



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen Avéro Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, vertegenwoordigd
door Turien & Co. Assuradeuren te Alkmaar
Zaak : Premie, premieachterstand: afmelding CAK, hoogte betalingsachterstand, faillissement
Zaaknummer : 201600445
Zittingsdatum : 19 april 2017



Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. H.A.J. Kroon)



(Voorwaarden zorgverzekering 2008-2017, paragraaf 3.3 Zvw)

1. Partijen



A te B, hierna te noemen: verzoeker,
tegen



Avéro Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, hierna te noemen: de zorgverzekeraar,
vertegenwoordigd door Turien & Co. Assuradeuren te Alkmaar.

2. De verzekeringssituatie



2.1. Verzoeker is tot op heden bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Basisverzekering 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. Verzoeker heeft de zorgverzekeraar verzocht hem af te melden als wanbetaler bij het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) omdat de volledige achterstand is voldaan. Bij brief van 18 januari 2016 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld hem nog niet te zullen afmelden aangezien nog sprake is van een openstaande vordering van € 5.058,--, exclusief incassokosten en rente.



3.2. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormeld standpunt gevraagd. Bij brieven van verschillende data heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te handhaven.



3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de zorgverzekeraar.



3.4. Bij brief van 3 november 2016 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar dient over te gaan tot (i) (gedeeltelijke) kwijtschelding van de bestaande betalingsachterstand, en (ii) afmelding van verzoeker als wanbetaler bij het Zorginstituut (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 zorgverzekeraar heeft de commissie bij brieven van 15 en 24 februari 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Afschriften hiervan zijn op 3 maart 2017 aan verzoeker gezonden.

-  3.7. Verzoeker is in de gelegenheid gesteld te reageren op het onder 3.6 bedoelde standpunt van de zorgverzekeraar. Van de geboden mogelijkheid heeft verzoeker geen gebruik gemaakt.
-  3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 15 maart 2017 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De zorgverzekeraar heeft op 30 maart 2017 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
-  3.9. Verzoeker is op 19 april 2017 in persoon gehoord. De zorgverzekeraar heeft telefonisch aan de hoorzitting deelgenomen.
-  3.10. Na afloop van de hoorzitting heeft de commissie partijen in de gelegenheid gesteld om, op basis van hetgeen ter zitting naar voren is gekomen, gezamenlijk te zoeken naar een oplossing voor het geschil. De zorgverzekeraar en verzoeker hebben op respectievelijk 21 april en 5 mei 2017 de commissie geïnformeerd over de uitkomst van het door hen gevoerde overleg en de tussen partijen gemaakte afspraken. Afschriften van bedoelde brieven zijn ter kennisname aan de wederpartij gezonden.
-  4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
-  4.1. Verzoeker stelt dat hij op 3 januari 2008 failliet is verklaard en dat bij beschikking van 6 februari 2014 van de rechtbank Den Haag het aangeboden akkoord is gehomologeerd. Tegen deze homologatie van het akkoord is geen beroep ingesteld zodat het akkoord in kracht van gewijsde is gegaan. Nadien heeft verzoeker bij de rechtbank Den Haag een verzoek tot rehabilitatie ingediend. Dit verzoek is door de rechtbank toegewezen, zodat geen van de schuldeisers nog aanspraak kan maken op betaling. Dit geldt tevens voor de zorgverzekeraar.
-  4.2. Verder voert verzoeker aan dat Plangroep aan de zorgverzekeraar een voorstel heeft gestuurd inhoudende dat 5 percent (€ 249,12) van de vordering wordt betaald tegen finale kwijting. Daarnaast zullen door verzoeker de premies voor de maanden oktober tot en met december 2013 en januari 2014 worden voldaan. Aangezien de behandelaar van Plangroep hierna uit dienst is getreden, heeft verzoeker eerst op 23 mei 2016 kennisgenomen van het feit dat de zorgverzekeraar akkoord was gegaan met het gedane voorstel. Kort daarna heeft verzoeker de zorgverzekeraar hierover geïnformeerd en gevraagd hoe de kwestie kon worden afgewikkeld. Pas op 3 oktober 2016 ontving verzoeker van de zorgverzekeraar het bericht dat het bedrag van € 249,12 kon worden voldaan. Nog dezelfde dag heeft verzoeker dit bedrag overgemaakt. Verzoeker is van mening dat de zorgverzekeraar gehouden is het restant kwijt te schelden.
-  4.3. De zorgverzekeraar heeft verzoeker met ingang van 1 december 2012 aangemeld als wanbetaler bij het toenmalige College voor Zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) vanwege een premieachterstand van meer dan zes maanden. Over deze aanmelding bestaat geen verschil van mening, aangezien verzoeker de verschuldigde premies toen al meer dan vijf jaar niet had betaald. De zorgverzekeraar heeft de aanmelding tot twee keer toe opgeschort en weer hervat omdat verzoeker zich zou hebben onttrokken aan de gemaakte afspraken. Dit laatste bestrijdt verzoeker ter zeerste. Zo is het besluit van Plangroep om in 2014 de schuldhelpverlening te beëindigen bij besluit van 20 januari 2015 herzien, hetgeen heeft geresulteerd in een nieuwe stabilisatieovereenkomst. Op basis van dit herziene besluit is de hervatting van de aanmelding dan ook ten onrechte geschied. Echter, naar aanleiding van de nieuwe stabilisatieovereenkomst is de opschorting weer van kracht.
-  4.4. Met ingang van 1 februari 2016 heeft de zorgverzekeraar de aanmelding van verzoeker bij het Zorginstituut weer hervat omdat verzoeker zijn afspraken opnieuw niet zou zijn nagekomen. In reactie hierop voert verzoeker aan dat uit zijn administratie blijkt dat hij in de periode van 1 februari 2015 tot en met 31 december 2015 de verschuldigde premies steeds heeft voldaan. Het is voor verzoeker dan ook onduidelijk met welke reden de aanmelding als wanbetaler is hervat. Verzoeker

 vermoedt dat deze reden gelegen is in het feit dat hij heeft geprobeerd zijn zorgverzekering bij de zorgverzekeraar op te zeggen, hetgeen niet is gelukt.

4.5.  Gelet op het voorgaande stelt verzoeker zich op het standpunt dat de zorgverzekeraar gehouden is (i) de veronderstelde betalingsachterstand kwijt te schelden en (ii) hem definitief af te melden als wanbetaler bij het Zorginstituut, inmiddels het CAK.

4.6.  Ter zitting heeft verzoeker zijn standpunt herhaald en ter aanvulling aangevoerd dat hij op basis van de brief van de zorgverzekeraar van 3 oktober 2016 concludeert dat de volledige vordering op 1 november 2016 is voldaan. Daarnaast dient de zorgverzekeraar hem met ingang van 1 november 2016 definitief af te melden bij het Zorginstituut en de hervatting van de aanmeldingen in oktober 2013 en februari 2016 ongedaan te maken.

4.7.  Bij brieven 24 april en 5 mei 2017 heeft verzoeker aan de commissie medegedeeld dat hij instemt met het door de zorgverzekeraar gedane voorstel en dat de kwestie wat hem betreft is opgelost. Wel verzoekt verzoeker de commissie het door hem betaalde entreegeld te restitueren.

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

5.1.  Kort nadat de zorgverzekeraar bekend was geworden met het faillissement van verzoeker, heeft hij de op dat moment openstaande vordering van € 530,16 ter verificatie ingediend bij de curator. Genoemd bedrag heeft betrekking op de premies voor de maanden oktober tot en met december 2007, januari 2008 en vorderingen ter zake van het verplicht eigen risico.

5.2.  Na het uitspreken van het faillissement op 3 januari 2008 is een nieuwe betalingsachterstand ontstaan. Vanaf 12 juli 2010 heeft de zorgverzekeraar de op dat moment openstaande (nieuwe) vorderingen telkens overgedragen aan zijn incassogemachtigde. Begin 2012 heeft deze incassogemachtigde getracht ook de na 3 januari 2008 ontstane vorderingen ter verificatie in te dienen, maar de curator deelde de incassogemachtigde bij brief van 26 januari 2012 mede dat alle ná 3 januari 2008 ontstane vorderingen buiten het faillissement vallen.

5.3.  Aangezien de nieuwe betalingsachterstand op 1 december 2012 was opgelopen tot meer dan zes maandpremies, heeft de zorgverzekeraar verzoeker op die datum aangemeld als wanbetaler bij het toenmalige CVZ. Op 7 mei 2013 ontving de zorgverzekeraar van Plangroep een door verzoeker ondertekende stabilisatieovereenkomst waarna de zorgverzekeraar de aanmelding van verzoeker als wanbetaler bij het CVZ heeft opgeschort en de op dat moment openstaande vordering ter verificatie heeft ingediend bij Plangroep. In oktober 2013 ontving de zorgverzekeraar echter van Plangroep het bericht dat het schuldhelpverleningstraject met verzoeker was beëindigd. Na ontvangst van dit bericht heeft de zorgverzekeraar de aanmelding van verzoeker als wanbetaler bij het CVZ weer hervat.

5.4.  Na het bericht van Plangroep dat het schuldhelpverleningstraject was beëindigd, ontving de zorgverzekeraar op 13 januari 2014 alsnog een voorstel van Plangroep om 5 percent (€ 249,12) van de na 3 januari 2008 ontstane vordering te betalen tegen finale kwijting. Daarnaast zouden de premies voor de maanden oktober tot en met december 2013 en januari 2014 worden voldaan. Ondanks het feit dat de zorgverzekeraar met dit voorstel akkoord was gegaan vernam hij tot 23 juni 2014 niets meer van Plangroep. Op genoemde datum deelde Plangroep hem mede dat het schuldhelpverleningstraject opnieuw was beëindigd. Vanwege dit bericht was de zorgverzekeraar van mening dat het voorstel van 5 percent tegen finale kwijting was komen te vervallen en dat de vordering weer direct en volledig opeisbaar was geworden.

5.5.  Op 20 januari 2015 ontving de zorgverzekeraar echter een nieuwe door verzoeker ondertekende stabilisatieovereenkomst, waarna hij de aanmelding van verzoeker als wanbetaler bij het Zorginstituut heeft opgeschort. Op 1 februari 2016 heeft de zorgverzekeraar de aanmelding echter

weer hervat, nadat hij het bericht had ontvangen dat het schuldhelpverleningstraject met verzoeker wederom was beëindigd.

- 5.6. Na de hervatting van de aanmelding van verzoeker als wanbetaler bij het Zorginstituut heeft de zorgverzekeraar veelvuldig contact gehad met verzoeker. Tijdens deze contacten heeft verzoeker onder meer de stelling ingenomen dat op 8 september 2014 een vonnis is gewezen waarbij de rechter zijn verzoek tot rehabilitatie heeft toegewezen. In reactie op deze stelling voert de zorgverzekeraar aan dat de rehabilitatie en de eerdere homologatie alleen betrekking hebben op de vorderingen die zijn ontstaan vóór 3 januari 2008. Verzoeker heeft op 7 oktober 2016 een bedrag van € 249,12 voldaan onder vermelding van "Financiële afwikkeling voorstel 13 januari 2014 ad 5 procent incl. kwijtschelding restant". Aangezien het voorstel van 5 percent tegen finale kwijting door de beëindiging van het schuldhelpverleningstraject was komen te vervallen, heeft de zorgverzekeraar deze betaling teruggestort.
- 5.7. De zorgverzekeraar heeft een betalingsoverzicht – gedateerd 8 juli 2016 – overgelegd waaruit blijkt dat de verschuldigde premies en zorgkosten in de periode van 1 februari 2008 tot en met 30 november 2012 nog niet (volledig) zijn voldaan en dat de betalingsachterstand over deze periode € 4.685,93, exclusief rente en incassokosten, bedraagt.
- 5.8. Ter zitting heeft de zorgverzekeraar zijn standpunt herhaald en is door hem benadrukt dat hij in 2014 weliswaar akkoord is gegaan met een voorstel tegen finale kwijting, maar doordat verzoeker deze afspraak niet is nagekomen is het voorstel vervallen. Een en ander is bij brief van 8 juli 2016 aan verzoeker medegedeeld. Desondanks meent de zorgverzekeraar dat de kwestie dient te worden opgelost.
- 5.9. De zorgverzekeraar heeft verzoeker, in vervolg op de behandeling ter zitting, een betalingsregeling voorgesteld voor de betalingsachterstand over de periode van 1 februari 2008 tot en met 31 december 2016 van € 3.226,56. Indien verzoeker met de hoogte van deze vordering kan instemmen zal de zorgverzekeraar hem met terugwerkende kracht tot 1 december 2012 afmelden als wanbetaler bij het CAK. Door deze afmelding zal verzoeker de betaalde bestuursrechtelijke premie terugkrijgen van het CAK. Nadat hij dit bedrag heeft teruggekregen, doch uiterlijk 1 juli 2017, dient verzoeker een bedrag van € 2.026,56 aan de zorgverzekeraar te voldoen. Het restant van € 1.200,-- dient verzoeker vervolgens in twaalf termijnen van € 100,-- per maand te betalen. Indien de opkomende maandpremies en/of de termijnbedragen van de betalingsregeling niet tijdig kunnen worden geïncasseerd, komt de afgesproken regeling direct te vervallen en zal verzoeker wederom worden aangemeld als wanbetaler bij het CAK.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op artikel 18 van de 'Algemene voorwaarden' 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. De commissie stelt vast dat partijen niet met elkaar van mening verschillen over het bestaan tussen hen van de onder 2.1 omschreven verzekeringsrelatie, het verschuldigd zijn van de premie voor de afgesloten verzekering, de hoogte van de periodiek verschuldigde premie voor deze verzekering, en de aanmelding van verzoeker als wanbetaler bij het toenmalige CVZ met ingang van 1 december 2012. In geschil zijn (i) de door verzoeker verzochte (gedeeltelijke) kwijtschelding van de bestaande betalingsachterstand, en (ii) de afmelding van verzoeker als wanbetaler bij het CAK (voorheen het CVZ en het Zorginstituut).

8. Beoordeling van het geschil

8.1. De commissie constateert dat partijen, in vervolg op de behandeling ter zitting, overeenstemming hebben bereikt over de bestaande betalingsachterstand van € 3.226,56. Voorts hebben partijen afspraken gemaakt over onder andere het aflossen van dit bedrag in termijnen. Deze afspraken luiden als volgt:

1) De zorgverzekeraar zal verzoeker met terugwerkende kracht tot 1 december 2012 afmelden als wanbetaler bij het CAK.

2) Verzoeker zal na teruggaaf van de door hem betaalde bestuursrechtelijke premie, doch uiterlijk op 1 juli 2017, een bedrag van € 2.026,56 aan de zorgverzekeraar voldoen.

3) Ter zake het restant (€ 1.200,--) betaalt verzoeker gedurende twaalf achtereenvolgende maanden een bedrag van € 100,-- per maand ter aflossing aan de zorgverzekeraar, ingaande 1 augustus 2017.

4) Naast het hiervoor bedoelde termijnbedrag voldoet verzoeker steeds tijdig en volledig de opkomende maandpremies, alsmede de zorgkosten voor eigen rekening, het eigen risico en eventuele eigen bijdragen.

5) Indien de door verzoeker verschuldigde bedragen niet (tijdig en volledig) worden voldaan, vervalt de afgesproken betalingsregeling en wordt de gehele alsdan resterende vordering direct en volledig opeisbaar. Daarnaast zal verzoeker wederom worden aangemeld als wanbetaler bij het CAK.

Met voornoemde afspraken hebben partijen overeenstemming bereikt over de hoogte van de betalingsachterstand en de aflossing hiervan in termijnen, alsmede over de afmelding als wanbetaler, zodat de commissie aan een inhoudelijke beoordeling van deze onderdelen niet toekomt. Onder de gegeven omstandigheden ziet de commissie geen aanleiding het entreegeld aan verzoeker te restitueren.

9. Het bindend advies

9.1. De commissie stelt hetgeen is omschreven onder 8.1 vast.

Zeist, 10 mei 2017,

A.I.M. van Mierlo