



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht
Zaak : Premie, zorgkosten, betalingsachterstand, aanmelding CVZ, afmelding Zorginstituut,
overdracht vorderingen aan incassogemachtigde
Zaaknummer : 201601373
Zittingsdatum : 12 oktober 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, paragraaf 3.3 Zvw)

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 verzekering Basis Zeker (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. Bij brief van 24 maart 2010 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat sprake is van een achterstand in de premiebetaling voor de zorgverzekering van hemzelf van zes of meer maanden, en dat hij is aangemeld als wanbetaler bij het toenmalige College voor zorgverzekeringen, thans het Zorginstituut Nederland (hierna: Zorginstituut).

3.2. Bij e-mailbericht van 3 december 2015 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de betalingsachterstand € 1.246,87 bedraagt, exclusief rente en kosten.

3.3. Verzoeker heeft de zorgverzekeraar verzocht om heroverweging van voormelde standpunten. Bij e-mailbericht van 7 december 2015 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunten te handhaven.

3.4. Bij klachtenformulier van 10 juni 2016 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen (i) dat de zorgverzekeraar gehouden is hem af te melden als wanbetaler bij het Zorginstituut, (ii) dat de door de zorgverzekeraar genoemde betalingsachterstand onjuist is, en (iii) dat de zorgverzekeraar ten onrechte vorderingen heeft overgedragen aan de incassogemachtigde (hierna: het verzoek).

3.5. 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.

3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 25 juli 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 26 juli 2016 aan verzoeker gezonden.



3.7. Verzoeker heeft op 3 augustus 2016 gereageerd op het onder 3.6 bedoelde standpunt van de zorgverzekeraar. Een afschrift van deze reactie is aan de wederpartij gezonden.



3.8. De incassogemachtigde van de zorgverzekeraar heeft bij brief van 14 september 2016 aan verzoeker medegedeeld dat de openstaande vordering € 567,99, inclusief incassokosten en rente, bedraagt.



3.9. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 27 juli 2016 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De zorgverzekeraar heeft op 6 oktober 2016 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.



3.10. Verzoeker heeft de commissie bij e-mailbericht van 29 september 2016 aanvullende informatie gezonden. Een afschrift hiervan is aan de zorgverzekeraar gestuurd.



3.11. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 12 oktober 2016 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker



4.1. Verzoeker was voorheen verzekerd bij Agis, de rechtsvoorganger van de zorgverzekeraar, en is op enig moment in financiële moeilijkheden gekomen. Verzoeker heeft in 2008 contact opgenomen met de betrokken verzekeraar en heeft hem verzocht de premie voor de zorgverzekering per jaar te mogen betalen, in plaats van per maand. Aan dat verzoek is geen gevolg gegeven. Na de overname van Agis door de zorgverzekeraar heeft verzoeker wederom verzocht om aanpassing van de betaaltermijn van maand in jaar. Tevens heeft verzoeker voorgesteld voor de achterstallige premie een betalingsregeling te treffen. Volgens de zorgverzekeraar moest hiervoor in oktober 2015 opnieuw contact worden opgenomen. Verzoeker heeft dit gedaan en toen werd hem verteld dat hij zich in november 2015 wederom met de zorgverzekeraar in verbinding moest stellen. Op 19 en 25 november 2015 heeft telefonisch contact plaatsgevonden. Uiteindelijk is het betalingsvoorstel van verzoeker niet ingewilligd. De zorgverzekeraar verweet verzoeker dat hij te laat was. Verzoeker was reeds aangemeld als wanbetaler bij het Zorginstituut, en tevens waren al eerder vorderingen overgedragen aan de incassogemachtigde. Verzoeker heeft in reactie hierop geen betalingen meer gedaan aan de zorgverzekeraar.



4.2. Verzoeker stelt dat de aanmelding als wanbetaler bij het Zorginstituut ten onrechte is geschied. Daarnaast is het niet juist dat de zorgverzekeraar nota's direct overdraagt aan de incassogemachtigde. Verzoeker heeft destijds een duidelijk betalingsvoorstel gedaan, en de zorgverzekeraar heeft hem aan het lijntje gehouden in verband met vermeende drukte. Het is onbegrijpelijk dat de aanmelding bij het Zorginstituut tot op heden voortduurt. Verzoeker wenst dat de achterstand bij Agis wordt kwijtgescholden, en dat hij wordt afgemeld als wanbetaler bij het Zorginstituut. Door de handelwijze van de zorgverzekeraar is verzoeker de mogelijkheid ontnomen over te stappen naar een andere verzekeraar. Verzoeker verklaart bereid te zijn de premie voor de jaren 2015 en 2016 te voldoen aan de zorgverzekeraar.



4.3. In reactie op het nader commentaar van de zorgverzekeraar, stelt verzoeker dat onjuist is dat reeds in 2007 nota's zijn overgedragen aan de incassogemachtigde. Uit het financiële overzicht volgt immers dat in 2007 steeds tijdig werd betaald.



4.4. Verzoeker heeft bij e-mailbericht van 16 september 2016 een afschrift van een brief van de incassogemachtigde van de zorgverzekeraar van 14 september 2016 in het geding gebracht, met daarin opgenomen het totaalbedrag van de openstaande vordering. Naar de commissie begrijpt, is hij het met de inhoud van die brief niet eens. Vervolgens heeft verzoeker een afschrift van een brief van de incassogemachtigde van de zorgverzekeraar, gedateerd 23 september 2016, in het geding gebracht, met daarin het verzoek



binnen vijf dagen een (restant)bedrag van € 2.100,29 te voldoen. Dit schrijven werd echter zes dagen na de dagtekening bezorgd, zodat tijdige betaling onmogelijk was. Verzoeker verklaart dat hij al geruime tijd geen zorgtoeslag ontvangt én dat sprake is van inhouding op zijn salaris.

4.5. Ter zitting heeft verzoeker zijn standpunt herhaald. Voorts heeft verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat hij, in tegenstelling tot hetgeen de zorgverzekeraar stelt, altijd bereikbaar is. De openstaande bedragen kloppen niet. Als de nota steeds jaarlijks op tijd naar hem was gestuurd, was er geen probleem geweest. Er was sprake van eigen vermogen. De kern van het probleem ligt niet bij verzoeker, maar bij de wederpartij.

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. Verzoeker heeft vanaf 2008 achterstanden laten ontstaan in de betaling van de premie voor de zorgverzekering. De betreffende achterstanden zijn overgedragen aan de incassogemachtigde. Deze heeft de vordering ondergebracht in verschillende dossiers:

- Dossier 563556: betreft premie voor de periode van juni 2008 tot en met oktober 2008, alsmede een zorgkostennota uit 2008. De vordering in dit dossier is bij vonnis van 16 december 2008 toegewezen. Door middel van beslaglegging is de gehele vordering voldaan. Het dossier is gesloten.
- Dossier 1024901: betreft de premie voor de periode van november 2008 tot en met maart 2010. De vordering in dit dossier is bij vonnis van 15 juli 2011 toegewezen, en is thans nog niet volledig voldaan.
- Dossier 1230036: betreft een deel van de premie voor januari 2010 en de zorgkostennota's met vervaldata 1 februari 2011, 12 april 2012, 23 mei 2012 en 27 juni 2012. Dit dossier bevindt zich nog in de minnelijke fase. De incassogemachtigde is verzocht het traject tijdelijk stil te leggen tot het bindend advies van de commissie is uitgebracht.
- Dossier 1392250: betreft de zorgkostennota's met vervaldata 18 januari 2013, 1 februari 2013, 16 juni 2013, 19 september 2013 en 3 maart 2015. Dit dossier bevindt zich nog in de minnelijke fase. De incassogemachtigde is verzocht het traject tijdelijk stil te leggen tot het bindend advies van de commissie is uitgebracht.

Uit het voorgaande blijkt dat al sinds 2008 achterstanden bestaan, die zijn overgedragen aan de incassogemachtigde. Als verzoeker nieuwe zorgkostennota's onbetaald laat, worden deze direct overgedragen aan de incassogemachtigde.

5.2. De zorgverzekeraar heeft geprobeerd verzoeker in het kader van de Wet structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering te bewegen tot betaling van de premieachterstand. Verzoeker heeft de achterstand echter laten oplopen tot (meer dan) zes maandpremies. Ondanks de toegezonden twee- en viermaandsbrief, waarin hij is gewaarschuwd voor de dreigende aanmelding als wanbetaler, heeft verzoeker niet betaald. Daarom heeft de zorgverzekeraar verzoeker op 24 maart 2010 aangemeld als wanbetaler bij het toenmalige College voor zorgverzekeringen. De aanmelding is bevestigd in de zesmaandsbrief van gelijke datum. Vanaf april 2010 int het College voor zorgverzekeringen, en thans het Zorginstituut, de bestuursrechtelijke premie. Verzoeker is echter de premieachterstand tot de datum van aanmelding als wanbetaler nog steeds verschuldigd aan de zorgverzekeraar, alsmede de zorgkostennota's. Verzoeker kan worden afgemeld als wanbetaler als hij de volledige achterstand, dus zowel de achterstallige premie als de openstaande zorgkosten, maar ook de eventuele verschuldigde (incasso)kosten en rente, heeft voldaan. Omdat nog steeds sprake is van een achterstand, kan verzoeker niet worden afgemeld bij het Zorginstituut. Vanaf 1 juli 2016 geldt echter dat de aanmelding bij het Zorginstituut kan worden opgeschort als voor alle lopende dossiers bij de

incassogemachtigde een regeling wordt getroffen. De zorgverzekeraar raadt verzoeker dan ook aan om contact op te nemen met de incassogemachtigde voor het treffen van een bij zijn financiële situatie passende regeling. Indien een regeling tot stand, komt zal de aanmelding bij het Zorginstituut worden *opgeschort*, en volgt dus geen afmelding. Dit betekent dat indien verzoeker de lopende premie en/of zorgkosten niet tijdig aan de zorgverzekeraar betaalt, de opschorting dan direct en zonder waarschuwing komt te vervallen. Verzoeker dient dan weer de bestuursrechtelijke premie aan het Zorginstituut te betalen.

- 5.3. De zorgverzekeraar registreert iedere vorm van communicatie met verzekerden in het klantcontactsysteem. Op deze wijze kan de zorgverzekeraar achterhalen op welke datum brieven zijn ontvangen of op welk moment telefoongesprekken met verzekerden hebben plaatsgevonden. Nadat een gesprek heeft plaatsgevonden wordt een notitie in het systeem gemaakt door de zorgverzekeraar.
- Na controle in het klantcontactsysteem is het de zorgverzekeraar gebleken dat in oktober 2015 geen contact met verzoeker is geregistreerd. Op 19 november 2015 heeft verzoeker wel telefonisch contact opgenomen met de zorgverzekeraar. Hij verzocht toen om voor 2015 en 2016 de betaaltermijn aan te passen van maandbetaling naar jaarbetaling. De medewerker van de zorgverzekeraar heeft aan verzoeker medegedeeld dat zijn verzoek in behandeling zou worden genomen en dat hij hierover zou worden teruggebeld. Op 23 november 2015 is geprobeerd verzoeker telefonisch te bereiken, maar dit is niet gelukt. Het wijzigen van maandbetaling naar jaarbetaling was niet mogelijk, omdat verzoeker reeds was aangemeld als wanbetaler bij het Zorginstituut en hij de lopende premie dus niet meer verschuldigd was aan de zorgverzekeraar. Op 25 november 2015 heeft verzoeker opnieuw telefonisch contact opgenomen met de zorgverzekeraar. In dit gesprek heeft verzoeker zijn ongenoegen geuit over de gang van zaken bij de zorgverzekeraar. Vanwege de toonzetting van het gesprek, heeft de medewerker de verbinding uiteindelijk verbroken. Verzoeker heeft diezelfde dag per e-mail een klacht ingediend bij de zorgverzekeraar. Hierin uitte hij opnieuw zijn ongenoegen over de werkwijze van de zorgverzekeraar. Tevens deed hij een voorstel: als hij een overzicht van de achterstand zou ontvangen, zou verzoeker de openstaande posten uit 2015 en 2016 aan de zorgverzekeraar betalen. De oudere openstaande posten werden volgens verzoeker al via de incassogemachtigde/deurwaarder voldaan.
- Op 1 december 2015 heeft de zorgverzekeraar telefonisch contact opgenomen met verzoeker. De medewerker heeft aan hem medegedeeld dat hij op 3 december 2015 zou worden teruggebeld over zijn e-mailbericht van 25 november 2015. In het daaropvolgende telefoongesprek van 3 december 2015 is met verzoeker besproken welke posten nog open stonden bij de zorgverzekeraar en op welke wijze deze konden worden betaald. Ook heeft de medewerker toegelicht dat verzoeker de bijkomende kosten aan de incassogemachtigde diende te betalen. Zodra alles was betaald, zou verzoeker worden afgemeld bij het Zorginstituut. De medewerker van de zorgverzekeraar heeft voornoemde informatie diezelfde dag per e-mail aan verzoeker bevestigd.
- Verzoeker heeft op 3 december 2015 wederom een klacht ingediend bij de zorgverzekeraar. Hierin stelt verzoeker dat hij onterecht is aangemeld bij het CJIB (lees: Zorginstituut) en dat dossiers lopen bij zowel de incassogemachtigde/deurwaarder als het CJIB. Verzoeker verzocht om een voorstel en deelde daarnaast mede dat zijn rekeningnummer niet juist was. Naar aanleiding van dit e-mailbericht heeft de zorgverzekeraar op 7 december 2015 telefonisch contact opgenomen met verzoeker. Bij dit gesprek bleek dat verzoeker de achterstand niet wilde betalen, maar wel wilde worden afgemeld bij het Zorginstituut. De medewerker van de zorgverzekeraar heeft daarop medegedeeld dat afmelding bij het Zorginstituut niet mogelijk was totdat de volledige achterstand zou zijn voldaan. Verzoeker ontving op 7 december 2015 per e-mail een bevestiging van hetgeen was besproken in het telefoongesprek eerder die dag.
- 5.4. Naar de stand van 25 juli 2016 is sprake van een betalingsachterstand van € 1.229,92, exclusief kosten en rente.
- 5.5. Op grond van het bovenstaande is verzoeker terecht aangemeld als wanbetaler bij het toenmalige College voor zorgverzekeringen. Verzoeker heeft niet aangetoond dat hij de achterstanden heeft voldaan. De zorgverzekeraar gaat niet over tot kwijtschelding van de achterstanden en afmelding

van verzoeker als wanbetaler bij het Zorginstituut. Op het moment dat de achterstanden volledig zijn voldaan, kan verzoeker overstappen naar een andere verzekeraar.

- 5.6. Ter zitting is door de zorgverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat hij verplicht is een verzekerde aan te melden als wanbetaler bij het Zorginstituut bij een achterstand in de premiebetaling van meer dan zes maanden. Naar de stand van 12 oktober 2016 is sprake van een betalingsachterstand van € 1.245,76. Een zorgkostennota van € 15,84 is overgedragen aan de incassogemachtigde en daarover heeft verzoeker in september een brief ontvangen.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op artikel 10.5 van de "algemene voorwaarden" van de zorgverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

- 6.2. De commissie is niet bevoegd voor zover de vordering reeds onder de rechter is geweest.

7. Het geschil

- 7.1. In geschil is (i) of de zorgverzekeraar is gehouden verzoeker af te melden als wanbetaler bij het Zorginstituut, alsmede (ii) de hoogte van de betalingsachterstand, en (iii) de overdracht van vorderingen aan de incassogemachtigde van de zorgverzekeraar.

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 is de verzekeringnemer de premie bij vooruitbetaling verschuldigd.

- 8.3. Artikel 9 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering bepaalt dat bij niet-tijdige betaling van de premie, administratiekosten, invorderingskosten en de wettelijke rente in rekening kunnen worden gebracht bij de verzekeringnemer.

- 8.4. Artikel 16 Zvw regelt in welke gevallen voor de zorgverzekering geen premie verschuldigd is, en luidt, voor zover hier van belang:

"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."

- 8.5. Op 1 september 2009 is de Wet structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering (hierna: de Wsmwz) in werking getreden. Vanaf dat moment is onder meer aan de Zvw een nieuwe afdeling toegevoegd die de gevolgen regelt van het niet (tijdig) betalen van de premie voor de zorgverzekering. De wet voorziet in een aantal beoordelingsmomenten waarop de ziektekostenverzekeraar een aanbod, respectievelijk een mededeling moet doen aan de polishouder en/of de verzekerde. Is sprake van een premieschuld voor de zorgverzekering ter hoogte van zes of meer maandpremies, rente en incassokosten buiten beschouwing latend, dan vindt in beginsel melding daarvan plaats aan het Zorginstituut Nederland. De consequentie hiervan is dat voor de nieuw opkomende maanden een – hogere – bestuursrechtelijke premie van toepassing wordt (in

plaats van de premiebetaling aan de ziektekostenverzekeraar), alsmede een ander incassoregime, waarbij onder andere bronheffing en incasso door het CJIB mogelijk zijn. Aan het regime bij het Zorginstituut Nederland komt doorgaans weer een einde zodra de schuld uit de zorgverzekering is ingelost of een schuldregeling wordt getroffen.

8.6. Voor zover hier van belang, bepalen de artikelen 18a, 18b, 18c Zvw en 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."

8.7. 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 artikel 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 artikel 18a, 18b, en 18c Zvw uitsluitend de premie voor de zorgverzekering van belang.

8.8. Artikel 18d Zvw 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 Zorginstituut de melding, bedoeld in artikel 18c, heeft ontvangen aan het Zorginstituut 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 Zorginstituut, 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 Zorginstituut 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.

(...)"

9. Beoordeling van het geschil

9.1. Beoordeeld dient te worden wat de hoogte van de betalingsachterstand is, welke vorderingen door de zorgverzekeraar zijn overgedragen aan de incassogemachtigde en of dit al dan niet terecht is geschied, en of de zorgverzekeraar is gehouden verzoeker af te melden als wanbetaler bij het Zorginstituut.

De zorgverzekeraar heeft bij zijn reactie van 25 juli 2016 een financieel overzicht gevoegd. Hieruit blijkt dat verzoeker vanaf juni 2008 problemen heeft met de premiebetaling voor de zorgverzekering. Destijds was verzoeker nog verzekerd bij de rechtsvoorganger van de zorgverzekeraar. Als gevolg van de overgang onder algemene titel is verzoeker de achterstand die is opgebouwd bij de rechtsvoorganger nog immer verschuldigd, echter thans aan de zorgverzekeraar.

De zorgverzekeraar heeft verklaard dat diverse vorderingen zijn overgedragen aan de incassogemachtigde en toelicht welke specifieke posten het hierbij betreft. De achterstand betreffende de premie van juni 2008 tot en met oktober 2008, alsmede een zorgkostennota uit 2008, zijn vervat in dossier 563556 bij de incassogemachtigde. Op 16 december 2008 is vonnis gewezen in dit dossier. Door beslaglegging is de vordering volledig voldaan, en dossier 563556 is gesloten. Thans zijn, volgens opgave van de zorgverzekeraar, nog drie dossiers lopend bij de incassogemachtigde:

- 1024901: premie van november 2008 tot en met maart 2010;
- 1230036: deel van de premie van januari 2010 en een viertal zorgkostennota's uit 2011 en 2012;
- 1392250: een vijftal zorgkostennota's uit 2013 en 2015.

In dossier 1024901 is op 15 juli 2011 vonnis gewezen. Verzoeker is dientengevolge gerechtelijke kosten en rente verschuldigd aan de incassogemachtigde/deurwaarder van de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar heeft gesteld dat de vordering in dit dossier nog niet volledig is voldaan. Verzoeker heeft dit laatste niet gemotiveerd bestreden, zodat de commissie uitgaat van de juistheid van de opgave van de zorgverzekeraar.

Dossiers 1230036 en 1392250 bevinden zich in de minnelijke fase. Verzoeker is in beide dossiers ingevolge artikel 9 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering incassokosten en rente verschuldigd. De vorderingen in beide dossiers zijn nog niet voldaan volgens de zorgverzekeraar. Ook dit is door verzoeker niet gemotiveerd bestreden, zodat de commissie ook hier uitgaat van de juistheid van de opgave van de zorgverzekeraar.

Uit eerdergenoemd financieel overzicht van de zorgverzekeraar blijkt voorts dat verzoeker naar de stand van 25 juli 2016 een betalingsachterstand heeft van € 1.229,92, exclusief kosten en rente. Bij gebrek aan een gemotiveerde betwisting hiervan door verzoeker, heeft deze achterstand als juist te gelden.

- 9.2. Artikel 18d lid 2 Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar een verzekerde dient af te melden indien (a) alle uit de zorgverzekering voortvloeiende schulden zijn afgelost of tenietgegaan, (b) de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen, bedoeld in de Faillissementswet, op de verzekeringnemer van toepassing wordt, (c) door tussenkomst van een schuldhelpverlener een stabilisatieovereenkomst is gesloten of een schuldregeling tot stand is gekomen waarin, naast de verzekeringnemer, ten minste de zorgverzekeraar deelneemt, of (d) de verzekeringnemer aan bij ministeriële regeling te bepalen voorwaarden voldoet.
- Onder 9.1 is vastgesteld dat verzoeker nog immer een betalingsachterstand heeft bij de zorgverzekeraar. Derhalve is de zorgverzekeraar niet gehouden verzoeker, gelet op artikel 18d lid 2 onder a Zvw, als wanbetaler af te melden bij het Zorginstituut.
- Voorts is gesteld noch gebleken dat verzoeker zich heeft aangemeld bij een erkende schuldhelpverleningsinstantie, dan wel dat de Wet Schuldsanering Natuurlijke Personen op hem van toepassing is geworden. Zodoende is de zorgverzekeraar ook op grond van artikel 18d lid 2 onder b en c Zvw niet gehouden verzoeker af te melden bij het Zorginstituut.
- Met betrekking tot de situatie als genoemd in artikel 18d lid 2 onder d Zvw, geldt dat dit de uitwerking is van de Wet verbetering wanbetalersmaatregelen die per 1 juli 2016 van kracht is geworden. Met deze wet is voorzien in de mogelijkheid de aanmelding als wanbetaler bij het Zorginstituut op te schorten, indien een betalingsregeling wordt getroffen met de zorgverzekeraar. In het onderhavige geval is gesteld noch gebleken dat tussen verzoeker en de zorgverzekeraar een betalingsregeling tot stand is gekomen. Derhalve kan op grond van artikel 18d lid 2 sub d Zvw geen opschorting van de aanmelding als wanbetaler plaatsvinden.

Conclusie

- 9.3. Het voorgaande leidt ertoe dat de onderhavige vorderingen terecht door de zorgverzekeraar zijn overgedragen aan de incassogemachtigde, dat de betalingsachterstand naar de stand van 25 juli 2016 totaal € 1.229,92, exclusief rente en kosten, bedraagt en dat afmelding of opschorting van de aanmelding als wanbetaler bij het Zorginstituut op dit moment niet aan de orde is. Dit alles leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 26 oktober 2016,

P.J.J. Vonk