



**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, betalingsregeling  
Zaaknummer : 201601579  
Zittingsdatum : 11 januari 2017

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 2016, paragraaf 3.3 Zvw, artikel 7 Beleidsregels inning bestuursrechtelijke premie Zorgverzekeringswet 2016, art. 6:43 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 is tot op heden bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Univé Zorg Geregeld 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 13 april 2016 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker de overeengekomen betalingsregeling voor een bedrag van € 906,13 bevestigd.
- 3.2. Bij brief van 13 juni 2016 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de overeengekomen betalingsregeling is vervallen.
- 3.3. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormeld standpunt gevraagd. Bij e-mailberichten van 6 mei 2016 en 8 juni 2016 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. Bij brief van 30 juni 2016 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de door de zorgverzekeraar gestelde betalingsachterstand onjuist is (hierna: het verzoek).
- 3.5. Bij brief van 4 juli 2016 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker en zijn echtgenote medegedeeld dat sprake is van een achterstand in de premiebetaling voor de zorgverzekering van zes of meer maanden, en dat zij met ingang van 1 juli 2016 zijn aangemeld als wanbetaler bij het Zorginstituut Nederland (hierna: Zorginstituut).
- 3.6. Verzoeker heeft bij brief van 8 juli 2016 zijn verzoek aan de commissie uitgebreid, in die zin dat hij de commissie tevens heeft verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar hem en zijn echtgenote ten onrechte per 1 juli 2016 heeft aangemeld als wanbetaler bij het Zorginstituut.
- 3.7. 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.

- 3.8. De incassogemachtigde van de zorgverzekeraar heeft verzoeker op 9 augustus 2016 een aanmaning gezonden voor een openstaande vordering van € 692,30, inclusief incassokosten en rente.
- 3.9. Bij brief van 17 september 2016 heeft de zorgverzekeraar een bedrag van € 856,-- van verzoeker gevorderd ter zake van (onder meer) de premie voor de maanden juli tot en met september 2016.
- 3.10. De zorgverzekeraar heeft de commissie bij brieven van 26 augustus 2016 en 28 september 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Afschriften van deze brieven zijn aan verzoeker gezonden.
- 3.11. Verzoeker heeft op 16 september 2016 respectievelijk 8 oktober 2016 gereageerd op de onder 3.10 genoemde brieven van de zorgverzekeraar. Afschriften van deze reacties zijn aan de wederpartij gezonden.
- 3.12. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 9 december 2016 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De zorgverzekeraar heeft op 9 december 2016 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.13. Bij brief van 4 december 2016 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker en zijn echtgenote medegedeeld dat sprake is van een achterstand in de premiebetaling voor de zorgverzekering van twee of meer maanden
- 3.14. Verzoeker heeft de commissie en de zorgverzekeraar bij brief van 9 december 2016 aanvullende informatie gezonden en zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt.
- 3.15. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 11 januari 2017 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord.
- 3.16. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 13 januari 2017 aan partijen gezonden, waarbij zijn in de gelegenheid zijn gesteld hierop binnen zeven dagen te reageren. Verzoeker heeft bij brief van 16 januari 2017 gereageerd op de aantekeningen van de hoorzitting. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de zorgverzekeraar gestuurd. De zorgverzekeraar heeft van de geboden gelegenheid geen gebruik gemaakt.
- 3.17. De zorgverzekeraar heeft de commissie desgevraagd bij e-mailbericht van 3 februari 2017 aanvullende informatie gezonden. Een afschrift hiervan is ter kennisname aan verzoeker gestuurd.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
  - 4.1. De zorgverzekeraar heeft verzoeker wederom aangemeld als wanbetaler bij het Zorginstituut omdat de premie voor de zorgverzekering zes maanden of langer niet zou zijn betaald. Hiervan is nadrukkelijk geen sprake. Verzoeker voert in dit verband aan dat de kwestie een finale verrekening betreft inzake (i) incassokosten en (ii) uitbetaling zorgkosten. Ter zake van beide punten is meerdere malen getracht tot overeenstemming te komen met de zorgverzekeraar, helaas zonder resultaat. Omdat enige constructieve reactie uitbleef, heeft verzoeker omstreeks 16 juni 2016 een finale betaling van € 207,30 uitgevoerd aan de zorgverzekeraar. Dit is het openstaande bedrag (€ 539,47) minus de incassokosten (€ 332,17). Met deze betaling zou de kwestie moeten zijn afgerond. Desondanks heeft aanmelding als wanbetaler bij het Zorginstituut plaatsgevonden. Dit heeft financieel nadelige consequenties voor verzoeker.

- 4.2. Verzoeker plaatst de volgende kanttekeningen.
- (i) De zorgverzekeraar heeft een bedrag van € 366,66 vergoed voor zittend ziekenvervoer, maar dit bedrag wordt vervolgens weer van hem gevorderd. In het financiële overzicht is bedoeld bedrag namelijk opgeteld bij de verschuldigde bedragen. Dit is onbegrijpelijk en onjuist.
  - (ii) De incassokosten van € 332,17 die in het dossier bij de incassogemachtigde zijn opgevoerd, dienen te worden afgeboekt.
- 4.3. Verzoeker heeft op 10 mei 2016 een bedrag van € 53,64 ontvangen van de zorgverzekeraar. Het restant van € 56,30 zou zijn aangewend ter verrekening van openstaande posten. Verzoeker heeft ter zake geen specificatie ontvangen.
- 4.4. Verzoeker heeft zich niet akkoord verklaard met het aanbod van de zorgverzekeraar om na betaling van de hoofdsom, het incassodossier uit coulance te sluiten. De reden hiervan is dat de financiële administratie van de zorgverzekeraar niet op orde is.
- Verzoeker diende vanaf 1 juli 2016 de bestuursrechtelijke premie aan het Zorginstituut te betalen. Op 9 augustus 2016 heeft de incassogemachtigde van de zorgverzekeraar medegedeeld dat sprake is van een openstaande vordering die ziet op (i) de premie van maart 2016, (ii) de premie van juli 2016, en (iii) declaratie 46903729. Op 3 september 2016 ontving verzoeker van het Centraal Justitieel Incassobureau (hierna: CJIB) het verzoek om over de maand juli 2016 nog € 65,91 aan premie te betalen. Vervolgens ontving verzoeker van de zorgverzekeraar een nieuwe polis waaruit blijkt dat vanaf 1 september 2016 weer maandelijks de reguliere premie is verschuldigd. Verzoeker heeft in reactie op het aanbod van de zorgverzekeraar voorgesteld om een streep onder de kwestie te zetten, en niet (wederom) met een betalingsregeling te komen.
- 4.5. Voorts heeft verzoeker het volgende verklaard.
- Het staat buiten kijf dat maandelijks premie is verschuldigd. De zorgverzekeraar heeft verzoeker en zijn echtgenote geheel onterecht, zonder enige aanleiding of noodzaak, twee maal aangemeld als wanbetaler bij het Zorginstituut. De daarmee verband houdende verschuldigde bestuursrechtelijke premie over die periodes is via het CJIB afgewikkeld en verrekend met de zorgverzekeraar. Verzoeker ervaart het als stuitend en kort door de bocht dat de zorgverzekeraar mededeelt dat het traject bij de incassogemachtigde is opgeschort, dat de brief van het CJIB als niet verzonden kan worden beschouwd, en dat een vordering van € 1.285,83 open staat, exclusief incassokosten en rente.
- Verzoeker eist van de zorgverzekeraar de bevestiging dat:
1. het dossier bij de incassogemachtigde wordt gesloten;
  2. geen sprake meer is van een betalingsachterstand;
  3. de premie voor september 2016 is betaald.
- Daarnaast wenst verzoeker een financieel overzicht te ontvangen met daarin opgenomen de bestuursrechtelijke premie en boete, de zorgtoeslag en het incassodossier.
- Kennelijk heeft de zorgverzekeraar geen weet van de negatieve impact van het bij herhaling aanmelden als wanbetaler op onder andere de financiële huishouding van verzoeker.
- 4.6. Ter zitting is door verzoeker de vraag opgeworpen waarom de zorgverzekeraar niet op zijn brieven van 8 oktober en 9 december 2016 heeft gereageerd. Verzoeker heeft verder aangevoerd dat hij diverse financiële overzichten van de zorgverzekeraar heeft ontvangen, en dat de openstaande bedragen verschillen. Ook de overzichten van de incassogemachtigde zijn verwarrend, omdat de hoofdsom is verlaagd terwijl verzoeker niets heeft betaald aan de incassogemachtigde. Daarnaast is de acceptgiro voor de premie voor december 2016 niet ontvangen. Uit telefonische navraag bij de zorgverzekeraar bleek dat verzoeker een bedrag tegoed had vanwege een premiemutatie, en dat dit bedrag is verrekend met de premie voor december 2016. Om die reden is geen acceptgiro verstuurd. De uitbetaling van het bedrag van € 366,66 blijft voor verzoeker onduidelijk. Hij blijft met de zorgverzekeraar in de clinch liggen. De financiële administratie is duidelijk niet op orde. Bovendien zijn verzoeker en zijn echtgenote inmiddels bij herhaling ten onrechte aangemeld als wanbetaler bij het Zorginstituut.

4.7. Nadien heeft verzoeker het volgende verklaard. De zorgverzekeraar realiseert zich kennelijk niet dat naast de inhouding van de zorgtoeslag en dergelijke, ook de bestuursrechtelijke premie in rekening is gebracht. Het is verder onduidelijk waarom een bedrag van € 236,81 open staat ter zake van de premie voor de maanden oktober 2016 en januari 2017. De premie voor oktober 2016 (€ 214,--) is voldaan op 24 oktober 2016 en de premie voor januari 2017 bedraagt € 203,84. Voorts heeft verzoeker bij de zorgverzekeraar een aanvullende ziektekostenverzekering aangevraagd, maar deze aanvraag is afgewezen. Verzoeker meent dat zolang onduidelijkheid over de vermeende achterstand heerst, misverstanden zich zullen blijven voordoen. De commissie dient te bepalen dat er over en weer geen vorderingen zijn, zodat het geschil kan worden afgerond.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

5.1. De commissie heeft op 16 december 2015 een bindend advies uitgebracht in een eerder gerezen geschil tussen verzoeker en de zorgverzekeraar. Hierin is vastgelegd dat partijen overeenstemming hebben bereikt over de afmelding als wanbetaler bij het Zorginstituut. De zorgverzekeraar heeft verzoeker per 1 november 2015 afgemeld als wanbetaler bij het Zorginstituut. De betalingsregeling met verzoeker is ingegaan per 1 december 2015. Hierin is ook de maandpremie van november 2015 opgenomen. Vanwege een bedrag van € 750,-- dat de incassogemachtigde aan de zorgverzekeraar had doorgestort, is het totaalbedrag waarvoor de betalingsregeling was getroffen, verlaagd. Ook de termijnbedragen zijn hierdoor verlaagd. Op 10 december 2015 is aan verzoeker een brief gestuurd over deze aanpassing van de betalingsregeling.

5.2. De incassogemachtigde heeft op 11 februari 2016 schriftelijk aan verzoeker kenbaar gemaakt dat geen buitengerechtelijke kosten in rekening zijn gebracht. De incassokosten van € 332,71 zijn bij sluiting van het incassodossier vervallen. Dit is echter niet zichtbaar in het financiële overzicht waarnaar verzoeker verwijst, aangezien dit (kosten in) een dossier bij een externe partij betreft.

5.3. Een bedrag van € 379,16 is vergoed voor declaratie 46903729. Hiervan is € 12,50 verrekend met declaratie 305647963. Het restantbedrag (negatief restitutiebedrag) van € 366,66 is op 1 maart 2016 aan verzoeker uitbetaald. Dit bedrag is in het financiële overzicht zichtbaar onder het kopje "Door ons aan u teruggestort/uitbetaald". Het is niet correct dat verzoeker het ontvangen bedrag dient terug te betalen. De zorgverzekeraar betreurt de ontstane onduidelijkheid.

5.4. Op 26 april 2016 is een bevestiging van de betalingsregeling ('Goedebetalersregeling') aan verzoeker gestuurd. Overigens is in deze brief een onjuist termijnbedrag van € 77,23 opgenomen. In de bevestigingsbrief van 13 april 2016 is wel het juiste bedrag vermeld (€ 82,36 en een laatste termijn van € 82,53).  
De zorgverzekeraar heeft de 'Goedebetalersregeling' verwerkt per 1 mei 2016 in plaats van 1 april 2016. Vanaf mei 2016 wordt de reguliere premie weer bij verzoeker in rekening gebracht. Verzoeker is tegemoetgekomen voor de maand april 2016. Aan hem is een bedrag van € 109,94 betaald, zijnde tweemaal de boetecomponent van de bestuursrechtelijke premie.  
De eerste termijn in het kader van de betalingsregeling is met de premie voor mei 2016 bij verzoeker in rekening gebracht.  
Op 13 juni 2016 is de betalingsregeling beëindigd. Het openstaande bedrag bedroeg toen € 906,13.

De zorgverzekeraar licht toe dat verzekerden die zijn aangemeld als wanbetaler bij het Zorginstituut en in aanmerking komen voor de 'Goedebetalersregeling', met hem een regeling treffen voor de achterstand. Gedurende de looptijd van de regeling wordt de aanmelding als wanbetaler bij het Zorginstituut opgeschort. Als de betalingsregeling naar behoren wordt nagekomen en uiteindelijk de achterstand volledig is voldaan, meldt de zorgverzekeraar een verzekerde af bij het Zorginstituut.

5.5. De zorgverzekeraar heeft verzoeker en zijn echtgenote per 1 april 2016 aangemeld als wanbetaler bij het Zorginstituut. Per 1 mei 2016 zijn zij afgemeld. Vervolgens zijn verzoeker en zijn echtgenote

per 1 juli 2016 weer aangemeld. Het is begrijpelijk dat deze gang van zaken bij verzoeker voor ongenoegen heeft gezorgd.

Omdat op 1 juli 2016 geen sprake was van een premieachterstand van zes of meer maanden heeft die aanmelding bij het Zorginstituut ten onrechte plaatsgevonden. Daarom is afmelding met terugwerkende kracht gevolgd. Dit houdt in dat verzoeker de bestuursrechtelijke premie die vanaf 1 juli 2016 door hem aan het Zorginstituut is betaald, terugkrijgt. Het Zorginstituut zal hem hierover berichten.

Verzoeker is vanaf 1 juli 2016 weer de reguliere premie aan de zorgverzekeraar verschuldigd. Hierover wordt een afzonderlijk bericht gestuurd. De zorgverzekeraar heeft verzoeker en zijn echtgenote excuses aangeboden voor het ontstane ongemak.

- 5.6. Naar de stand van 26 augustus 2016 heeft verzoeker een betalingsachterstand van € 643,83, exclusief rente en incassokosten. De betaling van verzoeker van € 207,30 is in de berekening meegenomen.

De gehele vordering van € 643,83, exclusief rente en incassokosten, is in augustus 2016 overgedragen aan de incassogemachtigde. Gedurende de procedure bij de commissie is het incassotraject opgeschort.

De zorgverzekeraar heeft verzoeker aangeboden dat, indien hij de hoofdsom van € 643,83 in één keer voldoet, het dossier bij de incassogemachtigde uit coulance wordt gesloten. Hierdoor zou verzoeker geen rente en incassokosten meer verschuldigd zijn.

- 5.7. Voorts heeft de zorgverzekeraar het volgende aangevoerd.

Op 17 september 2016 is aan verzoeker een brief gestuurd over het feit dat hij vanaf 1 juli 2016 alsnog de reguliere premie aan de zorgverzekeraar is verschuldigd. Verzoeker doet de aanname dat hij eerst vanaf 1 september 2016 weer maandelijks de reguliere premie aan de zorgverzekeraar dient te voldoen, maar dit is niet juist. Het feit dat op 1 september 2016 een nieuwe polis aan verzoeker is gestuurd, houdt niet in dat ook per die datum weer premie in rekening wordt gebracht. De zorgverzekeraar betreurt de hierover ontstane onduidelijkheid.

De incassogemachtigde heeft op naam van verzoeker één dossier in behandeling, te weten dossier 4106982. De brief van 9 augustus 2016 heeft hierop betrekking. De opschorting van de incassoprocedure (in verband met de procedure bij de commissie) heeft plaatsgevonden op of omstreeks 23 augustus 2016, oftewel ná voormelde brief.

Aangezien verzoeker (en zijn echtgenote) met terugwerkende kracht tot 1 juli 2016 zijn afgemeld bij het Zorginstituut, kan de brief van het CJIB van 3 september 2016 als niet verzonden worden beschouwd.

Inmiddels heeft de zorgverzekeraar de premie over de periode van juli 2016 tot en met september 2016 bij verzoeker in rekening gebracht. De achterstand is hierdoor gewijzigd, in die zin dat deze naar de stand van 28 september 2016 € 1.285,83, exclusief incassokosten en rente, bedraagt.

De zorgverzekeraar benadrukt dat bij brief van 26 augustus 2016 een passend voorstel aan verzoeker is gedaan inzake het sluiten van het incassodossier. Verzoeker is hiermee niet akkoord gegaan. De zorgverzekeraar is niet bereid de betalingsachterstand van verzoeker (deels) te laten vervallen.

- 5.8. Ter zitting is door de zorgverzekeraar toegelicht dat de door verzoeker genoemde brieven wel zijn ontvangen, maar dat hierop niet is gereageerd omdat de communicatie via de commissie loopt. Verder heeft de zorgverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat de verschillen in de financiële overzichten onder meer zijn gelegen in de aan- en afmeldingen bij het Zorginstituut van verzoeker en zijn echtgenote. Naar de stand van 11 januari 2017 is sprake van een betalingsachterstand van € 631,81. Dit bedrag ziet op de premie voor juli 2016, die weer verschuldigd is geworden na de afmelding bij het Zorginstituut, de premie voor oktober 2016 en voor januari 2017. Bij de incassogemachtigde staat een bedrag van € 429,83 open, exclusief rente en incassokosten. Met betrekking tot de mutatie en het bedrag dat verzoeker tegoed had, geldt dat een correctie voor de periode van juni tot en met september 2016 heeft plaatsgevonden. Verzoeker vermeldt bij zijn betalingen niet het (zestiencijferige) kenmerk. Hierdoor worden ontvangen betalingen geboekt op de oudsteopenstaande posten. Dit betreft dan premie. Op de financiële overzichten van de zorgverzekeraar staan nooit de kosten van de incassogemachtigde, omdat daar geen inzage in

bestaat. Tot slot heeft de zorgverzekeraar toegezegd het bedrag van € 366,66 in mindering te brengen op de achterstand, gelet op de onduidelijkheid hierover.

- 5.9. Nadien heeft de zorgverzekeraar het volgende verklaard.  
De hoofdsom in het dossier (4106982) bij de incassogemachtigde bedroeg naar de stand van 27 september 2016 € 643,83, exclusief rente en incassokosten. Dit bedrag bestond uit de volgende vorderingen:
- verrekening betreffende declaratie 46903729: € 263,51;
  - kosten betaalwijze acceptgiro: € 1,50;
  - premie juli 2016: € 214,--;
  - gedeelte premie maart 2016: € 164,82.
- Op 24 november 2016 is een betaling van € 214,-- van verzoeker ontvangen en deze is geboekt op declaratie 46903729. Hierdoor is de hoofdsom in het incassodossier verlaagd naar € 429,83. Verzoeker heeft een rekeningafschrift overgelegd waaruit blijkt dat hij op 24 oktober 2016 eveneens een bedrag van € 214,-- aan de zorgverzekeraar heeft betaald. De zorgverzekeraar heeft dit bedrag op 25 oktober 2016 ontvangen en geboekt. Verzoeker heeft bij de betreffende betaling de omschrijving "premie oktober 2016" en een betalingskenmerk (6000000334501646 vermeld. Dit kenmerk behoort echter toe aan de maandpremie voor november 2016. De zorgverzekeraar heeft het betreffende bedrag dan ook automatisch geboekt op de premie voor die maand. Tot slot merkt de zorgverzekeraar op dat het bedrag van € 366,66 in mindering is gebracht op de - op 11 januari 2017 - openstaande interne vordering van € 631,81.

- 5.10. 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 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 dossier bij de incassogemachtigde van de zorgverzekeraar en (iii) de aanmelding van verzoeker en zijn echtgenote als wanbetaler bij het Zorginstituut per 1 juli 2016.

## 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 3.6 van de zorgverzekering luidt, voor zover hier van belang:

### **"3.6. Niet-tijdig betalen**

3.6.1. Als u de premie, wettelijke bijdragen, eigen risico, eigen bijdragen en onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen niet op tijd betaalt, sturen wij u een aanmaning. Als u niet betaalt binnen de in de aanmaning genoemde termijn van ten minste 14 dagen, kunnen wij de dekking van deze zorgverzekering schorsen. In dat geval bestaat er vanaf de laatste premieervaldag 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 volgend op de dag waarop wij het verschuldigde bedrag en de eventuele kosten hebben ontvangen. Wij hebben het recht de zorgverzekering te beëindigen als u niet op tijd betaalt. De verzekering wordt in dat geval niet met terugwerkende kracht beëindigd.

3.6.2. *Wij kunnen incassokosten en wettelijke rente bij u in rekening brengen in geval van niet-tijdig betalen.*

3.6.3. *Als u al bent aangemaand voor het niet op tijd betalen van premie, wettelijke bijdragen, eigen risico, eigen bijdragen, onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen of kosten, hoeven wij u bij het niet op tijd voldoen van een hierop volgende factuur niet afzonderlijk schriftelijk aan te manen.*

3.6.4. *Wij hebben het recht om achterstallige premie, kosten en wettelijke rente te verrekenen met door u gedeclareerde kosten van zorg of andere bedragen die u van ons moet ontvangen. (...)"*

- 8.4. 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."*

- 8.5. 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.

- 8.6. Artikel 18c Zvw luidt 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 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."*

- 8.7. Artikel 7 van de Beleidsregels inning bestuursrechtelijke premie Zorgverzekeringswet 2016 luidt, voor zover hier van belang:

*"1 Het Zorginstituut stuurt zo spoedig mogelijk na ontvangst van de melding, bedoeld in artikel 18d, derde lid, van de Zorgverzekeringswet, de verzekeringnemer een bericht dat deze de bestuursrechtelijke premie niet langer verschuldigd is. Het Zorginstituut stuurt tevens zo spoedig mogelijk na afloop van de periode, bedoeld in artikel 18e, van de Zorgverzekeringswet, de verzekeringnemer een bericht dat deze de bestuursrechtelijke premie niet langer verschuldigd is. Hierbij vermeldt het Zorginstituut dat het niet mogelijk is tegen dit besluit bezwaar aan te tekenen.*

*2 Het Zorginstituut stuurt de verzekeringnemer, zo spoedig mogelijk na het bericht, bedoeld in het eerste lid, een eindafrekening, die tenminste omvat:*

*a. het saldo van aan het Zorginstituut verschuldigde bestuursrechtelijke premie en reeds ontvangen bestuursrechtelijke premie;*

*b. een vermelding van het bedrag dat door het Zorginstituut is ontvangen van de broninhouder. Dit bedrag wordt in mindering gebracht op het saldo, bedoeld in onderdeel a;*

*c. de mededeling van het Zorginstituut dat de verzekeringnemer het saldo, bedoeld in onderdeel a, rekeninghoudend met onderdeel b, aan het Zorginstituut dient te betalen dan wel van het Zorginstituut terugontvangt.*

*3 Indien uit de eindafrekening blijkt dat er te veel bestuursrechtelijke premie is ingehouden of betaald, betaalt het Zorginstituut het saldo binnen zes weken na ontvangst van het rekeningnummer aan de verzekeringnemer uit.  
(...)"*

- 8.8. De toerekening van betalingen is geregeld in artikel 6:43 BW, en dit luidt:

**"Artikel 6:43**

*1. Verricht de schuldenaar een betaling die zou kunnen worden toegerekend op twee of meer verbintenissen jegens een zelfde schuldeiser, dan geschiedt de toerekening op de verbintenis welke de schuldenaar bij de betaling aanwijst.*

*2. Bij gebreke van zodanige aanwijzing geschiedt de toerekening in de eerste plaats op de opeisbare verbintenissen. Zijn er ook dan nog meer verbintenissen waarop de toerekening zou kunnen plaatsvinden, dan geschiedt deze in de eerste plaats op de meest bezwarende en zijn de verbintenissen even bezwarend, op de oudste. Zijn de verbintenissen bovendien even oud, dan geschiedt de toerekening naar evenredigheid."*

9. Beoordeling van het geschil

- 9.1. De commissie heeft op 16 december 2015 een bindend advies uitgebracht in een eerder gerezen geschil tussen verzoeker en de zorgverzekeraar. In dit bindend advies is vastgesteld dat (i) verzoeker is afgemeld bij het Zorginstituut, (ii) verzoeker vanaf 1 december 2015 weer de overeengekomen premie is verschuldigd aan de zorgverzekeraar, (iii) het dossier bij de incassogemachtigde is gesloten, en (iv) voor de achterstand van € 850,96 een betalingsregeling is getroffen, inhoudende aflossing in tien termijnen, ingaande december 2015. De commissie neemt dit bindend advies als uitgangspunt bij de beoordeling van het onderhavige geschil.

**Aanmelding Zorginstituut**

- 9.2. Verzoeker is onder meer opgekomen tegen de aanmelding van hem en zijn echtgenote als wanbetaler bij het Zorginstituut per 1 juli 2016. De zorgverzekeraar heeft bij brief van 26 augustus 2016 verklaard dat deze aanmelding ten onrechte heeft plaatsgevonden. Om die reden zijn beide echtelieden met terugwerkende kracht tot 1 juli 2016 afgemeld. De commissie stelt op basis hiervan vast dat de aanmelding van verzoeker en zijn echtgenote als wanbetaler bij het Zorginstituut per 1 juli 2016 niet langer een geschilpunt tussen partijen vormt.

### Hoogte betalingsachterstand

- 9.3. Als uitgangspunt geldt dat de betalingsachterstand op 16 december 2015 € 850,96 bedroeg, en dat verzoeker en de zorgverzekeraar hiervoor een betalingsregeling zijn overeengekomen. Uit de door partijen overgelegde stukken blijkt dat in april 2016 een betalingsregeling is getroffen voor een bedrag van € 906,13. Kennelijk is de regeling die is vastgelegd in het bindend advies van 16 december 2016 vervallen en is de achterstand van verzoeker hierna opgelopen. Vervolgens is de in april 2016 overeengekomen regeling op 13 juni 2016 eveneens vervallen. De zorgverzekeraar heeft bij zijn brief van 28 september 2016 een financieel overzicht gevoegd. Hieruit blijkt dat naar de stand van 27 september 2016 sprake is van een betalingsachterstand van € 1.285,83. Verzoeker stelt daarentegen dat door hem op of omstreeks 16 juni 2016 een finale betaling van € 207,30 is verricht aan de zorgverzekeraar, zodat thans geen sprake meer is van een betalingsachterstand. De commissie overweegt dienaangaande als volgt.
- 9.4. Verzoeker is vanaf 1 november 2015 weer de reguliere premie aan de zorgverzekeraar verschuldigd (op basis van de afmelding bij het Zorginstituut die in het eerder uitgebrachte bindend advies is vastgelegd). Hierna zijn verzoeker en zijn echtgenote voor één maand aangemeld geweest als wanbetaler bij het Zorginstituut, te weten de maand april 2016. Over die maand is verzoeker ingevolge artikel 16 lid 2 sub b Zvw dan ook geen premie verschuldigd aan de zorgverzekeraar. Vervolgens is verzoeker vanaf mei 2016 tot heden weer de reguliere premie verschuldigd. Daarnaast zijn vanaf december 2015 diverse zorgkosten voor rekening van verzoeker gekomen. Het gaat om een totaalbedrag van € 470,81 (€ 12,30 + € 263,51 + € 12,50 + € 56,30 + € 126,20), welk bedrag verzoeker dient te betalen aan de zorgverzekeraar. Een tweetal bedragen van totaal € 489,10 (€ 379,16 + € 109,94) is door de zorgverzekeraar aan verzoeker terugbetaald dan wel betreft restitutie van declaraties. Uit de door de zorgverzekeraar vanaf december 2015 ontvangen betalingen blijkt voorts dat verzoeker in december 2015, januari tot en met maart 2016, mei 2016, juni 2016 en september 2016 premiebetalingen heeft uitgevoerd. In genoemde maanden is namelijk door hem telkens een bedrag van € 214,-- voldaan, zijnde de overeengekomen premie voor de zorgverzekering voor twee personen. De zorgverzekeraar heeft deze (premie)betalingen niet steeds op premie geboekt. Dit is gelegen in het feit dat verzoeker niet steeds het door de zorgverzekeraar opgegeven zestiencijferige betalingskenmerk dan wel een onjuist kenmerk heeft vermeld. In een dergelijk geval is het de zorgverzekeraar toegestaan de betaling te boeken op de meest bezwarende respectievelijk de oudste openstaande post (art. 6:43 BW). Voorts heeft verzoeker € 12,30 en € 126,20 aan zorgkosten betaald en deze betalingen zijn ook op de betreffende posten geboekt door de zorgverzekeraar. In het financiële overzicht zijn onder het kopje '*Door ons aan u teruggestort/uitbetaald*' twee bedragen opgenomen: € 366,66 uitbetaald op 1 maart 2016 en € 53,64 uitbetaald op 1 mei 2016. Het bedrag van € 366,66 betreft een verrekening van een restitutie van € 379,16 en een nota van € 12,50. Het bedrag van € 53,64 betreft een verrekening van een restitutie van € 109,94 en een nota van € 56,30. Overigens was de zorgverzekeraar gerechtigd tot een dergelijke verrekening, gelet op artikel 3.6 van de zorgverzekering. Het totaal van voormelde bedragen is € 420,30. Dit laatste bedrag heeft de zorgverzekeraar *opgeteld* bij het totaal door verzoeker verschuldigde bedrag. Dit is naar het oordeel van de commissie niet juist. Immers, een bedrag dat verzoeker toekomt (restitutie van gedeclareerde zorgkosten) kan niet zonder reden worden opgevoerd als een terug te betalen bedrag. De zorgverzekeraar heeft in dit kader niets aangevoerd waaruit het tegendeel zou kunnen blijken. Ter zitting heeft de zorgverzekeraar evenwel toegezegd het bedrag van € 366,66 in mindering te brengen op de achterstand. Dit is nadien ook geschied. Het door verzoeker betaalde bedrag van € 207,30 is op 17 juni 2016 door de zorgverzekeraar ontvangen en verwerkt. Dat dit een betaling tegen finale kwijting is, is weliswaar door verzoeker gesteld, echter van een daadwerkelijke afspraak ter zake is niets gebleken. Aangenomen moet daarom worden dat de zorgverzekeraar zich niet akkoord heeft verklaard met een betaling tegen finale kwijting. Verder is door verzoeker niet aannemelijk gemaakt dat meer of andere betalingen zijn gedaan dan die in het financiële overzicht van de zorgverzekeraar zijn opgenomen.

De zorgverzekeraar heeft bij e-mailbericht van 3 februari 2017 verklaard dat de intern openstaande vordering € 265,15 (€ 631,81 - € 366,66) bedraagt, en het incassodossier € 429,83, exclusief rente en incassokosten. De commissie onderschrijft de juistheid hiervan en stelt de totale achterstand van verzoeker naar de stand van 3 februari 2017 vast op € 694,98 (€ 265,15 + € 429,83), exclusief rente en incassokosten.

### **Dossier incassogemachtigde**

- 9.5. De zorgverzekeraar heeft in 2016 (opnieuw) een vordering overgedragen aan de incassogemachtigde. Meer specifiek is in augustus 2016 een bedrag van € 643,83 ter incasso overgedragen. De incassogemachtigde heeft hiervoor dossier 4106982 aangemaakt. Op grond van artikel 3.6 van de zorgverzekering was de zorgverzekeraar tot deze overdracht gerechtigd, en kunnen dientengevolge incassokosten en rente bij verzoeker in rekening worden gebracht. De zorgverzekeraar heeft verzoeker aangeboden dat, indien hij genoemde hoofdsom in één keer zou voldoen, de bijkomende incassokosten en rente vervallen. Dit aanbod heeft verzoeker afgewezen. Zoals onder 9.4 is overwogen, bedraagt de actuele achterstand bij de incassogemachtigde € 429,83, exclusief rente en incassokosten. Verzoeker heeft enkel geëist dat de ter incasso overgedragen vordering dient te worden 'doorgehaald'. Gelet op het feit dat reeds is vastgesteld dat verzoeker nog immer een betalingsachterstand heeft bij de zorgverzekeraar, is terecht een incassodossier opgestart en valt niet in te zien op welke grond dit dient te worden gesloten. Overigens heeft de zorgverzekeraar verklaard dat, lopende de procedure bij de commissie, het incassotraject is opgeschort.

- 9.6. Tot slot wenst de commissie het volgende op te merken. De zorgverzekeraar heeft de aanmelding van verzoeker en zijn echtgenote bij het Zorginstituut per 1 juli 2016 ongedaan gemaakt. Dit betekent dat verzoeker van het Zorginstituut een eindafrekening zal ontvangen (artikel 7 Beleidsregels inning bestuursrechtelijke premie Zorgverzekeringswet 2016). De betaalde bestuursrechtelijke premie zal worden gerestitueerd en verzoeker is vanaf 1 juli 2016 weer de reguliere premie aan de zorgverzekeraar verschuldigd. De zorgverzekeraar heeft verzoeker hierover op 17 september 2016 een brief (met nota) gestuurd. Verzoeker heeft een brief van het CJIB van 3 september 2016 overgelegd, waarin betaling van € 65,91 van hem wordt gevorderd ter zake van de bestuursrechtelijke premie voor de maand juli 2016. De zorgverzekeraar heeft verklaard dat verzoeker deze brief als niet verzonden kan beschouwen, aangezien inmiddels afmelding met terugwerkende kracht heeft plaatsgevonden. De commissie onderschrijft dit. Te gelden heeft dat verzoeker vanaf 1 juli 2016 geen bestuursrechtelijke premie meer is verschuldigd. De 'eis' van verzoeker dat hij van de zorgverzekeraar een financieel overzicht wenst te ontvangen waarin onder meer de bestuursrechtelijke premie plus boete is opgenomen, dient te worden verworpen. Het Zorginstituut (en het CJIB) zijn belast met de inning van de bestuursrechtelijke premie. Dit valt buiten de financiële administratie van de zorgverzekeraar. Verzoeker zal van het Zorginstituut, als gezegd, een eindafrekening ontvangen. Daaruit zal blijken óf hij de bestuursrechtelijke premie gerestitueerd krijgt en tot welk bedrag, óf dat geen restitutie volgt omdat in het geheel geen bestuursrechtelijke premie is betaald. Van een door verzoeker te betalen bedrag aan het Zorginstituut in verband met de aanmelding per 1 juli 2016 zal hoe dan ook geen sprake zijn.

### **Conclusie**

- 9.7. Het voorgaande leidt ertoe dat (i) dient te worden vastgesteld dat de aanmelding van verzoeker en zijn echtgenote als wanbetaler bij het Zorginstituut per 1 juli 2016 inmiddels door de zorgverzekeraar ongedaan is gemaakt, en (ii) dat het verzoek dient te worden toegewezen met betrekking tot de betalingsachterstand - in die zin dat deze naar de stand van 3 februari 2017 wordt bepaald op € 694,98, exclusief rente en incassokosten. Het meer of anders gevorderde 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. Het meer of anders gevorderde wordt afgewezen.



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



Zeist, 22 februari 2017,



P.J.J. Vonk

