

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vertegenwoordigd door E te F tegen C te D
Zaak : Premie, premieachterstand: zesmaandsmelding, aanmelding
CVZ, opzegging eind 2009
Zaaknummer : 2010.01019
Zittingsdatum : 17 november 2010

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden zorgverzekering 2009, paragraaf 3.3 Zvw, en artikel IX Wet structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering)

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door E te F

tegen

C te D hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Verzoeker is - in ieder geval tot 1 januari 2010 - bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de ZEKUR Zorgverzekering (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 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. De zorgverzekeraar heeft verzoeker met ingang van mei 2010 aangemeld bij het College voor zorgverzekeringen (CVZ) vanwege een achterstand in de premiebetaling voor de zorgverzekering van hemzelf van zes of meer maanden.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 8 juni 2010 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker meegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.3. Bij brief van 26 juni 2010 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de verschuldigde premie volledig is voldaan en dat de zorgverzekeraar dient in te stemmen met de beëindiging van de zorgverzekering met ingang van 1 januari 2010 (hierna: het verzoek).
- 3.4. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 37,- voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar bij brief van 5 juli 2010 de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Daarbij heeft de commissie de zorgverzekeraar gevraagd een overzicht te sturen van de verschuldigde premie en de betaalde/ontvangen bedragen over de periode januari 2006 tot en met december 2009, alsmede om een overzicht van de vorderingen welke zijn overgedragen aan de deurwaarders/incassobureaus. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.5. Binnen de gestelde termijn van vier weken heeft de commissie van de zorgverzekeraar geen reactie mogen ontvangen, waarop de commissie de zorgverzekeraar bij brief van 11 augustus 2010 opnieuw de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen

van verzoeker te reageren. Binnen de gestelde termijn heeft de commissie wederom geen reactie van de zorgverzekeraar ontvangen.

- 3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 27 september 2010 telefonisch meegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. Van de zorgverzekeraar heeft de commissie geen reactie ontvangen.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker stelt dat de zorgverzekeraar hem ten onrechte heeft aangemeld bij het College voor zorgverzekeringen. Daartoe voert verzoeker aan – onder overlegging van bankafschriften – dat alle verschuldigde premies zijn voldaan en dat hij daarom eind 2009 de zorgverzekering met ingang van 1 januari 2010 kon opzeggen.
- 4.2. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling dat hij inmiddels verzekerd is bij de Duitse Krankenkasse en nu dubbel premie moet betalen.
- 4.3. Verzoeker komt tot de conclusie dat zijn verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar stelt dat – naar de stand van 3 juni 2010 – sprake is van een betalingsachterstand van € 583,46, omvattende de premie voor de zorgverzekering over de maanden mei 2009 tot en met maart 2010. Omdat de achterstand over 2009 niet (tijdig) werd ingelopen, was beëindiging van de verzekering met ingang van 1 januari 2010 niet mogelijk.
- 5.2. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat het onderhavige verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

- 7.1. In geschil zijn uitsluitend de hoogte van de betalingsachterstand, en de vraag of verzoeker de zorgverzekering met ingang van 1 januari 2010 kon opzeggen.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

- 8.1. Voor de beoordeling van het onder 7 omschreven geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.
- 8.2. Ingevolge artikel 3 van de zorgverzekering, zoals dit artikel luidt in de kalenderjaren 2008-2010, is de premie bij vooruitbetaling verschuldigd.
- 8.3. Artikel 16 Zvw regelt in welke gevallen voor de zorgverzekering geen premie verschuldigd is.

- 8.4. 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 zorgverzekeraar 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 College voor zorgverzekeringen. De consequentie hiervan is dat voor de nieuw opkomende maanden een – hogere – bestuursrechtelijke premie van toepassing wordt (in plaats van de premiebetaling aan de zorgverzekeraar), alsmede een ander incassoregime, waarbij onder andere bronheffing en incasso door het CJIB mogelijk zijn. Aan het regime bij het CVZ komt doorgaans weer een einde zodra de schuld uit de zorgverzekering is ingelost of een schuldregeling wordt getroffen.
- 8.5. Voor op 1 september 2009 reeds bestaande gevallen van premieachterstand is een overgangsregeling getroffen, die voorziet in een verkort traject. Hierbij is tevens voorzien in een regeling die bepaalt dat bepaalde handelingen die door de zorgverzekeraar vooruitlopend op de inwerkingtreding van de wet zijn verricht – voor zover deze handelingen voldoen aan het geregelde in de wet, al was deze reeds in werking getreden – worden aangemerkt als handelingen in het kader van de wet.
- 8.6. Voor zover hier van belang, luiden de artikelen 18b en 18c Zvw en artikel IX van de Wsmwz als volgt:

“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 College zorgverzekeringen, 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;
- (...)"

"ARTIKEL IX

(...)

4. Indien op de datum van inwerkingtreding van deze wet ten aanzien van een zorgverzekering volgens de administratie van de zorgverzekeraar reeds een premieschuld van vier of meer maanden bestaat, doet een zorgverzekeraar, in afwijking van artikel 18b, de daar bedoelde mededeling:

- a. zodra de termijn voor aanvaarding van het aanbod, bedoeld in het eerste lid, is verlopen zonder dat het aanbod is aanvaard, of
- b. het aanbod is aanvaard en desondanks toch nieuw vervallende termijnen van de premie niet voldaan worden.

5. Een voor de datum van inwerkingtreding van deze wet gedaan aanbod tot het treffen van een betalingsregeling, dat aan de eisen van artikel 18a van de Zorgverzekeringswet juncto het tweede lid van dit artikel zou hebben voldaan indien die bepalingen op de datum waarop het aanbod is gedaan reeds in werking zouden zijn getreden, en een voor de datum van inwerkingtreding van deze wet gedane mededeling die aan de eisen van artikel 18b van de Zorgverzekeringswet juncto het vierde lid van dit artikel zou hebben voldaan indien deze bepalingen op het moment van verzending van de mededeling in werking zouden zijn getreden en waartegen de verzekeringnemer of, indien dit een ander dan de verzekeringnemer is, de verzekerde, bij de verzekeraar en vervolgens bij een onafhankelijke instantie als bedoeld in artikel 114 van de Zorgverzekeringswet of de burgerlijke rechter heeft kunnen opkomen als ware artikel 18b van de Zorgverzekeringswet reeds in werking getreden, gelden voor de toepassing van artikel 18c van die wet en het gestelde bij en krachtens artikel 34a van die wet als aanbod en mededeling als bedoeld in artikel 18a respectievelijk 18b van die wet.

(...)."

9. Beoordeling van het geschil

- 9.1. Verzoeker stelt dat hij per ultimo 2009 geen premieachterstand had, en dat hij zodoende de zorgverzekering bij de zorgverzekeraar met ingang van 1 januari 2010 heeft opgezegd en dat hij kon opzeggen. Sindsdien is hij verzekerd bij een andere ziektekostenverzekeraar.

Beoordeeld dient te worden of verzoeker de verzekering, mede in het licht van artikel 8a Zvw, rechtsgeldig kon opzeggen. Voor de beantwoording van deze vraag gaat de commissie uit van het overzicht van 3 juni 2010 van de zorgverzekeraar. Uit dit overzicht blijkt dat over de periode van 1 mei 2009 tot en met 1 maart 2010 nog een bedrag openstaat van € 583,46. Verzoeker heeft verschillende betalingsbewijzen overgelegd ter onderbouwing van zijn stelling dat laatstgenoemd overzicht onjuist is en dat per ultimo 2009 geen sprake was van een betalingsachterstand zodat het hem om die reden ook vrijstond over te stappen naar een andere ziektekostenverzekeraar.

- 9.2. De door verzoeker overgelegde betalingsbewijzen hebben betrekking op de rekening van verzoekers echtgenote. Voorts maakt verzoeker bij de betalingen geen gebruik van een betalingskenmerk. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat hij daarom de gedane betalingen heeft verrekend met de premie van verzoekers echtgenote,

die eveneens bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd was. Door deze verrekening is een betalingsachterstand ontstaan op de polis van verzoeker.

- 9.3. Bij de toerekening van betalingen mag enige inspanning van de zorgverzekeraar worden verwacht. Uit de overgelegde stukken blijkt dat de verschuldigde maandpremie in 2009 € 56,78 per persoon bedroeg en dat verzoeker meerdere keren een bedrag van € 113,56 heeft overgemaakt. Uit de overgelegde stukken is niet gebleken dat verzoekers echtgenote een achterstand had in de premiebetaling zodat in de rede ligt dat verzoeker met de betaling heeft beoogd zowel de premie voor hemzelf als voor zijn echtgenote te voldoen. De bedragen, voor zover deze overeenkomen met de verschuldigde maandpremie, zijn zodoende eenvoudig te herleiden naar verzoeker en zijn echtgenote. Daarbij zijn eerdere betalingen wel goed verwerkt. Bovendien is hier sprake van twee verschillende schuldenaren. Verzoeker en zijn echtgenote hebben namelijk ieder een eigen verzekering. Onder deze omstandigheden kan van het boeken van betalingen op enkel de verzekering van verzoekers echtgenote geen sprake zijn.
- 9.4. Gelet op het voorgaande heeft de ziektekostenverzekeraar zijn stelling dat ultimo 2009 sprake was van een betalingsachterstand niet aannemelijk gemaakt. Voor zover er al sprake was van een betalingsachterstand, werd deze veroorzaakt door de wijze van verrekenen door de zorgverzekeraar, en kan het ontstaan verzoeker niet worden tegengeworpen. Zulks leidt tot de conclusie dat het verzoeker vrijstond over te stappen naar een andere ziektekostenverzekeraar.
- 9.5. Aangezien verzoeker de verzekering met ingang van 1 januari 2010 rechtsgeldig kon opzeggen, zodat de na deze datum opgekomen premie buiten beschouwing moet worden gelaten, is geen sprake (meer) van een achterstand van ten minste zes maandpremies. Derhalve is verzoeker ten onrechte is aangemeld bij het CVZ. Nu de melding van verzoeker bij het CVZ onterecht heeft plaatsgevonden, is de zorgverzekeraar gehouden in ieder geval de daarmee voor verzoeker gepaard gaande financiële gevolgen ongedaan te maken.
Dit betekent dat de zorgverzekeraar verzoeker dient te vergoeden al hetgeen door of namens het CVZ in het kader van de bestuursrechtelijke premieheffing als bedoeld in artikel 18d Zvw is geheven en (wordt) geïnd, een en ander van het moment van aanmelding tot de eerste van de maand volgende op de maand waarin dit bindend advies is uitgebracht, en uitsluitend voor zover een en ander door het CVZ (in het kader van de eindafrekening) nog geen restitutie van de geïnde bestuursrechtelijke premie heeft plaatsgevonden of zal plaatsvinden.

Conclusie

- 9.6. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen voor zover het de opzegging met ingang van 1 januari 2010 en de aanmelding bij het CVZ betreft.
- 9.7. Aangezien het verzoek dient te worden toegewezen, ligt het – mede indachtig artikel 17 van het reglement van de commissie – in de rede dat de zorgverzekeraar het entreegeld aan verzoeker vergoedt.

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek toe met inachtneming van hetgeen onder 9.6 is overwogen.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de zorgverzekeraar aan Verzoeker dient te vergoeden een bedrag ad € 37,--.

Zeist, 1 december 2010,

Voorzitter