



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen N.V. Univé Zorg te Arnhem
Zaak : Premie, betalingsachterstand, aanmelding Zorginstituut, schuldregeling, finale kwijting
Zaaknummer : 201500753
Zittingsdatum : 9 september 2015

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2014, paragraaf 3.3 Zvw, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2014, art. 6:43 BW)

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker,
tegen

N.V. Univé Zorg te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Verzoeker is tot op heden bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Univé Zorg Geregeld Polis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar van 1 januari 2013 tot 1 april 2015 de aanvullende ziektekostenverzekering Extra Zorg Polis Best afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De hiervoor genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten 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 ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker op 16 september 2014 met ingang van 1 oktober 2014 aangemeld als wanbetaler bij het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut).
- 3.2. Bij brief van 8 oktober 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker een financieel overzicht gezonden waaruit blijkt dat sprake is van een betalingsachterstand van € 815,43.
- 3.3. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker bij brief van 17 november 2014 een financieel overzicht gestuurd waaruit blijkt dat de betalingsachterstand € 754,96 bedraagt.
- 3.4. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde standpunten gevraagd. Bij e-mailbericht van 15 december 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunten te handhaven.
- 3.5. Door middel van een financieel overzicht van 30 januari 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de betalingsachterstand € 728,64 bedraagt.
- 3.6. Bij brief van 28 februari 2015 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar hem ten onrechte heeft aangemeld bij het Zorginstituut, en dat de door de ziektekostenverzekeraar gestelde betalingsachterstand onjuist is (hierna: het verzoek).
- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker op 5 maart 2015 een betalingsherinnering gezonden voor een bedrag van € 732,94.



3.8. De ziektekostenverzekeraar heeft op 1 april 2015 een nieuwe polis aan verzoeker afgegeven waaruit blijkt dat met ingang van die datum enkel de zorgverzekering van kracht is.



3.9. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar 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.



3.10. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 10 juni 2015 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 23 juni 2015 aan verzoeker gezonden.



3.11. Verzoeker heeft bij ongedateerde brief, door de commissie ontvangen op 22 juli 2015, gereageerd op het onder 3.10 bedoelde standpunt van de ziektekostenverzekeraar. Een afschrift van deze reactie is aan de wederpartij gezonden.



3.12. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 18 juli 2015 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 8 september 2015 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.



3.13. Verzoeker heeft de commissie bij e-mailbericht van 2 augustus 2015 aanvullende informatie gezonden. Een afschrift hiervan is aan de wederpartij gestuurd.



3.14. Verzoeker heeft de commissie bij e-mailbericht van 30 augustus 2015 aanvullende informatie gezonden. Een afschrift hiervan is aan de wederpartij gestuurd.



3.15. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 9 september 2015 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord.



3.16. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 15 september 2015 aanvullende informatie gezonden. Een afschrift hiervan is aan verzoeker gestuurd.



3.17. Verzoeker heeft bij e-mailbericht van 20 september 2015 gereageerd op het onder 3.16 genoemde nadere standpunt van de ziektekostenverzekeraar. Een afschrift van deze reactie is aan de wederpartij gestuurd.



3.18. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 25 september 2015 gereageerd op het onder 3.17 genoemde e-mailbericht van verzoeker. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de wederpartij gestuurd.



4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker



4.1. Verzoeker is in 2005 failliet verklaard. Destijds is hij aangemeld als wanbetaler bij het toenmalige College voor Zorgverzekeringen. In 2013 is een schuldregeling tot stand gekomen (vonnis van de rechtbank Amsterdam van 28 mei 2013 inzake de vaststelling van een dwangakkoord). Met de diverse schuldeisers is overeenstemming bereikt over de afbetaling van de schulden. Verzoeker is met de ziektekostenverzekeraar finale kwijting overeengekomen. De schuld die zag op de periode tot november 2012 valt onder deze betaalafpraak. De rechtbank heeft aan verzoeker een 'schone lei-verklaring' afgegeven. Zodoende geldt dat verzoeker in november 2012 geen schuld (meer) had bij de ziektekostenverzekeraar.

4.2. Verzoeker ontving op 24 september 2014 een schrijven van het Zorginstituut dat hij door de ziektekostenverzekeraar is aangemeld als wanbetaler. In een hierop volgend telefonisch contact met de ziektekostenverzekeraar werd hem medegedeeld dat de melding terecht was, en dat hij

diende te betalen. Verzoeker heeft eveneens contact gehad met de rechtbank Amsterdam en uit dat contact is hem gebleken dat de handelwijze van de ziektekostenverzekeraar niet correct c.q. ontoelaatbaar is. De schuldregeling is door de rechter bekrachtigd. Als verzoeker een schuld die onder het faillissement valt, zou betalen aan de betreffende schuldeiser, wordt deze schuldeiser in een bevoorrechte positie geplaatst. Dit is bij wet verboden. Het voorstel voor betaling tegen finale kwijting betekent dat alles vervalt. De ziektekostenverzekeraar kan zich dan niet beroepen op oude openstaande posten. Na een klacht van verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar een financieel overzicht opgesteld. In dit overzicht staan bedragen uit de periode 2009 tot en met september 2012 vermeld. Deze bedragen vallen echter onder de overeengekomen schuldregeling. Verzoeker stelt vanaf januari 2013 aan al zijn betalingsverplichtingen te hebben voldaan. De premie voor het eerste kwartaal van 2014 is niet voldaan door een fout aan zijn zijde. Hierover is in het jaar 2014 niets vernomen van de ziektekostenverzekeraar. Van een premieachterstand van zes maanden is hoe dan ook geen sprake. Verzoeker is zich er evenwel van bewust dat zijn betalingen mogelijk lastig te verwerken zijn, omdat hij bijna nooit een betalingskenmerk vermeldt. Overigens heeft verzoeker de ziektekostenverzekeraar diverse malen verzocht de kwartaalbetaling te wijzigen in maandbetaling, maar hierop werd door deze niet gereageerd.

- 4.3. Verzoeker vordert dat hij wordt afgemeld bij het Zorginstituut en dat wordt vastgesteld dat geen sprake is van een betalingsachterstand.
- 4.4. Volgens de ziektekostenverzekeraar liep het MSNP-traject (minnelijke schuldhelpverlening natuurlijke personen) van verzoeker van 16 november 2012 tot 14 september 2014. Dit is niet juist. Op 28 mei 2013 heeft de rechtbank een dwangakkoord uitgesproken. Indien de ziektekostenverzekeraar zich niet kon vinden in het schuldregelingsvoorstel, had hij dit vóór de zitting kenbaar moeten maken aan de insolventieadviseur van verzoeker. Dit is niet gebeurd, zodat de ziektekostenverzekeraar zich niet kan beroepen op schulden en verrekeningen van voor 28 mei 2013. Verzoeker stelt dat zodoende geen sprake was van een premieachterstand van zes maanden, en hij ten onrechte is aangemeld bij het Zorginstituut. In reactie op het financiële overzicht van de ziektekostenverzekeraar voert verzoeker het volgende aan:
- de premie voor april, mei en juni 2014 is voldaan op 25 april respectievelijk 25 mei en 25 juni 2014;
 - de premie voor juli, augustus en september 2014 is voldaan op 25 augustus respectievelijk 25 september 2014 (twee betalingen van € 188,25);
 - de premie voor oktober, november en december 2014 is vanwege de aanmelding bij het Zorginstituut ingehouden op het salaris van verzoeker. Ter onderbouwing hiervan is een salarisspecificatie overgelegd;
 - termijn twee (van totaal vier) van de betalingsregeling is betaald op 7 maart 2015.
- Aangaande de openstaande zorgkosten is het voor verzoeker niet mogelijk deze gemotiveerd te betwisten, omdat de ziektekostenverzekeraar geen data heeft vermeld bij de declaraties. Daarnaast verrekent de ziektekostenverzekeraar bedragen met elkaar, waardoor het voor verzoeker onmogelijk is openstaande bedragen te controleren.
- Voorts is volgens de ziektekostenverzekeraar een bedrag van € 188,38 ter zake van de premie voor mei 2014 onbetaald gebleven. Dit is niet juist, aangezien de premie wordt geïnd door het Zorginstituut. Voornoemd bedrag ziet op de eigen bijdrage voor fysiotherapie, en deze is door verzoeker betaald op 25 juni 2015.
- Op 15 maart 2015 heeft verzoeker een betaling van € 200,- gedaan. Hierna heeft hij contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar. Bij die gelegenheid werd hem medegedeeld dat de achterstand niet met € 200,- werd verlaagd, maar juist werd verhoogd omdat er een fout was geslopen in de openstaande vorderingen. Toen heeft verzoeker besloten zich tot de commissie te wenden. De betreffende betaling van € 200,- is niet terug te vinden in het financiële overzicht van de ziektekostenverzekeraar.
- Tot slot stelt verzoeker dat de ziektekostenverzekeraar ten onrechte € 40,- aan incassokosten opvoert. Dit bedrag is niet gerelateerd aan een premieachterstand, en bovendien is verzoeker toegezegd dat dit bedrag niet hoeft te worden voldaan.

- 4.5. Verzoeker ontving tot zijn verbazing een aanmaning van de incassogemachtigde van de ziektekostenverzekeraar. Deze aanmaning is gedateerd 25 augustus 2015 en betreft een hoofdsom van € 487,44.
- 4.6. Ter zitting heeft verzoeker zijn standpunt herhaald. Tussen 9 november 2012 en de datum van de aanmelding bij het Zorginstituut kan nooit een achterstand van € 600,-- zijn ontstaan. Verzoeker heeft in 2014 met een medewerker van de ziektekostenverzekeraar gesproken, waarbij aan hem werd bevestigd dat betalingen uit 2013 en 2014 werden toegerekend aan de schuld uit 2009. Voorts heeft verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat thans hooguit één maandtermijn open kan staan. Hij kan alles onderbouwen met bankafschriften. Indien de commissie concludeert dat nog een bedrag open staat, zal verzoeker dit direct voldoen.
- 4.7. Nadien heeft verzoeker, in reactie op het financiële overzicht van de ziektekostenverzekeraar van 14 september 2015, gesteld dat uit dit overzicht geenszins blijkt dat in oktober 2014 sprake was van een premieachterstand van minimaal zes maanden. Tevens is het financiële overzicht van de ziektekostenverzekeraar niet correct. De extra betaling van € 200,-- is ontvangen, maar onduidelijk is waar dit bedrag op is geboekt. Verder ontbreken de volgende betalingen van verzoeker in het overzicht:
- € 139,90, gedaan op 29 november 2013;
 - € 144,55, gedaan op 30 december 2014;
 - € 188,35, gedaan op 12 mei 2015.
- Zodoende heeft de aanmelding bij het Zorginstituut ten onrechte plaatsgevonden, en is de betaling van € 200,-- feitelijk overbodig geweest.
- 4.8. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. Op het moment dat een verzekerde een MSNP-traject ingaat, wordt de aanmelding als wanbetaler bij het Zorginstituut opgeschort. Gedurende dit traject betaalt de verzekerde de premie en zorgkosten (weer) aan de ziektekostenverzekeraar en er mag geen nieuwe schuld worden opgebouwd. Aan het einde van het MSNP-traject dient het openstaande saldo nul te zijn. Als dit niet het geval is, wordt de aanmelding als wanbetaler bij het Zorginstituut weer van kracht. Het MSNP-traject van verzoeker liep van 16 november 2012 tot en met 14 september 2014. Medio juli 2013 heeft de schuldhelpverlener een bedrag van € 119,62 ter finale kwijting aan de ziektekostenverzekeraar overgemaakt. Op 15 september 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar telefonisch contact gehad met de schuldhelpverlener van verzoeker over het verloop van de schuldregeling. Verzoeker heeft tijdens het MSNP-traject een nieuwe betalingsachterstand opgebouwd. Hierover is hij op 8 oktober 2014 schriftelijk geïnformeerd. De ziektekostenverzekeraar heeft finale kwijting verleend voor een bedrag van € 1.453,73 (het openstaande saldo tot en met 28 februari 2012 van € 1.573,35 - € 119,62). Verwezen wordt naar de afschriften van de correspondentie aan de schuldhelpverlener. De aanmelding als wanbetaler van verzoeker is per 1 oktober 2014 weer van kracht en dit is terecht. De ziektekostenverzekeraar gaat over tot afmelding als de volledige achterstand is betaald. Over afschriften van de brieven als bedoeld in de artikelen 18a, 18b en 18c Zvw beschikt de ziektekostenverzekeraar niet.
- 5.2. Verzoeker had vanaf 1 januari 2013 de aanvullende ziektekostenverzekering afgesloten. Deze verzekering is met ingang van 1 april 2015 beëindigd vanwege een betalingsachterstand. In de betalingsherinnering van 5 maart 2015 is vermeld dat de aanvullende ziektekostenverzekering wordt beëindigd. Op 1 april 2015 is een nieuwe polis aan verzoeker gestuurd.
- 5.3. Naar de stand van 10 juni 2015 heeft verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar een betalingsachterstand van € 780,98. Het bedrag van de finale kwijting (€ 1.453,73) is opgenomen in het financiële overzicht.

- 5.4. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt herhaald. Er is een bedrag afgeboekt en er is sprake van een openstaand saldo. De ziektekostenverzekeraar bestrijdt dat betalingen van verzoeker worden afgeboekt op de schuld van vóór het dwangakkoord. Voorts heeft de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat in zijn systeem maandbetaling staat geregistreerd voor verzoeker. Thans ontvangt verzoeker echter maandelijks geen acceptgiro voor de premie, omdat hij als wanbetaler is aangemeld bij het Zorginstituut. Tot slot heeft de ziektekostenverzekeraar toegezegd het dossier bij de incassogemachtigde terug te halen.
- 5.5. In vervolg op de hoorzitting heeft de ziektekostenverzekeraar een financieel overzicht overgelegd vanaf december 2012, zijnde het moment dat verzoeker tot de MSNP is toegelaten. Naar de stand van 14 september 2015 is sprake van een betalingsachterstand van € 487,44.
- 5.6. Nadien heeft de ziektekostenverzekeraar, in reactie op de stelling van verzoeker dat een drietal betalingen ontbreekt in het financiële overzicht, het volgende gesteld. De betaling van 29 november 2013 (vrijdag) is ontvangen op 2 december 2013 (maandag). Dit is terug te zien in het financiële overzicht van 15 september 2015. De betalingen van 30 december 2014 en 12 mei 2015 zijn automatische incasso's die zijn uitgevoerd. De automatische incasso van 30 december 2014 is gestorneerd op 6 januari 2015, en de automatische incasso van 12 mei 2015 is gestorneerd op 18 mei 2015. Gestorneerde betalingen zijn niet opgenomen in het financiële overzicht, omdat deze betalingen uiteindelijk niet zijn ontvangen. De ziektekostenverzekeraar is dan ook van mening dat het door hem overgelegde financiële overzicht juist en volledig is.
- 5.7. De ziektekostenverzekeraar 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 en artikel 7 van de aanvullende ziektekostenverzekering 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 aanmelding van verzoeker bij het Zorginstituut per 1 oktober 2014 en de hoogte van de betalingsachterstand.
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 is de verzekeringnemer de premie bij vooruitbetaling verschuldigd.
- 8.3. Artikel 16 Zvw regelt in welke gevallen voor de zorgverzekering geen premie verschuldigd is, en luidt, voor zover hier van belang, 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.”

- 8.4. De (wijze van) premiebetaling voor de aanvullende verzekering is geregeld in artikel 3 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering. Hierbij is onder meer geregeld dat de premie voor de aanvullende ziektekostenverzekering bij vooruitbetaling is verschuldigd.
- 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 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 maandelijks 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.”

8.7. 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.

8.8. Artikel 18d Zvw regelt de verschuldigdheid van de bestuursrechtelijke premie aan het Zorginstituut. Dit artikel luidt als volgt:

“Artikel 18d

1. De verzekeringnemer is aan het Zorginstituut een bestuursrechtelijke premie verschuldigd vanaf de eerste dag van de maand volgende op de maand waarin dat college de melding, bedoeld in artikel 18c, heeft ontvangen tot de eerste dag van de maand volgende op de maand waarin de datum, bedoeld in het derde lid, ligt.
2. De bestuursrechtelijke premie bedraagt per maand 130% van de tot een maandbedrag herleide standaardpremie, bedoeld in de Wet op de zorgtoeslag.
3. De zorgverzekeraar stelt het Zorginstituut, de verzekeringnemer en, indien deze een ander is dan de verzekeringnemer, de verzekerde, met het oog op de toepassing van het eerste lid onverwijld op de hoogte van de datum waarop:
 - 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, of
 - 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 of een schuldregeling tot stand is gekomen waarin, naast de verzekeringnemer, ten minste zijn zorgverzekeraar deelneemt.
4. In afwijking van het eerste tot en met derde 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 mede door de schuldhulpverlener ondertekende melding van zijn zorgverzekeraar, aan deelname aan de in het derde lid, onderdeel c, bedoelde regeling heeft onttrokken voordat hij de in die regeling neergelegde afspraken jegens zijn zorgverzekeraar volledig is nagekomen.”

- 8.9. De toerekening van betalingen is onder meer geregeld in artikel 6:43 BW. Dit artikel luidt 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.”

9. Beoordeling van het geschil

Aanmelding Zorginstituut

- 9.1. Verzoeker is in 2005 failliet verklaard. In de periode van 1 maart 2010 tot en met 31 augustus 2011 was hij aangemeld bij het toenmalige College voor zorgverzekeringen (hierna: CVZ). Met ingang van 1 oktober 2012 is verzoeker wederom door de ziektekostenverzekeraar aangemeld bij het CVZ. Op 16 november 2012 is een schuldregeling tussen verzoeker en de ziektekostenverzekeraar tot stand gekomen. Ten gevolge hiervan is de aanmelding bij het CVZ opgeschort. De ziektekostenverzekeraar heeft deze aanmelding per 1 oktober 2014 weer hervat. Partijen zijn verdeeld over deze hervatte aanmelding bij - inmiddels - het Zorginstituut.
- 9.2. Van belang is in dit verband wat de inhoud is van de schuldregeling die tussen verzoeker en de ziektekostenverzekeraar tot stand is gekomen.
Uit de door partijen overgelegde stukken maakt de commissie op dat is overeengekomen dat een bedrag ter finale kwijting wordt betaald voor de achterstand die ziet op de periode van 1 januari 2009

tot en met 28 februari 2012 (€ 1.573,35). De voorwaarden van de overeengekomen schuldregeling zijn (i) dat de maandelijkse premie en opkomende overige kosten dienen te worden betaald, en (ii) dat de eerste maandpremie binnen zes weken na ondertekening van de overeenkomst/regeling is voldaan. De gevolgen van correcte nakoming van de schuldregeling zijn dat lopende incassomaatregelen voor een periode van acht maanden worden opgeschort, en dat verzoeker wordt afgemeld bij het CVZ.

- 9.3. In juli 2013 is door de schuldhulpverlener een bedrag van € 119,62 ter finale kwijting aan de ziektekostenverzekeraar betaald. Volgens de ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker zich echter niet aan de voorwaarde van de schuldregeling gehouden dat de maandelijkse premie en de opkomende overige kosten tijdig dienen te worden voldaan; er zou een nieuwe achterstand zijn ontstaan. Hiertoe is door de ziektekostenverzekeraar een brief met dagtekening 27 augustus 2014 aan de schuldhulpverlener van verzoeker overgelegd. In deze brief wordt medegedeeld dat premie en een eventuele eigen risico/eigen bijdrage niet tijdig zijn betaald, en wordt verzocht ervoor zorg te dragen dat verzoeker het openstaande bedrag alsnog direct voldoet. Voorts wordt in de brief medegedeeld dat als verzoeker zich niet aan de betalingsverplichtingen houdt, de ziektekostenverzekeraar zich terugtrekt uit de schuldregeling. Het schuldhulpverleningstraject van verzoeker is op 14 september 2014 geëindigd. De ziektekostenverzekeraar heeft op 15 september 2014 finale kwijting verleend voor een bedrag van € 1.453,73. Op 8 oktober 2014 is een financieel overzicht aan verzoeker gestuurd waarin de bedragen van € 119,62 en € 1.453,73 zijn vermeld. Bovendien blijkt uit dit overzicht dat voor de maand oktober 2014 enkel de premie voor de aanvullende ziektekostenverzekering bij verzoeker in rekening is gebracht.
- 9.4. De commissie is van oordeel dat het de ziektekostenverzekeraar niet was toegestaan verzoeker met ingang van 1 oktober 2014 (wederom) aan te melden bij het Zorginstituut. De schuldregeling die tussen verzoeker en de ziektekostenverzekeraar gold is op 14 september 2014 geëindigd, klaarblijkelijk omdat verzoeker zich niet aan de voorwaarden hield. Van een melding aan verzoeker door de ziektekostenverzekeraar dat hij zich terugtrekt uit de schuldregeling is echter niet gebleken (vgl. art. 18d lid 4 sub b Zvw). Bovendien heeft de ziektekostenverzekeraar na afloop van de schuldregeling een bedrag afgeboekt, omdat hiervoor een betaling tegen finale kwijting heeft plaatsgevonden in het kader van de schuldregeling. Het past niet enerzijds finale kwijting te verlenen in het kader van een schuldregeling, en anderzijds te stellen dat deze regeling niet is nagekomen en zodoende de consequentie van hervatte aanmelding bij het Zorginstituut hieraan te verbinden. Hiermede wordt de systematiek van schuldhulpverlening doorkruist en de rechtszekerheid aangetast. De hervatte aanmelding c.q. de ongedaanmaking van de opschorting van de aanmelding bij het Zorginstituut is derhalve niet conform artikel 18d Zvw geschied.
- 9.5. Nu de - hervatte - aanmelding van verzoeker bij het Zorginstituut onterecht heeft plaatsgevonden, is de ziektekostenverzekeraar 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 ziektekostenverzekeraar 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 oktober 2014 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 ziektekostenverzekeraar 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 ziektekostenverzekeraar 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.

Hoogte betalingsachterstand

- 9.6. Door de ziektekostenverzekeraar is een financieel overzicht van 14 september 2015 overgelegd. Hieruit blijkt dat verzoeker over de periode van 1 december 2012 - de datum waarop het minnelijk schuldhelpverleningstraject van toepassing werd - tot en met 8 september 2015 een bedrag van € 4.875,55 is verschuldigd, ter zake van premie, acceptgirokosten en zorgkosten. In voornoemde periode heeft verzoeker voor totaal € 4.388,11 aan betalingen uitgevoerd. Verzoeker heeft gesteld dat een drietal betalingen, totaal € 472,80, niet door de ziektekostenverzekeraar is verwerkt in het overzicht. De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat één van deze betalingen is ontvangen en verwerkt in het overzicht, en dat de andere twee betalingen zijn gestorneerd en om die reden niet zijn opgenomen in het overzicht. De commissie volgt de ziektekostenverzekeraar in zijn stelling. Verzoeker heeft namelijk uitsluitend rekeningafschriften overgelegd waarop afschrijvingen zijn vermeld. Storneringen zijn hierop niet zichtbaar. Derhalve heeft verzoeker niet althans onvoldoende aannemelijk gemaakt dat door hem op 30 december 2014 en 12 mei 2015 bevrijdend is betaald, hoewel dit op zijn weg lag. Zodoende is naar de stand van 14 september 2015 sprake van een betalingsachterstand van € 487,44 (€ 4.875,55 - € 4.388,11). Genoemde achterstand is exclusief de onder 9.5 bedoelde, met terugwerkende kracht tot 1 oktober 2014 in rekening te brengen premie voor de zorgverzekering.

- 9.7. Door verzoeker is nog gesteld dat hij bij herhaling de ziektekostenverzekeraar heeft verzocht de kwartaalbetaling om te zetten naar maandbetaling, maar dat hij hierop geen respons heeft gekregen en dat deze wijziging niet is geëffectueerd. Door verzoeker zijn echter geen stukken ter onderbouwing van zijn stelling overgelegd, terwijl de ziektekostenverzekeraar ter zitting heeft verklaard dat in zijn systeem maandbetaling staat. Verzoeker ontvangt evenwel geen maandelijkse acceptgiro's vanwege de aanmelding als wanbetaler bij het Zorginstituut. De commissie laat dit punt daarom verder rusten.

Conclusie

- 9.8. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen. De aanmelding bij het Zorginstituut is onterecht geschied en de ziektekostenverzekeraar heeft lopende de procedure bij de commissie zijn standpunt ten aanzien van de hoogte van de betalingsachterstand gewijzigd, zodat deze inderdaad onjuist was. Deze achterstand wordt door de commissie, naar de stand van 8 september 2015, bepaald op € 487,44. Genoemd bedrag is exclusief de bij verzoeker nog in rekening te brengen premie vanaf 1 oktober 2014, vanwege de afmelding als wanbetaler bij het Zorginstituut.
- 9.9. Aangezien het verzoek wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,-- aan verzoeker te vergoeden.

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek toe op de wijze als onder 9.8 is omschreven.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden het entreegeld van € 37,--.

Zeist, 30 september 2015,

P.J.J. Vonk