



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem
Zaak : Premie, hoogte betalingsachterstand
Zaaknummer : 201702176
Zittingsdatum : 12 december 2018



Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester, mr. H.A.J. Kroon, mr. L. Ritzema)

(Voorwaarden zorgverzekering 2009-2017, paragraaf 3.3 Zvw)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

VGZ Zorgverzekeraar N.V., hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Verzoekster was van 1 januari 2009 tot en met 30 november 2010 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de IZA Cura Natura Polis en van 1 januari 2011 tot en met 31 december 2015 eveneens op basis van de IZA Cura Natura Polis, waarbij de administratie echter werd gevoerd door een gevolmachtigde. Van 1 januari 2016 tot en met 14 november 2017 was verzoekster wederom bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten, toen evenwel op grond van de verzekering VGZ Ruime Keuze (hierna gezamenlijk te noemen: de zorgverzekering). Het betreft in alle gevallen een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Alle hiervoor genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten 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. De ziektekostenverzekeraar en zijn incassopartner hebben verzoekster sinds 2012 meerdere malen aangeschreven over de betalingsachterstand die in de periode van 1 januari 2009 tot en met 30 november 2010 is ontstaan. Deze achterstand is door de ziektekostenverzekeraar becijferd op € 2.012,30.
De ziektekostenverzekeraar en zijn incassopartner hebben verzoekster eveneens meerdere malen aangeschreven over de betalingsachterstand die is ontstaan in de periode van 1 januari 2011 tot 1 maart 2015. De ziektekostenverzekeraar heeft de betalingsachterstand over de genoemde periode becijferd op € 3.754,03.
De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster per 1 september 2011 als wanbetaler aangemeld bij het toenmalige College voor Zorgverzekeringen (CVZ) en afgemeld op 3 april 2012. Vervolgens is verzoekster per 1 november 2014 opnieuw als wanbetaler aangemeld bij Zorginstituut Nederland (thans: het CAK) en is zij per 1 mei 2016 weer afgemeld.
- 3.2. Verzoekster heeft meerdere klachten ingediend bij de ziektekostenverzekeraar over zowel de vermeende betalingsachterstand als over het besluit haar aan te melden als wanbetaler. Zij heeft de ziektekostenverzekeraar verzocht zijn beslissingen te heroverwegen. Op 14 december 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat hij de vorderingen en zijn standpunten handhaaft. Bij brief van 8 februari 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar dit schriftelijk aan verzoekster bevestigd.

-  3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft ertoe geleid dat de gevolmachtigde van de ziektekostenverzekeraar bij brief van 5 juni 2018 aan verzoekster een voorstel heeft gedaan, te weten (i) dat zij met terugwerkend kracht per 1 november 2014 wordt afgemeld bij het CAK, (ii) dat voor de periode van november 2014 tot en met december 2015 de nominale premie van € 1.412,90 in rekening wordt gebracht en (iii) dat de vordering over de periode van oktober 2012 tot en met juli 2014 komt te vervallen. Doel van dit voorstel was te komen tot een akkoord ter beëindiging van het geschil en dat beide partijen zouden afzien van verdere claims. Verzoekster is met het voorstel akkoord gegaan. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster vervolgens geïnformeerd dat de afmelding bij het CAK eveneens tot gevolg heeft dat zij de nominale premie over de periode van 1 januari 2016 tot en met 30 april 2016 ten bedrage van € 418,06 dient te voldoen.
-  3.4. Bij brief van 17 september 2018 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat (i) er geen betalingsachterstand is, (ii) een bedrag aan € 350,-- aan eigen risico onverschuldigd is betaald aan de ziektekostenverzekeraar en (iii) de ziektekostenverzekeraar gehouden is aan haar een schadevergoeding toe te kennen (hierna: het verzoek).
-  3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
-  3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 31 oktober 2018 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 2 november 2018 aan verzoekster gezonden.
-  3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 14 november 2018 telefonisch medegedeeld niet te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 21 november 2018 schriftelijk medegedeeld eveneens niet te willen worden gehoord.
-  3.8. Op grond van artikel 114, derde lid, Zvw dient de commissie verplicht advies te vragen aan het Zorginstituut Nederland (hierna: Zorginstituut) indien het geschil betrekking heeft op de zorg of de overige diensten, bedoeld in artikel 11 Zvw, dan wel de vergoeding van die zorg of diensten. Blijkens de Memorie van toelichting blijft deze verplichting beperkt tot de vraag of de vorm van zorg of andere dienst waar de verzekerde behoefte aan heeft tot het verzekerde pakket behoort. Aangezien die vraag in het onderhavige geval geen beantwoording behoeft, is het Zorginstituut niet verzocht te adviseren.

 4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

-  4.1. Verzoekster voert aan dat zij van 22 augustus 2007 tot en met 18 september 2007 en van 2 oktober 2007 tot en met 28 februari 2008 gedwongen opgenomen is geweest in een psychiatrische instelling op grond van een rechterlijke machtiging. De gedwongen opname was onterecht en heeft voor veel leed gezorgd. In de genoemde periodes is een betalingsachterstand ontstaan van zes of zeven maandpremies bij de ziektekostenverzekeraar. In 2009 werd verzoekster door de ziektekostenverzekeraar geïnformeerd dat de vordering, door hem toen becijferd op € 618,--, was overgedragen aan de deurwaarder. Deze heeft beslag gelegd op de zorgtoeslag van verzoekster om deze vordering op haar te verhalen. Dat de ziektekostenverzekeraar de vordering over de jaren 2009 en 2010 begroot op € 2.012,30 kan verzoekster niet volgen, omdat dit niet overeenkomt met het bedrag van € 618,-- dat destijds door de deurwaarder is genoemd.

- 4.2. Van 7 februari 2008 tot 14 mei 2008 had verzoekster een bewindvoerder. Deze had ervoor moeten zorgen dat de openstaande vorderingen werden voldaan. Als de bewindvoerder haar werk goed had gedaan was deze situatie niet ontstaan. De bewindvoerder heeft verzoekster echter voor enkele duizenden euro's bestolen, waardoor de (financiële) problemen alleen maar groter zijn geworden.
- 4.3. De ziektekostenverzekeraar heeft de vordering over de periode van 1 januari 2011 tot 1 maart 2015 overgedragen aan een tweede deurwaarder. Aan deze deurwaarder is € 3.754,03 betaald, waarmee de gehele vordering is voldaan.
In genoemde vordering is tevens een bedrag van € 350,-- aan eigen risico opgenomen, dat in rekening is gebracht in verband met de hiervoor genoemde gedwongen opname. Aangezien de opname onterecht was, is het niet correct dat hiervoor kosten zijn gedeclareerd en dat het eigen risico bij verzoekster in rekening is gebracht. Dit bedrag is derhalve onverschuldigd betaald en moet door de ziektekostenverzekeraar aan haar worden terugbetaald.
- 4.4. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster per 1 november 2014 opnieuw aangemeld als wanbetaler bij het Zorginstituut. Er was toen echter geen sprake van een betalingsachterstand, omdat verzoekster deze reeds had voldaan met de betaling van € 3.754,03. Bovendien is verzoekster aangemeld bij het Zorginstituut in verband met de premieachterstand die is ontstaan gedurende de periode dat zij gedwongen was opgenomen. Als de zorginstelling de opname tijdig aan de ziektekostenverzekeraar had gemeld, was de betalingsachterstand niet ontstaan en was er ook geen reden geweest haar als wanbetaler aan te melden.
- 4.5. De hele gang van zaken is voor verzoekster bijzonder stressvol geweest en heeft haar gezondheid geen goed gedaan. Zij eist om die reden een schadevergoeding van de ziektekostenverzekeraar voor het psychische leed dat haar is aangedaan en voor de kosten die zij heeft gemaakt, door haar becijferd op € 540,-- aan kosten voor rechtsbijstand.
- 4.6. Verzoekster wil bovendien niets meer te maken hebben met de ziektekostenverzekeraar en wil daarom ook geen post meer van hem ontvangen.
- 4.7. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat verzoekster over de periode van 1 januari 2009 tot en met 30 november 2010 nog een bedrag is verschuldigd van € 1.990,25 aan premie en € 22,05 aan zorgkosten.
Bij vonnis van 4 oktober 2010 heeft de Rechtbank te Maastricht geoordeeld dat verzoekster de premie voor de maanden januari 2009 tot en met juli 2009, voor een bedrag van € 618,10, dient te voldoen. Zij dient tevens de rente en de proceskosten te betalen. Het vonnis is betekend aan verzoekster en vanaf 29 juni 2011 is beslag gelegd op een deel van haar inkomen. Door dit beslag is een bedrag van € 419,-- ontvangen. Daarmee is een deel van de proceskosten voldaan. De premie over de genoemde periode dient verzoekster nog steeds te voldoen.
Verder is verzoekster meerdere keren aangemaand om zowel de vorderingen die bij vonnis zijn toegewezen als ook de overige vorderingen te voldoen. De ziektekostenverzekeraar verwijst in dit kader naar de brieven die hierover in 2013, 2014, 2015, 2016, 2017 en 2018 aan verzoekster zijn gezonden. Met deze brieven is de verjaring van de vorderingen tijdig gestuit.
- 5.2. De ziektekostenverzekeraar heeft voorts aangevoerd dat tussen verzoekster en de gevolmachtigde overeenstemming is bereikt over de betalingsachterstand die is ontstaan in de periode van 1 januari 2011 tot en met 31 december 2015. Verzoekster dient nog een bedrag van € 1.412,90 aan de gevolmachtigde te voldoen. Vanwege de bereikte overeenstemming is verzoekster met terugwerkende kracht per 1 november 2014 afgemeld bij het CAK, zodat ook dit niet langer onderwerp is van geschil.

5.3. De ziektekostenverzekeraar heeft tevens gesteld dat verzoekster in de periode van 1 januari 2016 tot en met 30 april 2016 was aangemeld bij het CAK. Omdat de aanmelding met terugwerkende kracht ongedaan is gemaakt, is verzoekster voor die periode de nominale premie verschuldigd, totaal € 401,56. De acceptgirokosten en incassokosten die in rekening zijn gebracht ten aanzien van dit deel van de vordering heeft de ziektekostenverzekeraar uit coulance laten vervallen.

5.4. 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 (2009-2017) 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 (i) de hoogte van de betalingsachterstand, (ii) het betaalde eigen risico en (iii) het verzoek om schadevergoeding.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

8.1. Voor de beoordeling van het geschil tussen partijen zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.

8.2. Ingevolge artikel 3.4 van de zorgverzekering (2009-2017) is de verzekeringnemer de premie bij vooruitbetaling verschuldigd.

8.3. Artikel 3.6 van de zorgverzekering (2009) regelt de gevolgen van niet-tijdige betaling en luidt, voor zover hier van belang:

"3.6.1. Als u als verzekeringnemer de premie, wettelijke bijdragen, eigen risico, eigen bijdragen en kosten niet tijdig betaalt, stuurt de zorgverzekeraar u een aanmaning. Als u niet betaalt binnen de in de aanmaning genoemde termijn van ten minste 14 dagen, kan de zorgverzekeraar de dekking schorsen. In dat geval bestaat er vanaf de laatste premievervaldag voor de aanmaning geen recht op (vergoeding van de kosten van) zorg. U blijft bij schorsing wel verplicht de premie te betalen. Er is weer recht op (vergoeding van de kosten van) zorg vanaf de dag volgende op de dag waarop de zorgverzekeraar het verschuldigde bedrag en de eventuele kosten heeft ontvangen. De zorgverzekeraar heeft het recht bij niet tijdige betaling de IZA Cura Natura Polis te beëindigen. De verzekering wordt in dat geval niet met terugwerkende kracht beëindigd.

3.6.2. De zorgverzekeraar kan administratiekosten, (buiten)gerechtelijke invorderingskosten en wettelijke rente bij u als verzekeringnemer in rekening brengen.

3.6.3. Als u als verzekeringnemer al bent aangemaand voor niet tijdige betaling van premie, wettelijke bijdragen, eigen risico, eigen bijdragen of kosten, hoeft de zorgverzekeraar bij niet-tijdig voldoen van een hierop volgende factuur u niet afzonderlijk schriftelijk aan te manen. (...)"

8.4. Artikel 3.6 van de zorgverzekering (2010-2017) is van gelijke strekking.

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

"1. Krachtens de zorgverzekering is de verzekeringnemer premie verschuldigd.

2. In afwijking van artikel 925 van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek en van het eerste lid: (...)

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

- 8.6. Artikel 18d Zvw regelt de verschuldigdheid van de bestuursrechtelijke premie aan het CAK. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

"1 De verzekeringnemer is vanaf de eerste dag van de maand volgende op de maand waarin het CAK de melding, bedoeld in artikel 18c, heeft ontvangen aan het CAK 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 schuldhelpverlener 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 CAK, 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. (...)"

9. Beoordeling van het geschil

2009-2010

- 9.1. Door de ziektekostenverzekeraar zijn in de procedure stukken overgelegd waaruit kan worden geconcludeerd dat verzoekster gedurende de periode van 1 januari 2009 tot en met 30 november 2010 geen, althans niet de volledige premie voor de zorgverzekering heeft betaald. Daartoe door de commissie in de gelegenheid gesteld, heeft verzoekster niet aannemelijk gemaakt dat de overeengekomen premie over genoemd tijdvak wél volledig is betaald. Zij heeft bijvoorbeeld geen enkel betaalbewijs overgelegd, waaruit volgt dat er premie is voldaan. De commissie bepaalt derhalve dat verzoekster aan de ziektekostenverzekeraar over genoemd tijdvak een bedrag is verschuldigd van € 2.012,30.

- 9.2. Overigens stelt de commissie vast dat verzoekster bij vonnis van 4 oktober 2010 door de Rechtbank Maastricht is veroordeeld tot het voldoen van de premies voor de maanden januari 2009 tot en met juli 2009 (€ 618,10) én de proceskosten (€ 452,93) aan de ziektekostenverzekeraar. De commissie is niet bevoegd in dit vonnis te treden en dit vormt voor haar daarom een gegeven. Verder merkt de commissie ter zake op dat het vonnis is betekend en dat vanaf 29 juni 2011 beslag is gelegd op een deel van het inkomen van verzoekster. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard en door verzoekster is bevestigd dat door de beslaglegging een bedrag van € 419,-- is voldaan. Met dit bedrag is echter alleen een deel van de hiervoor genoemde proceskosten voldaan, zodat de hoofdsom - te weten de premievordering - daarnaast nog volledig open staat.

2011-2015

- 9.3. De commissie stelt vast dat tussen verzoekster en de gevolmachtigde van de ziektekostenverzekeraar overeenstemming is bereikt over de achterstand met betrekking tot het tijdvak 1 januari 2011 tot en met 31 december 2015. Dit volgt uit het - door beide partijen getekende - voorstel, waarmee partijen tevens afzien van verdere claims. Hierin zal de commissie dan ook niet treden. Dit betekent dat de commissie de standpunten van verzoekster voor zover die zien op genoemd tijdvak, met name ten aanzien van de verwerking van de betaling van het bedrag

van € 3.753,40 en het eigen risico van € 350,-- dat door de ziektekostenverzekeraar in rekening is gebracht, verder niet inhoudelijk zal behandelen.

2016-2017

- 9.4. De commissie stelt vast dat verzoekster aanvankelijk van 1 november 2014 tot 1 mei 2016 als wanbetaler was aangemeld bij het CAK. Overeenkomstig artikel 16 Zvw was zij over deze periode geen premie verschuldigd aan de ziektekostenverzekeraar, maar diende zij de bestuursrechtelijke premie te voldoen aan het CAK. De ziektekostenverzekeraar heeft echter besloten de aanmelding bij het CAK met terugwerkende kracht per 1 november 2014 ongedaan te maken. Dit betekent enerzijds dat verzoekster de betaalde bestuursrechtelijke premie van het CAK terug zal krijgen en anderzijds dat zij per 1 november 2014 de nominale premie is verschuldigd aan de ziektekostenverzekeraar. Door de ziektekostenverzekeraar is dit bedrag vastgesteld op € 1.412,90 voor de periode van 1 november 2014 tot en met 31 december 2015 en op € 401,56 voor de periode van 1 januari 2016 tot en met 30 april 2016. Zoals hiervoor is overwogen, bestaat overeenstemming tussen partijen over de betalingsachterstand met betrekking tot de periode van 1 januari 2011 tot en met 31 december 2015, waaronder over het bedrag van € 1.412,90. Dit bedrag dient verzoekster derhalve ook te voldoen. De commissie overweegt verder dat verzoekster niet heeft betwist dat zij over de periode van 1 januari 2016 tot en met 30 april 2016 premie is verschuldigd aan de ziektekostenverzekeraar. Ook anderszins is niet vast komen te staan dat zij deze premie niet hoeft te voldoen, dan wel reeds heeft voldaan. Dit betekent dat verzoekster ook het bedrag van € 401,56 aan de ziektekostenverzekeraar dient te voldoen.

Schadevergoeding en correspondentie van de ziektekostenverzekeraar

- 9.5. De commissie ziet geen aanleiding te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is aan verzoekster de kosten voor rechtsbijstand van € 540,-- te vergoeden, dan wel dat hij aan haar een schadevergoeding is verschuldigd, met name nu vast staat dat de door de ziektekostenverzekeraar gestelde vordering juist is.
- 9.6. De commissie ziet evenmin aanleiding te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar niet met verzoekster mag corresponderen over het voldoen van de nog openstaande vorderingen, of over andere zaken betreffende de verzekeringsovereenkomst. Het voeren van correspondentie is inherent aan de tussen partijen bestaande verzekeringsrelatie.

Conclusie

- 9.7. Het voorgaande leidt tot de conclusie dat (i) nog steeds sprake is van een betalingsachterstand, (ii) het bedrag van € 350,-- ter zake van het eigen risico geen onderwerp vormt van de onderhavige procedure, (iii) dat het verzoek voor zover dit ziet op vergoeding van de kosten van rechtsbijstand, respectievelijk vergoeding van schade iedere grond mist en (iv) dat er geen reden is te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar of zijn gevolmachtigde niet meer met verzoekster mag communiceren. Dit betekent dat het verzoek op alle punten dient te worden afgewezen.

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 12 december 2018,

J.A.M. Strens-Meulemeester