



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen Zilveren Kruis Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht
Zaak : Premie, opzegging, aanmelding ZiN, hoogte betalingsachterstand
Zaaknummer : 201402644
Zittingsdatum : 17 juni 2015

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2009-2014, art. 8a en paragraaf 3.3 Zvw, Beleidsregel inning bestuursrechtelijke premie Zorgverzekeringswet 2012)

1. Partijen

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

Zilveren Kruis Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Verzoeker is tot op heden bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Beter Af Polis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Genoemde verzekering 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. De zorgverzekeraar heeft verzoeker met ingang van 1 juli 2014 aangemeld als wanbetaler bij het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) vanwege een achterstand in de premiebetaling voor de zorgverzekering van verzoeker van zes of meer maanden.

3.2. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brieven van 8 juli en 3 november 2014 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.3. Bij e-mailbericht van 16 december 2014 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat (i) de zorgverzekeraar gehouden is zijn zorgverzekering alsnog met terugwerkende kracht tot 1 januari 2014 te beëindigen, (ii) hem met terugwerkende kracht tot 1 juli 2014 af te melden bij het Zorginstituut, alsmede (iii) te bepalen dat geen sprake is van een betalingsachterstand (hierna: het verzoek).

3.4. 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.

3.5. De zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 25 februari 2015 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 24 maart 2015 aan verzoeker gezonden waarbij hem is gevraagd of het geschil is opgelost. In reactie op deze vraag heeft verzoeker bij e-mailberichten van 26 en 31 maart 2015 de commissie bericht dat het geschil niet is opgelost en dat hij een uitspraak van de commissie wenst.

- 3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 16 april 2015 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De zorgverzekeraar heeft op 17 juni 2015 telefonisch medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.7. Verzoeker is op 17 juni 2015 in persoon gehoord. De zorgverzekeraar heeft telefonisch aan de zitting deelgenomen.
- 3.8. Na afloop van deze hoorzitting heeft de commissie de zorgverzekeraar verzocht het ter zitting gedane voorstel om de zaak te schikken op schrift te zetten. De zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 17 juni 2015 geïnformeerd over zijn voorstel. Een afschrift van bedoelde brief is op 2 juli 2015 aan verzoeker gezonden. Verzoeker heeft de commissie bij e-mailbericht van 12 juli 2015 medegedeeld niet met het voorstel van de zorgverzekeraar in te stemmen.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. Eind 2011 is verzoeker afgekeurd vanwege een hersentumor. Hierdoor kwam hij in de WIA terecht met als gevolg een sterke daling van zijn inkomen. In de jaren die daarop volgden heeft verzoeker onderzocht op welke uitgaven hij kon bezuinigen. Een van deze uitgaven was zijn zorgverzekering. Om die reden heeft hij zich eind 2013 aangemeld bij een andere verzekeraar. Deze verzekeraar zou in het kader van de overstapservice de verzekering bij de zorgverzekeraar opzeggen.
- 4.2. Vlak vóór het einde van het jaar kreeg verzoeker van de nieuwe verzekeraar bericht dat deze de verzekering bij de zorgverzekeraar niet kon beëindigen omdat sprake zou zijn van een betalingsachterstand. Weliswaar werden de premies soms wat later betaald, maar een wanbetaler is verzoeker nooit geweest. Ook niet toen hij op een later moment door de zorgverzekeraar als wanbetaler werd aangemeld bij het Zorginstituut.
- 4.3. In reactie op de brief van de zorgverzekeraar van 25 februari 2015 stelt verzoeker dat de zorgverzekeraar telkens met een nieuw standpunt komt. Nu zou eind 2013 geen sprake zijn van een premieachterstand maar van een vordering ter zake van het eigen risico 2013. Dat het eigen risico eind 2013 nog openstond klopt inderdaad aangezien verzoeker dit begin 2014 heeft voldaan. Van een WIA-uitkering kan iemand namelijk onmogelijk het eigen risico in één keer betalen. Al met al krijgt verzoeker de indruk dat de administratie van de zorgverzekeraar niet klopt en hij wil dat de commissie dit tot op de bodem uitzoekt.
- 4.4. Ter zitting heeft verzoeker zijn eerdere standpunten herhaald.
- 4.5. Bij e-mailbericht van 12 juli 2015 heeft verzoeker de commissie geïnformeerd dat hij niet met het na afloop van de hoorzitting door de zorgverzekeraar gedane voorstel instemt en dat hij een uitspraak van de commissie wenst.
- 4.6. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar
- 5.1. Op 24 december 2013 heeft verzoeker bij een andere verzekeraar een aanvraag ingediend voor een zorgverzekering. Deze andere verzekeraar heeft de zorgverzekeraar in het kader van de door hem geboden overstapservice verzocht de zorgverzekering van verzoeker met ingang van 1 januari 2014 te beëindigen. De zorgverzekeraar heeft dit verzoek geweigerd omdat sprake was van een betalingsachterstand. Aangezien verzoeker ná 1 januari 2014 geen premiebetalingen meer heeft gedaan, bestond op 1 juli 2014 van een premieachterstand van zes maanden met als gevolg dat verzoeker met ingang van die datum is aangemeld bij het Zorginstituut.

- 5.2. Naar nu blijkt, had het openstaande bedrag van € 257,50 echter geen betrekking op openstaande maandpremies, maar op het nog verschuldigde verplicht eigen risico 2013. Zodoende is, gelet op artikel 8a Zvw, de opzegging van verzoeker ten onrechte geweigerd. De zorgverzekeraar biedt zijn oprechte excuses aan voor deze fout. Helaas is het niet meer mogelijk de zorgverzekering van verzoeker met terugwerkende kracht tot 1 januari 2014 te beëindigen.
- 5.3. De betalingsachterstand over de periode van 1 februari 2009 tot en met 31 december 2014 bedraagt - naar de stand van 25 februari 2015 - € 511,65. De zorgverzekeraar is bereid de aan de incassogemachtigde overgedragen vorderingen terug te halen en verzoeker met terugwerkende kracht af te melden bij het Zorginstituut. Hierdoor wordt verzoeker vanaf 1 juli 2014 weer premie verschuldigd aan de zorgverzekeraar. Voor beide vorderingen kan verzoeker betalingsregelingen afspreken.
- 5.4. Ter zitting is door de zorgverzekeraar nogmaals erkend dat de opzegging van de zorgverzekering van verzoeker ten onrechte is geweigerd. Gelet op deze fout biedt de zorgverzekeraar aan verzoeker het verschil in premie te compenseren.
- 5.5. Bij brief van 17 juni 2015 heeft de zorgverzekeraar het ter zitting gedane voorstel op schrift gezet. Daarbij heeft de zorgverzekeraar verklaard verzoeker per 1 augustus 2015 met terugwerkende kracht tot 1 juli 2014 te zullen afmelden bij het Zorginstituut. Als gevolg van deze afmelding met terugwerkende kracht dient verzoeker de verschuldigde nominale premie vanaf laatstgenoemde datum aan de zorgverzekeraar te voldoen. Aangezien de opzegging ten onrechte is geweigerd, zal de zorgverzekeraar het verschil in premie voor de kalenderjaren 2014 en 2015 (totaal € 400,80) in mindering brengen op de openstaande vordering. De betalingsachterstand over de periode tot en met 1 augustus 2015 bedraagt zodoende naar de stand van 17 juni 2015 € 1.302,75.
- 5.6. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.
6. De bevoegdheid van de commissie
- 6.1. Gelet op artikel 16 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering 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 door verzoeker verzochte beëindiging van de zorgverzekering met ingang van 1 januari 2014, de aanmelding bij het Zorginstituut met ingang van 1 juli 2014 en het bestaan en de hoogte van de betalingsachterstand.
8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving
- 8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.
- 8.2. Ingevolge artikel 9 van de zorgverzekering is de verzekeringnemer de premie bij vooruitbetaling verschuldigd.
- 8.3. Artikel 4.2 van de zorgverzekering 2013 bepaalt wanneer de verzekerde de verzekering kan opzeggen en luidt, voor zover hier van belang:
- "4.2 Einde van uw verzekering
(...)
4.2.2 U (verzekeringnemer) kunt de basisverzekering beëindigen:*

– door ervoor te zorgen dat uw opzegging (schriftelijk of per e-mail) uiterlijk 31 december bij ons binnen is. De basisverzekering eindigt per 1 januari daaropvolgend. Een eenmaal gedane opzegging is onherroepelijk;
(...)”

8.4. Op grond van artikel 8a Zvw (inwerkingtreding op 21 december 2007) is opzegging van de zorgverzekering in beginsel niet mogelijk indien sprake is van een premieachterstand voor de zorgverzekering.

8.5. 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:

a. is geen premie verschuldigd tot de eerste dag van de kalendermaand volgende op de kalendermaand waarin een verzekerde de leeftijd van achttien jaren heeft bereikt;

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

8.6. 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 CVZ / Zorginstituut. 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 CVZ/ Zorginstituut komt doorgaans weer een einde zodra de schuld uit de zorgverzekering is ingelost of een schuldregeling wordt getroffen.

8.7. Voor zover hier van belang, luidt artikelen 18c Zvw als volgt:

“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;

(...)”

8.8. Artikel 7 van de Beleidsregel inning bestuursrechtelijke premie Zorgverzekeringswet 2012 luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

“Artikel 7. De eindafrekening voor de verzekeringnemer

(...)

2. Het college stuurt de verzekeringnemer (...) een eindafrekening, die ten minste omvat:

a. het saldo van aan het college af te dragen bestuursrechtelijke premie en reeds ontvangen bestuursrechtelijke premie;

b. de mededeling van het college dat de verzekeringnemer het saldo, bedoeld onder a, aan het college dient te betalen dan wel van het college terugontvangt. (...)"

9. Beoordeling van het geschil

Opzegging

- 9.1. Verzoeker heeft op 24 december 2013 een aanvraag ingediend bij een andere verzekeraar om zich aldaar te verzekeren tegen ziektekosten. Deze andere verzekeraar heeft in het kader van de door hem geboden overstapservice de zorgverzekeraar verzocht de bij deze lopende zorgverzekering te beëindigen. In reactie op dit verzoek heeft de zorgverzekeraar zowel aan de andere zorgverzekeraar als aan verzoeker medegedeeld dat opzegging niet mogelijk is aangezien sprake is van een betalingsachterstand.
- 9.2. Uit de reactie van de zorgverzekeraar van 25 februari 2015 volgt dat de betalingsachterstand per ultimo 2013 € 257,50 bedroeg, welk bedrag betrekking had op het verplicht eigen risico 2013. Door verzoeker is erkend dat hij het eigen risico 2013 eerst in 2014 heeft voldaan zodat vast staat dat ultimo 2013 sprake was van een betalingsachterstand van € 257,50 ter zake hiervan.
- 9.3. Op grond van artikel 8a Zvw staat het de zorgverzekeraar vrij een gedane opzegging te weigeren indien sprake is van een premieachterstand. Nu hiervoor tot de conclusie is gekomen dat per ultimo 2013 geen sprake was van een premieachterstand maar van een vordering ter zake van het eigen risico, is de commissie van oordeel dat de zorgverzekeraar de opzegging ten onrechte heeft geweigerd en dat hij de zorgverzekering van verzoeker met ingang van 1 januari 2014 had moeten beëindigen. Gelet op het feit dat de zorgverzekeraar ook ná 1 januari 2014 nog zorgkostennota's heeft vergoed en dat verzoeker zich kennelijk niet elders heeft kunnen verzekeren tegen ziektekosten, in combinatie met de omstandigheid dat bij een eventuele beëindiging met terugwerkende kracht verzoeker enige tijd onverzekerd dreigt te raken, ziet de commissie onvoldoende zwaarwegende redenen te oordelen dat de verzekering alsnog met terugwerkende kracht dient te worden beëindigd. De commissie besluit daarom dat de zorgverzekering na 1 januari 2014 in stand is gebleven, dat verzoeker daarvoor de toepasselijke premie is verschuldigd en dat hij aanspraak kan maken op (vergoeding van de kosten van zorg voor zover vallend onder de dekking van de zorgverzekering, alsmede bij wege van schadevergoeding, op vergoeding van het verschil tussen de aan de zorgverzekeraar te betalen maandpremie en de (lagere) maandpremie die verzoeker zou hebben betaald als de door hem voorgenomen overstap naar de in 9.1 bedoelde andere verzekeraar per 1 januari 2014 zou hebben plaatsgevonden.
- 9.4. Na afloop van de hoorzitting is door de zorgverzekeraar - in het kader van het door hem gedane voorstel - berekend dat het verschil in premie voor de kalenderjaren 2014 en 2015 totaal € 400,80 bedraagt. Aangezien verzoeker weliswaar het voorstel van de zorgverzekeraar heeft afgewezen, maar hij voornoemde berekening hierbij niet gemotiveerd heeft bestreden, stelt de commissie het verschil in premie vast op € 400,80 en bepaalt zij dat de zorgverzekeraar gehouden is genoemd bedrag in mindering te brengen op de nog openstaande vordering.

Aanmelding Zorginstituut

- 9.5. Verzoeker is door de zorgverzekeraar met ingang van 1 juli 2014 aangemeld bij het Zorginstituut. Uit de brief van de zorgverzekeraar van 25 februari 2015 blijkt dat deze heeft besloten verzoeker met terugwerkende kracht af te melden bij het Zorginstituut zodat in het midden kan blijven of destijds al dan niet terecht tot aanmelding is besloten. Waar het gaat om de financiële consequenties van een en ander is het volgende van belang.

- 9.6. In verband met het feit dat verzoeker met terugwerkende kracht wordt afgemeld, dient hij over de periode dat hij de bestuursrechtelijke premie verschuldigd was aan het Zorginstituut (artt. 16 en 18d Zvw), alsnog de nominale premie aan de zorgverzekeraar te voldoen. Gelet op artikel 7 van de Beleidsregel inning bestuursrechtelijke premie Zorgverzekeringswet 2012 zal verzoeker een eindafrekening van het Zorginstituut ontvangen waaruit onder andere blijkt welk bedrag over bedoeld tijdvak aan bestuursrechtelijke premie is ingehouden en welk bedrag eventueel aan verzoeker wordt gerestitueerd.

Hoogte betalingsachterstand

- 9.7. Waar het de hoogte van de betalingsachterstand betreft, is door de zorgverzekeraar een financieel overzicht naar de stand 25 februari 2015 in het geding gebracht. Uit dit overzicht blijkt dat door verzoeker met betrekking tot de periode van 1 februari 2009 tot en met 31 december 2014 niet alle verschuldigde bedragen zijn betaald en dat per saldo nog een bedrag openstaat van € 511,65. Genoemd bedrag is exclusief de onder 9.6 bedoelde nominale premie over de periode van 1 juli 2014 tot heden. Door verzoeker is aangevoerd dat de door de zorgverzekeraar genoemde betalingsachterstand niet juist is en ter onderbouwing van deze stelling zijn door hem enkele betalingsbewijzen overgelegd. Hieruit is af te leiden dat verzoeker bij zijn betalingen gebruik maakt van een betalingskenmerk. Door de zorgverzekeraar is gesteld dat verschillende van de gebruikte betalingskenmerken betrekking hebben op de polis van de echtgenote van verzoeker, die eveneens bij de zorgverzekeraar is verzekerd. Dat de vermelde kenmerken de polis van verzoeker betreffen, is door hem niet aannemelijk gemaakt. Nu verzoeker niet aannemelijk heeft weten te maken dat hij meer of andere betalingen heeft gedaan, is de commissie van oordeel dat het financieel overzicht van 25 februari 2015 als juist heeft te gelden en dat op die datum sprake was van een betalingsachterstand van € 511,65.
- 9.8. Na afloop van de hoorzitting heeft de zorgverzekeraar stukken overgelegd waaruit blijkt dat (i) naar de stand van 17 juni 2015 de betalingsachterstand over de periode tot en met 1 juli 2014 nog steeds € 511,65 is, en (ii) de vordering over de periode dat verzoeker was aangemeld bij het Zorginstituut (1 juli 2014 tot en met 31 juli 2015) € 1.191,90 bedraagt. Zodoende is verzoeker tot en met 31 juli 2015 nog een bedrag verschuldigd van totaal € 1.703,55 (€ 511,65 + € 1.191,90). Zoals de commissie onder 9.4 heeft bepaald, dient daarop nog een bedrag van € 400,80 in mindering te worden gebracht. Derhalve bepaalt de commissie de betalingsachterstand op € 1.302,75 (€ 1.703,55 - € 400,80).

Conclusie

- 9.9. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen, in die zin dat wordt vastgesteld dat de zorgverzekeraar de door verzoeker gedane opzegging met ingang van 1 januari 2014 ten onrechte heeft geweigerd. Dit heeft echter geen consequenties voor het voortduren van de zorgverzekering, maar leidt wel ertoe dat de zorgverzekeraar verzoeker met terugwerkende kracht tot 1 juli 2014 als wanbetaler dient af te melden bij het Zorginstituut, en dat hij aan verzoeker moet vergoeden - bij wege van schadevergoeding - het verschil tussen de aan de zorgverzekeraar te betalen maandpremie en de (lagere) premie die verzoeker zou zijn verschuldigd aan de in 9.1 genoemde andere verzekeraar. Het hiermee gemoeide bedrag wordt vastgesteld op € 400,80. Daarnaast bepaalt de commissie dat de betalingsachterstand naar de stand van 17 juni 2015, na aftrek van het bedrag van € 400,80, totaal € 1.302,75 bedraagt. Hetgeen meer of anders is verzocht dient te worden afgewezen.
- 9.10. 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 toe op de wijze als vermeld in 9.9.



10.2. De commissie bepaalt dat de zorgverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden het entreegeld van € 37,--.

Zeist, 19 augustus 2015,



A.I.M. van Mierlo

