

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C te D
Zaak : Premie, betalingsachterstand, schadevergoeding
Zaaknummer : 2011.01523
Zittingsdatum : 26 oktober 2011

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2008-2010, paragraaf 3.3 Zvw, artikel IX Wet structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering)

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoeker,

tegen

C te D hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Verzoeker was tot 1 januari 2011 bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] Zorg Geregeld Polis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Tevens had verzoeker bij de zorgverzekeraar ten behoeve van vier andere personen een zorgverzekering afgesloten. 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. Bij brief van 3 juli 2010 heeft de zorgverzekeraar verzoeker meegedeeld dat sprake is van een achterstand in de premiebetaling voor de zorgverzekering van hemzelf, alsmede van de door hem verzekerde personen, van twee of meer maanden.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormeld standpunt gevraagd. Bij brief van 18 mei 2011 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat sprake is van een betalingsoverschot van € 194,- voor de zorgverzekering van hemzelf, alsmede van de door hem verzekerde personen.
- 3.3. Bij brief van 13 juni 2011 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de in overweging 3.1 en 3.2 bedoelde brieven in te trekken, dat de zorgverzekeraar ten onrechte incassokosten bij hem in rekening brengt, en dat de zorgverzekeraar gehouden is de teveel betaalde premie te restitueren en een schadevergoeding te betalen (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 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.

- 3.5. De zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 31 augustus 2011 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 21 september 2011 aan verzoeker gezonden.
- 3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 23 september 2011 schriftelijk meegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De zorgverzekeraar heeft op 3 oktober 2011 schriftelijk meegedeeld telefonisch te willen worden gehoord
- 3.7. Verzoeker is op 26 oktober 2011 in persoon gehoord. De zorgverzekeraar heeft telefonisch aan de hoorzitting deelgenomen.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker stelt dat de Rechtbank Arnhem op 8 mei 2009 een vonnis heeft gewezen in de zaak tussen hem en de zorgverzekeraar. Dit vonnis betreft de maandpremies tot en met augustus 2008. Verzoeker heeft na dit vonnis diverse betalingen uitgevoerd. Deze zijn echter niet verwerkt door de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar stelt ten onrechte dat sprake is van een betalingsachterstand, en heeft de vordering overgedragen aan de incassogemachtigde. Voorts stelt verzoeker dat hij diverse klachtbrieven heeft verstuurd naar de zorgverzekeraar, maar hier pas na een aantal maanden een reactie op kreeg. Bij die reactie, gedateerd 18 mei 2011, was een incorrect betalingsoverzicht gevoegd, inhoudende dat hij € 194,- te veel had betaald. Verzoeker stelt dat de zorgverzekeraar veel onduidelijkheid creëert en zijn kwestie niet serieus behandelt. Verzoeker vordert een bedrag van € 523,74 van de zorgverzekeraar. Dit bedrag bestaat uit € 394,66 teveel betaalde premie, € 84,08 aan wettelijke rente en € 45,- aan administratiekosten.
- 4.2. Ter zitting heeft verzoeker zijn standpunten herhaald.
- 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 verzoeker vanaf 2006 diverse malen niet aan zijn betalingsverplichting heeft voldaan. Om die reden zijn diverse vorderingen overgedragen aan de incassogemachtigde. De rente en incassokosten worden terecht bij verzoeker in rekening gebracht. Naar de stand van 31 augustus 2011 is noch sprake van een betalingsachterstand, noch van een overschot. Verzoeker is met ingang van 1 januari 2011 uitgeschreven. Uiteindelijk is een bedrag van € 216,33 aan hem betaald, als zijnde een correctie. Voorts stelt de zorgverzekeraar dat hij niet overgaat tot het betalen van een schadevergoeding aan verzoeker. Dit is conform artikel 1.11 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Tot slot biedt de zorgverzekeraar zijn excuses aan voor het niet reageren op twee klachtbrieven van verzoeker.
- 5.2. Ter zitting heeft de zorgverzekeraar zijn standpunten herhaald.
- 5.3. 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, doch niet voor het gedeelte van het geschil waarover de rechter reeds heeft geoordeeld.

7. Het geschil

- 7.1. Het bestaan van de in overweging 3.1 omschreven verzekeringsrelatie, het verschuldigd zijn van de premie voor de afgesloten verzekeringen en de hoogte van de periodiek verschuldigde premie voor deze verzekeringen zijn niet in geschil. In geschil zijn de door de zorgverzekeraar genoemde betalingsachterstand, de hoogte van de incassokosten en de door verzoeker gevorderde 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 2.13 van de zorgverzekering (2008) en artikel 3 van de zorgverzekering (2009-2011) is de verzekeringnemer de premie bij vooruitbetaling verschuldigd.
- 8.3. 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.
- 8.4. 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.

- 8.5. Voor zover hier van belang, bepalen de artikelen 18a en artikel IX van de Wsmwz 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 premie-achterstand 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 IX

1. Indien op de datum van inwerkingtreding van deze wet ten aanzien van een zorgverzekering volgens de administratie van een zorgverzekeraar reeds een premieschuld van twee of meer maanden bestaat, doet deze zorgverzekeraar, in afwijking van artikel 18a, eerste lid, van de Zorgverzekeringswet het in dat artikel bedoelde aanbod zo spoedig mogelijk, maar in ieder geval binnen twee maanden na inwerkingtreding van deze wet.
2. Indien de verzekeringnemer een ander heeft verzekerd en ten aanzien van diens verzekering een premie-achterstand als bedoeld in het eerste lid is ontstaan:
 - a. is artikel 18a, derde lid, van de Zorgverzekeringswet niet van toepassing,
 - b. zendt de zorgverzekeraar deze verzekerde, tegelijk met de stukken, bedoeld in artikel 18a, vijfde lid, van de Zorgverzekeringswet een aanbod om zelf een zorgverzekering met hem te sluiten,
 - c. omvat het aanbod aan de verzekeringnemer de mededeling dat de zorgverzekeraar de ten behoeve van de andere verzekerde gesloten zorgverzekering met ingang van de eerste dag

van de tweede maand volgende op de maand waarin het aanbod is gedaan, zal beëindigen, tenzij deze verzekerde hem voordien heeft laten weten het aanbod, bedoeld in onderdeel b, te verwerpen.

3. In afwijking van artikel 217 van Boek 6 van het Burgerlijk Wetboek en van artikel 4:29 van de Wet op het financieel toezicht, wordt een verzekeringsplichtige die een aanbod als bedoeld in het tweede lid, onderdeel b, heeft ontvangen, met ingang van de eerste dag van de tweede maand volgende op de maand waarin het aanbod is gedaan verzekeringnemer van een nieuwe, ten behoeve van hemzelf gesloten zorgverzekering bij de zorgverzekeraar die het aanbod heeft gedaan, tenzij hij de zorgverzekeraar voordien heeft laten weten het aanbod te verwerpen.

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.

6. Bij ministeriële regeling wordt bepaald onder welke voorwaarden en in welke mate zorgverzekeraars reeds op de datum van inwerkingtreding van deze wet bestaande premieschulden kunnen kwijtschelden zonder dat dit gevolgen heeft voor hun recht op een bijdrage voor het onverminderd verzekerd houden van de betrokken verzekerden”.

- 8.6. 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 artikel 18a Zvw en artikel IX Wsmwz, 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 18b Zvw en artikel IX Wsmwz uitsluitend de premie voor de zorgverzekering van belang.

9. Beoordeling van het geschil

Vonnissen Rechtbank Arnhem

- 9.1. De Rechtbank Arnhem heeft op 9 mei 2009 twee vonnissen gewezen. Het eerste vonnis betreft de periode van augustus 2006 tot en met december 2006. Hierin is bepaald dat verzoeker € 488,83 exclusief rente en buitengerechtelijke kosten dient te betalen aan de zorgverzekeraar. Het tweede vonnis betreft de periode van juni 2007 tot en met augustus 2008, en hierin is bepaald dat verzoeker € 1.204,60 exclusief

rente en buitengerechtelijke kosten dient te betalen aan de zorgverzekeraar. De commissie neemt deze vorderingen als vaststaand aan.

Vonnis Rechtbank 's-Gravenhage

- 9.2. De Rechtbank 's-Gravenhage heeft op 30 september 2010 een vonnis gewezen. Dit vonnis betreft de periode van augustus 2008 tot en met september 2008, waarin is bepaald dat verzoeker € 341,71 exclusief rente en buitengerechtelijke kosten dient te betalen aan de zorgverzekeraar. De commissie neemt deze vordering eveneens als vaststaand aan.
- 9.3. Gelet op hetgeen onder 6.1 is overwogen blijft de beoordeling van het onderhavige geschil beperkt tot de periode vanaf oktober 2008.

Periode 1 oktober 2008 tot en met 31 december 2008

- 9.4. Uit een overzicht van de zorgverzekeraar blijkt dat verzoeker in de periode van 1 oktober 2008 tot en met 31 december 2008 een bedrag ter zake van premie is verschuldigd van € 545,70. Uit het overzicht blijkt verder dat verzoeker in voornoemde periode voor in totaal € 545,70 aan betalingen zou hebben uitgevoerd. Verzoeker heeft echter, onder overlegging van betalingsbewijzen, gesteld dat hij in voornoemde periode voor in totaal € 940,33 aan betalingen heeft uitgevoerd. Eén betaling is uitgevoerd op 25 september 2008. Het komt de commissie aannemelijk voor dat deze betaling is bestemd voor de premie van oktober 2008, zodat deze terecht is betrokken in de betalingen die zijn uitgevoerd in de periode van 1 oktober 2008 tot en met 31 december 2008. Gelet op het bovenstaande concludeert de commissie dat verzoeker in voornoemde periode in totaal € 940,33 heeft betaald. Naar de stand van 31 december 2008 was derhalve sprake van een betalingsoverschot van € 394,63 (€ 545,70 - € 940,33).

Tweemaandsbrief

- 9.5. Verzoeker heeft op 3 juli 2010 een tweemaandsbrief ontvangen. Beoordeeld dient te worden of naar de stand van 3 juli 2010 sprake was van een betalingsachterstand van ten minste twee maandpremies. Verzoeker is in de periode van 1 januari 2009 tot en met 31 juli 2010 € 3.592,30 verschuldigd ter zake van premie. In voornoemde periode heeft verzoeker voor in totaal € 3.168,17 aan premiebetalingen uitgevoerd. Voorts was per ultimo 2008 sprake van een betalingsoverschot van € 394,63. Dit bedrag dient mee te worden genomen in de berekening. Naar de stand van 3 juli 2010 was sprake van een premieachterstand van € 29,50 (€ 3.592,30 - € 3.168,17 - € 394,63). Per saldo is geen sprake van een premieachterstand van ten minste twee maandpremies. De commissie stelt vast dat de in overweging 3.1 bedoelde brief van de zorgverzekeraar niet had mogen worden verzonden aangezien niet is voldaan aan de voorwaarden, zoals geregeld in artikel 18a Zvw en artikel IX Wsmwz.

Huidige stand van zaken

- 9.6. Verzoeker is met ingang van 1 januari 2011 niet meer verzekerd bij de zorgverzekeraar. Rest de vraag wat de huidige stand van zaken is.

- 9.7. Uit een overzicht van de zorgverzekeraar van 31 augustus 2011 blijkt dat verzoeker in de periode van 1 januari 2009 tot en met tot en met 31 december 2010 € 5.074,10 is verschuldigd ter zake van premie, zorgkosten, administratiekosten en acceptgirokosten. In voornoemde periode heeft verzoeker voor totaal € 5.263,43 aan betalingen uitgevoerd. Daartoe door de commissie in de gelegenheid gesteld, heeft verzoeker niet, althans onvoldoende, aannemelijk gemaakt dat meer of andere betalingen zijn gedaan. Voorts heeft de zorgverzekeraar een bedrag van € 216,33 teruggestort naar verzoeker. Derhalve is naar de stand van 31 augustus 2011 noch sprake van een betalingsoverschot, noch van een betalingsachterstand ($€ 5.074,10 - € 5.263,43 + € 216,33$).

Incassokosten

- 9.8. Verzoeker heeft gesteld dat de zorgverzekeraar ten onrechte incassokosten bij hem in rekening brengt. De vordering die de zorgverzekeraar heeft overgedragen aan de incassogemachtigde betreft de periode waarover vonnissen zijn gewezen. De commissie is met betrekking tot deze periode niet bevoegd, zodat zij niet zal treden in de beoordeling van de bij verzoeker in rekening gebrachte incassokosten.

Schadevergoeding

- 9.9. Verzoeker heeft een bedrag gevorderd ter hoogte van € 523,74. Dit bedrag bestaat uit € 394,66 teveel betaalde premie, € 84,08 aan wettelijke rente en € 45,-- aan administratiekosten. Met betrekking tot de teveel betaalde premie verwijst de commissie naar hetgeen is overwogen onder 9.7. Dit gedeelte van het verzoek acht de commissie niet toewijsbaar.
- Verzoeker heeft zijn vordering ter zake van de wettelijke rente en administratiekosten onderbouwd met de stelling dat onderhavige kwestie al geruime tijd loopt, hij hiertoe diverse malen (aangetekende) brieven heeft verstuurd, en er geen zicht bestond op afhandeling door de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar heeft een en ander niet betwist. Gezien het gespecificeerde karakter en de onderbouwing van het verzoek, is de commissie van oordeel dat de wettelijke rente en administratiekosten voor toewijzing gereed liggen. Van belang hierbij is dat reeds per ultimo 2008 sprake was van een betalingsoverschot, en de zorgverzekeraar pas in 2011 twee betalingen heeft teruggestort. Gedurende deze periode van ruim twee jaar was bij verzoeker sprake van gederfde rente-inkomsten. Bovendien heeft hij (administratie)kosten moeten maken ter behandeling van zijn klacht bij de zorgverzekeraar. De commissie oordeelt dat verzoeker recht heeft op een schadevergoeding groot € 129,08 ($€ 84,08 + € 45,--$).

Conclusie

- 9.10. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek gedeeltelijk dient te worden toegewezen, zij het met dien verstande dat naar de stand van 31 augustus 2011 noch sprake is van een betalingsoverschot, noch van een betalingsachterstand, en dat de zorgverzekeraar aan verzoeker een schadevergoeding groot € 129,08 dient te betalen.
- 9.11. Aangezien het verzoek deels 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 gedeeltelijk toe op de wijze als hierboven in 9.10 is vermeld.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de zorgverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden een bedrag ad € 37,--.

Zeist, 9 november 2011,

Voorzitter