing door de bevoegde rechter open.

Aanmelding Zorginstituut

- 9.3. De zorgverzekeraar heeft verzoeker op 9 februari 2016 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.
- 9.4. De zorgverzekeraar heeft in zijn brief van 25 maart 2016 verklaard dat ten tijde van de aanmelding bij het Zorginstituut de premie voor de maanden september 2014 (gedeeltelijk), januari 2015, februari 2015, juni 2015, november 2015, januari 2016 en februari 2016 open stond. Verzoeker heeft de premie voor de maanden november en december 2015 weliswaar te laat betaald, echter hij heeft bij de betreffende betalingen wel het door de zorgverzekeraar opgegeven kenmerk voor die premies vermeld. Eén van de betalingen (de door verzoeker bedoelde premiebetaling voor december 2015) is door de zorgverzekeraar teruggestort. Gelet op hetgeen is overwogen onder 9.1 ter zake van de imputatie (artikel 6:43 BW) is de commissie van oordeel dat heeft te gelden dat verzoeker de premie voor de maanden november en december 2015 heeft betaald. Verzoeker heeft aldus aan zijn verplichting tot premiebetaling voldaan en de terugstorting kan niet ertoe leiden dat een premievordering ontstaat. Verzoeker blijft overigens het bedrag van € 102,80 wel verschuldigd. Uitgaande van de opgaaf van de premieachterstand van de zorgverzekeraar, betekent dit dat ten tijde van de aanmelding bij het Zorginstituut vijf hele maandpremies, en één gedeeltelijke maandpremie openstonden. Verzoeker heeft de vierdemaandswaarschuwing tijdig betwist, en hij heeft de kwestie na ontvangst van de heroverweging van de zorgverzekeraar hieromtrent, tijdig voorgelegd aan de commissie. Ook om die reden had op 9 februari 2016 geen aanmelding bij het Zorginstituut mogen plaatsvinden.

- 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 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 maart 2016 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.

- 9.6. Voorts maakt verzoeker aanspraak op een schadevergoeding van € 300,--. Dit verzoek is door hem niet nader gespecificeerd en gesubstantieerd, zodat het reeds om die reden dient te worden afgewezen. Hierbij tekent de commissie nog aan dat verzoeker de betreffende vordering onderbouwt met de stelling dat zijn opzegging van de zorgverzekering ten onrechte is geweigerd. Van een zodanige opzegging is evenwel niet gebleken. Zou zijn opgezegd, dat stond het de zorgverzekeraar vrij hier geen gevolg aan te geven, gelet op artikel 8a Zvw en artikel 9.4 van de zorgverzekering (2015-2016).

Conclusie

- 9.7. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen voor zover het de aanmelding bij het Zorginstituut met ingang van 1 maart 2016 betreft, en voor het overige dient te worden afgewezen.

- 9.8. Aangezien het verzoek deels wordt toegewezen, dient de zorgverzekeraar het entreegeld van € 37,-- aan verzoeker te vergoeden.

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek gedeeltelijk toe met inachtneming van hetgeen onder 9.7 is overwogen.

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

Zeist, 11 mei 2016,

P.J.J. Vonk