



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen N.V. Univé Zorg te Arnhem
Zaak : Premie, zorgkosten, betalingsachterstand, aanmelding Zorginstituut, vordering
incassogemachtigde
Zaaknummer : 201600049
Zittingsdatum : 8 juni 2016

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. P.J.J. Vonk)

(Voorwaarden zorgverzekering 2015, paragraaf 3.3 Zvw, art. 3:37 BW)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

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

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Verzoeker was tot en met 31 december 2014 bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Univé Zorg Samen Polis, en vanaf 1 januari 2015 tot heden op basis van de Univé Zorg Vrij Polis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1 onderdeel d Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Tevens heeft verzoeker bij de zorgverzekeraar ten behoeve van zijn echtgenote de zorgverzekering afgesloten. Genoemde zorgverzekering is een schadeverzekeringsovereenkomst 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. Bij brief van 3 mei 2015 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat sprake is van een achterstand in de premiebetaling voor de zorgverzekering van hemzelf van twee of meer maanden.
- 3.2. Bij brief van 17 november 2015 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat sprake is van een achterstand in de premiebetaling voor de zorgverzekering van hemzelf van zes of meer maanden, en dat hij is aangemeld als wanbetaler bij het Zorginstituut Nederland (hierna: Zorginstituut).
- 3.3. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormeld standpunt gevraagd. Bij brief van 26 november 2015 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. De zorgverzekeraar heeft op 23 december 2015 een financieel overzicht ter zake van de polis van verzoeker opgesteld, waaruit blijkt dat het openstaande bedrag totaal € 4.145,82 is.
- 3.5. Bij e-mailberichten van 5 november 2015 en 7 januari 2016 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen (i) dat de door de zorgverzekeraar gestelde betalingsachterstand onjuist is, en (ii) dat de zorgverzekeraar hem ten onrechte heeft aangemeld als wanbetaler bij het Zorginstituut (hierna: het verzoek).
- 3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 37,- voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

- 
- 3.7. De zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 8 maart 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 30 maart 2016 aan verzoeker gezonden.
- 
- 3.8. Verzoeker heeft op 17 april 2016 gereageerd op het onder 3.7 bedoelde standpunt van de zorgverzekeraar. Een afschrift van deze reactie is aan de wederpartij gezonden.
- 
- 3.9. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker en de zorgverzekeraar hebben op respectievelijk 21 april en 24 mei 2016 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 
- 3.10. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10, lid 9 van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat de onderhavige zaak enkelvoudig wordt afgedaan.
- 
- 3.11. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 8 juni 2016 telefonisch gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 
- 4.1. Verzoeker en zijn echtgenote zijn allebei chronisch ziek en moeten rondkomen van een AOW-uitkering en een klein pensioen. Zij zijn beiden ieder jaar het eigen risico kwijt. Feitelijk is dit dan ook een verkapte premieverhoging. Verzoeker en zijn echtgenote zijn daarom principieel tegen het eigen risico.
- 
- 4.2. De zorgverzekeraar heeft verzoeker voor de zoveelste keer ten onrechte aangemeld als wanbetaler bij het Zorginstituut. Sinds het vorige bindend advies van de commissie is regelmatig betaald. De zorgverzekeraar boekt de betalingen echter op andere posten dan die door verzoeker zijn opgegeven. Het probleem is het eigen risico. Verzoeker kan dit niet betalen en heeft bij herhaling verzocht om kwijtschelding, maar dit verzoek werd niet gehonoreerd. Zodoende is nog steeds sprake van een betalingsachterstand, maar het gedeelte dat ziet op het eigen risico mag niet worden meegeteld in het kader van de aanmelding als wanbetaler bij het Zorginstituut. De zorgverzekeraar blijft ook terugkomen op posten uit 2009. Dit terwijl verzoeker en zijn echtgenote op 13 maart 2012 failliet zijn verklaard en de zorgverzekeraar in verband met het faillissement afboekingen uit coulance heeft gedaan.
- 
- 4.3. De zorgverzekeraar heeft een vordering overgedragen aan de incassogemachtigde. De ene medewerker van de zorgverzekeraar verwees verzoeker naar de incassogemachtigde voor informatie, terwijl de andere medewerker verzoeker wel informatie gaf en hem zelfs uitnodigde op kantoor om de kwestie te bespreken. Overigens is verzoeker hier niet op ingegaan in verband met zijn invaliditeit en de reiskosten.
- 
- 4.4. In een telefonisch contact van 26 november 2015 deelde een medewerker van de zorgverzekeraar verzoeker mede dat nog nota's uit 2012 openstonden, meer specifiek van vóór 13 maart 2012 - de faillissementsdatum -, op grond waarvan de aanmelding bij het Zorginstituut is geschied. De zorgverzekeraar heeft verzoeker echter destijds meerdere malen medegedeeld dat alle schulden van vóór het faillissement waren voldaan. Dat daarop thans wordt teruggekomen is niet acceptabel. De kwestie is enorm onoverzichtelijk geworden door het handelen van de zorgverzekeraar.
- 
- 4.5. Verzoeker benadrukt dat de reden voor aanmelding als wanbetaler bij het Zorginstituut enkel een premieachterstand van zes of meer maanden kan zijn. Een achterstand in de betaling van het eigen risico kan nimmer leiden tot aanmelding als wanbetaler. Dat sprake is van een betalingsachterstand wordt niet betwist. Deze achterstand betreft echter geen zes maandpremies, zodat de aanmelding als wanbetaler bij het Zorginstituut ten onrechte heeft plaatsgevonden. De premie voor augustus 2012, februari, maart en april 2013 is onbetaald gebleven, zodat de premieachterstand vier maanden bedraagt. Anders dan de zorgverzekeraar stelt is de premie voor november en december

2012 wél betaald. Genoemde bedragen zijn in februari en maart 2013 overgemaakt. De bedragen die in die maanden aan de zorgverzekeraar zijn betaald, liggen hoger dan de verschuldigde maandpremie, omdat daarbij ook maandtermijnen in het kader een regeling zijn opgenomen. De zorgverzekeraar heeft deze betalingen echter niet op correcte wijze afgeboekt.

Het is juist dat op 25 november 2015 telefonisch contact met de zorgverzekeraar heeft plaatsgevonden. Toen heeft verzoeker reeds medegedeeld dat de opgegeven premieachterstand niet correct was.

Verzoeker heeft de indruk dat de zorgverzekeraar premiebetalingen boekt op zorgkosten (eigen risico), hetgeen niet is toegestaan. Hij en zijn echtgenote hebben onvoldoende financiële middelen om het eigen risico (jaarlijks) te voldoen. Kwijtschelding van het eigen risico is logisch en aangewezen, en dergelijke verzoeken zijn reeds gehonoreerd bij andere verzekerden. De zorgverzekeraar kan zich zodoende niet verschuilen achter de wet.

4.6. Ter zitting heeft verzoeker herhaald dat geen zes maanden premieachterstand bestond. Voorts heeft verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat de premie waarover de ziektekostenverzekeraar spreekt, is betaald op 25 maart 2013 respectievelijk 23 april 2013. Een bedrag van € 253,93 betrof een regeling die was getroffen, maar die niet is voortgezet. Een bedrag van circa € 100,- kon op een andere post worden geboekt. Op het moment van aanmelding bij het Zorginstituut bestond zodoende een achterstand van niet meer dan vier maanden.

4.7. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

5.1. Verzoeker is op 29 oktober 2015 aangemeld als wanbetaler bij het Zorginstituut. Vanaf 1 november 2015 is hij de bestuursrechtelijke premie verschuldigd. Op het moment van aanmelding betrof de premieachterstand van verzoeker minimaal zes maanden, te weten augustus 2012, november 2012, december 2012, februari 2013, maart 2013, april 2013, augustus 2013 en april 2014. Gezien deze premieachterstand is verzoeker terecht aangemeld bij het Zorginstituut. Voor de volledigheid verwijst de zorgverzekeraar naar het bindend advies van de commissie van 15 juli 2015 in een eerder gerezen geschil met verzoeker (zaaknummer 201403134), meer specifiek overweging 9.3.

5.2. Aangaande het verzoek tot kwijtschelding van het eigen risico heeft de commissie in eerdergenoemd bindend advies in overweging 9.5 opgemerkt dat bij wet is bepaald dat het eigen risico voor iedere volwassen verzekerde in Nederland geldt, zo ook voor verzoeker (en zijn echtgenote), zodat van kwijtschelding geen sprake kan zijn. De zorgverzekeraar sluit zich hierbij aan en gaat niet over tot kwijtschelding van het eigen risico.

5.3. Afschriften van de contactregistraties van 26 november 2015 zijn overgelegd.

5.4. Verzoeker heeft een afschrift van het vonnis van 13 november 2012 van de Rechtbank Haarlem overgelegd. Hierin is bepaald dat het faillissement van verzoeker en zijn echtgenote is opgeheven wegens gebrek aan baten. De zorgverzekeraar wijst erop dat het einde van het faillissement niet per definitie inhoudt dat een gefailleerde schuldenvrij is. Alleen als het faillissement is beëindigd na goedkeuring van een akkoord door de rechtbank is de gefailleerde schuldenvrij. In alle andere gevallen blijven na het einde van een faillissement de schulden bestaan. Voor de volledigheid merkt de zorgverzekeraar op dat in navolging van het bindend advies van 6 november 2013 in een ander gerezen geschil met verzoeker (zaaknummer 201301568), medio januari 2014 een totaalbedrag van € 3.124,39 in mindering is gebracht op de destijds openstaande vordering.

5.5. Om een compleet overzicht van de betalingsgegevens van verzoeker te geven is een financieel overzicht opgesteld dat ziet op de periode van 1 januari 2009 tot en met heden. Naar de stand van 8 maart 2016 is sprake van een betalingsachterstand van € 4.530,82. Dit bedrag is exclusief

incassokosten en rente die door de incassogemachtigde in rekening worden gebracht. De vordering die is overgedragen aan de incassogemachtigde bedraagt € 4.145,82.

- 5.6. Ter zitting heeft de zorgverzekeraar herhaald dat op het moment van aanmelding bij het Zorginstituut sprake was van een betalingsachterstand van acht maanden. Voorts is door de zorgverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat de door verzoeker genoemde betalingen van november en december 2012 zijn vermeld in het financiële overzicht. Omdat deze betalingen niet waren gespecificeerd, zijn de bedragen verrekend met een achterstand in 2013. Een correctie maakt per saldo geen verschil. Als voormelde betalingen uit de berekening van de achterstand worden gelaten, bestond ten tijde van de aanmelding bij het Zorginstituut bovendien een achterstand van zes maanden.

- 5.7. De zorgverzekeraar 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 (2015) 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 hoogte van de betalingsachterstand, en de aanmelding van verzoeker als wanbetaler bij het Zorginstituut met ingang van 1 november 2015.

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 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. 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.

8.5. 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 maandelijkse 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 aan zien 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 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 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."

- 8.6. 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 de artikel 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.

- 8.7. In de memorie van toelichting op het Wetsvoorstel Structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering (TK 2008-2009, 31736, nr. 3, pagg. 35-36) wordt in dit verband opgemerkt:

"Heeft een verzekeringnemer of verzekerde reeds naar aanleiding van het aanbod, bedoeld in artikel 18a Zvw, het bestaan van de premieschuld of de (toenmalige) hoogte ervan betwist, dan geldt dat, tenzij er inmiddels een voor hem negatief uitvallende herbeoordeling heeft plaatsgevonden, overigens tevens als betwisting van de vierdemaandswaarschuwing. Dat volgt uit de redactie van artikel 18b, eerste lid, dat zegt dat de verzekeringnemer of de verzekerde de verzekeraar uiterlijk vier weken na ontvangst van de vierdemaandsmelding moet laten weten dat hij het bestaan of de hoogte van de schuld betwist. Die formulering laat de mogelijkheid open, dat dergelijke betwisting reeds voor ontvangst van de vierdemaandsmelding (bijvoorbeeld naar aanleiding van het tweedemaandsaanbod) heeft plaatsgevonden. Aldus wordt voorkomen dat een verzekeringnemer of verzekerde die zijn zorgverzekeraar al direct na het tweedemaandsaanbod heeft laten weten dat er volgens hem helemaal geen premieachterstand is en die daarop nog geen reactie heeft ontvangen, dat nog eens moet doen naar aanleiding van de vierdemaandsmelding."

- 8.8. Artikel 3:37 lid 3 BW luidt:

"Een tot een bepaalde persoon gerichte verklaring moet, om haar werking te hebben, die persoon hebben bereikt. Nochtans heeft ook een verklaring die hem tot wie zij was gericht, niet of niet tijdig heeft bereikt, haar werking, indien dit niet of niet tijdig bereiken het gevolg is van zijn eigen handeling, van de handeling van personen voor wie hij aansprakelijk is, of van andere omstandigheden die zijn persoon betreffen en rechtvaardigen dat hij het nadeel draagt."

 9. Beoordeling van het geschil

-  9.1. De commissie heeft op 15 juli 2015 een bindend advies (201403134) uitgebracht in een eerder gerezen kwestie tussen verzoeker en de zorgverzekeraar. Hierin is opgenomen dat op dat moment sprake was van een betalingsachterstand van € 4.984,02. Van dit bedrag was verzoeker destijds € 4.045,02, verhoogd met de bijkomende incassokosten en rente, verschuldigd aan de incassogemachtigde van de zorgverzekeraar, en het restant aan de zorgverzekeraar. Voorts is in dit bindend advies opgenomen dat van kwijtschelding van het bij verzoeker in rekening gebrachte eigen risico geen sprake kan zijn, zodat dit punt thans geen verdere bespreking behoeft. De commissie neemt het eerdere bindend advies als uitgangspunt bij de beoordeling.

 Hoogte betalingsachterstand

-  9.2. De zorgverzekeraar heeft een financieel overzicht overgelegd, gedateerd 8 maart 2016. Alhoewel de commissie nadrukkelijk heeft verzocht om een overzicht vanaf 15 juli 2015 - de datum van het onder 9.1 genoemde bindend advies - heeft de zorgverzekeraar om hem moverende redenen een overzicht vanaf 1 januari 2009 opgesteld. Verzoeker heeft gesteld dat hij na genoemd bindend advies regelmatig heeft betaald. Dit wordt bevestigd door het financiële overzicht van de zorgverzekeraar, aangezien op 15 juli 2015 de betalingsachterstand € 4.984,02 bedroeg, en op 8 maart 2016 € 4.530,82. Genoemde bedragen zijn exclusief de bijkomende incassokosten en rente. Verzoeker heeft betaalbewijzen overgelegd. De betalingen die ná 15 juli 2015 door hem zijn uitgevoerd, komen alle terug op het financiële overzicht van de zorgverzekeraar. De commissie merkt hierbij nog op dat uit het financiële overzicht van de zorgverzekeraar volgt dat verzoeker vanaf december 2014 voor één persoon premie is verschuldigd. Dit terwijl verzoeker - blijkens de door hem overgelegde polisbladen - verzekeringnemer is voor zichzelf en zijn echtgenote. De achtergrond van dit gewijzigde premiebedrag is onduidelijk, maar de commissie laat dit punt rusten, aangezien de financiële consequenties hiervan niet nadelig zijn voor verzoeker. Zodoende stelt de commissie vast dat verzoeker naar de stand van 8 maart 2016 bij de zorgverzekeraar een betalingsachterstand heeft van € 4.530,82, exclusief de bijkomende incassokosten en rente.

-  9.3. Van genoemde betalingsachterstand heeft de zorgverzekeraar een deel in eigen beheer, en een ander deel, te weten € 4.145,82 overgedragen aan de incassogemachtigde. Verzoeker is laatstgenoemd bedrag, en de bijkomende incassokosten en rente, verschuldigd aan de incassogemachtigde van de zorgverzekeraar. In eerdergenoemd bindend advies was dit reeds bepaald.

 Aanmelding Zorginstituut

-  9.4. De zorgverzekeraar heeft verzoeker op 29 oktober 2015 aangemeld als wanbetaler bij het Zorginstituut. Gelet op de onder 9.2 vastgestelde achterstand, bestond naar de stand van die datum een premieachterstand van ten minste zes maanden. Hetgeen verzoeker heeft gesteld aangaande zijn bezwaren tegen het eigen risico maakt dit niet anders.
-  9.5. De zorgverzekeraar heeft verzoeker op 3 mei 2015 de brief als bedoeld in artikel 18a Zvw gestuurd. Op dat moment liep de procedure bij de commissie in het kader van het eerder gerezen geschil nog; het bindend advies dateert immers van 15 juli 2015. De zorgverzekeraar heeft verklaard dat vervolgens de brief als bedoeld in artikel 18b Zvw aan verzoeker is gezonden. Wanneer dit is geschied, is echter onduidelijk, en bovendien heeft de zorgverzekeraar geen afschrift van de betreffende brief overgelegd. Vervolgens heeft de zorgverzekeraar verzoeker op 29 oktober 2015 aangemeld als wanbetaler bij het Zorginstituut, en de brief als bedoeld in artikel 18c Zvw eerst op 17 november 2015 aan hem gestuurd. Gelet op het bepaalde in artikel 18c lid 2 Zvw, en de Memorie van Toelichting bij de Wsmwz, is de commissie van oordeel dat voormelde gang van zaken niet correct is. Ten tijde van het

tweedemaandsaanbod was sprake van een lopende procedure bij de commissie, zodat van een duidelijke betwisting van de achterstand kan worden gesproken. Voorts volgt uit artikel 3:37 BW dat een tot een bepaalde persoon gerichte verklaring, om haar werking te hebben, die persoon moet hebben bereikt. De zorgverzekeraar heeft niet, althans onvoldoende aannemelijk weten te maken dat de vierdemaandswaarschuwing aan verzoeker is gestuurd én dat deze brief hem heeft bereikt. Dit betekent dat de zorgverzekeraar de voorgeschreven procedure niet heeft gevolgd. De aanmelding van verzoeker als wanbetaler bij het Zorginstituut is hiermee ten onrechte geschied.

- 9.6. Nu de aanmelding van verzoeker bij het Zorginstituut op 29 oktober 2015 onterecht heeft plaatsgevonden, is de zorgverzekeraar 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 zorgverzekeraar 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 november 2015 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 zorgverzekeraar 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 de bestuursrechtelijke premie verschuldigd is. De zorgverzekeraar 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.

Conclusie

- 9.7. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen wat betreft de aanmelding van verzoeker als wanbetaler bij het Zorginstituut op 29 oktober 2015, en voor het overige dient te worden afgewezen.
- 9.8. Aangezien het verzoek deels wordt toegewezen, dient de zorgverzekeraar het entreegeld van € 37,-- aan verzoeker te vergoeden.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek gedeeltelijk toe op de wijze als onder 9.7 is omschreven.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de zorgverzekeraar het entreegeld van € 37,-- aan verzoeker dient te vergoeden.

Zeist, 15 juni 2016,

P.J.J. Vonk