



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen FBTO Zorgverzekeringen N.V. te Leeuwarden en Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist
Zaak : Premie, zorgkosten, betalingsachterstand, overdracht vorderingen aan incassogemachtigde, aanmelding Zorginstituut
Zaaknummer : 201602055
Zittingsdatum : 22 februari 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 2015-2016, paragraaf 3.3 Zvw)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

FBTO Zorgverzekeringen N.V. te Leeuwarden, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Verzoeker is tot op heden bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Zorg basisverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1 onderdeel d Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Tevens heeft verzoeker bij de zorgverzekeraar ten behoeve van één andere persoon de zorgverzekering afgesloten. Genoemde zorgverzekering is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Bij brief van 4 december 2015 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat sprake is van een achterstand in de premiebetaling voor de zorgverzekering van hemzelf en de door hem verzekerde persoon van vier of meer maanden.
- 3.2. De zorgverzekeraar heeft bij e-mailbericht van 29 december 2015 aan verzoeker medegedeeld dat de betalingsachterstand € 4.023,17 bedraagt.
- 3.3. Bij brief van 27 januari 2016 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat sprake is van een achterstand in de premiebetaling voor de zorgverzekering van hemzelf en de door hem verzekerde persoon van zes of meer maanden, en dat hij is aangemeld als wanbetaler bij het Zorginstituut Nederland (hierna: Zorginstituut).
- 3.4. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormelde standpunten gevraagd. Bij e-mailberichten van 5 en 11 februari 2016 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunten te handhaven, en hem een betalingsregeling voor het achterstallige bedrag aangeboden.
- 3.5. Bij brieven van 16 februari 2016 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld akkoord te gaan met een betalingsregeling voor de achterstand van € 602,38 ter zake van zorgkosten, en een betalingsregeling voor de achterstand van € 6.027,48, beide ingaande 30 maart 2016 en bestaande uit 24 termijnbedragen.
- 3.6. De zorgverzekeraar heeft verzoeker met ingang van 1 maart 2016 afgemeld als wanbetaler bij het Zorginstituut.

- 
- 3.7. Bij brief van 15 maart 2016 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de betalingsregeling is vervallen, en hem verzocht een openstaand bedrag van € 6.117,77 te betalen.
- 
- 3.8. Bij brief van 16 maart 2016 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de betalingsregeling is vervallen, en hem verzocht een openstaand bedrag van € 692,67 te betalen.
- 
- 3.9. Bij brief van 24 maart 2016 heeft de zorgverzekeraar verzoeker een betalingsherinnering gezonden voor een bedrag van € 6.215,98.
- 
- 3.10. Bij brief van 31 maart 2016 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat sprake is van een achterstand in de premiebetaling voor de zorgverzekering van hemzelf en de door hem verzekerde persoon van twee of meer maanden.
- 
- 3.11. De incassogemachtigde van de zorgverzekeraar heeft verzoeker bij brief van 1 april 2016 verzocht € 7.285,73, inclusief rente, te betalen.
- 
- 3.12. De incassogemachtigde van de zorgverzekeraar heeft verzoeker bij brief van 18 april 2016 gesommeerd een bedrag van € 8.103,35, inclusief rente en incassokosten, te voldoen.
- 
- 3.13. Bij brief van 11 mei 2016 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat sprake is van een achterstand in de premiebetaling voor de zorgverzekering van hemzelf en de door hem verzekerde persoon van vier of meer maanden.
- 
- 3.14. De incassogemachtigde van de zorgverzekeraar heeft verzoeker bij brief van 13 juni 2016 verzocht € 8.502,91, inclusief rente en incassokosten, te betalen.
- 
- 3.15. Bij brief van 16 juni 2016 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat sprake is van een achterstand in de premiebetaling voor de zorgverzekering van hemzelf en de door hem verzekerde persoon van zes of meer maanden, en dat hij is aangemeld als wanbetaler bij het Zorginstituut.
- 
- 3.16. De zorgverzekeraar heeft bij brief van 22 juni 2016 aan verzoeker medegedeeld dat zijn adresgegevens in de Basisregistratie Personen (hierna: BRP) in onderzoek zijn.
- 
- 3.17. De incassogemachtigde van de zorgverzekeraar heeft verzoeker bij brief van 25 augustus 2016 verzocht € 8.877,18, inclusief rente en incassokosten, te betalen
- 
- 3.18. Bij e-mailbericht van 6 september 2016 en in latere correspondentie heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen (i) dat de door de zorgverzekeraar gestelde betalingsachterstand onjuist is en (ii) dat ten onrechte aanmelding als wanbetaler bij het Zorginstituut heeft plaatsgevonden (hierna: het verzoek).
- 
- 3.19. 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.
- 
- 3.20. De zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 16 januari 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 20 januari 2017 aan verzoeker gezonden.
- 3.21. Verzoeker heeft op 5 februari 2017 gereageerd op het onder 3.20 bedoelde standpunt van de zorgverzekeraar. Een afschrift van deze reactie is aan de wederpartij gezonden.

3.22. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 4 februari 2017 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De zorgverzekeraar heeft op 16 februari 2017 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.

3.23. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 22 februari 2017 telefonisch gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

4.1. De commissie heeft in een eerdere kwestie met de zorgverzekeraar op 11 maart 2015 een bindend advies uitgebracht. Hierna is verzoeker in contact getreden met de zorgverzekeraar en deze communicatie verliep naar behoren. Echter, na een tijd veranderde dit en werd gedreigd met het aanmelden als wanbetaler bij het Zorginstituut. Verzoeker meent dat de zorgverzekeraar de wanbetalersregeling misbruikt. Immers, zodra iets niet loopt zoals de zorgverzekeraar wenst, wordt geschermd met de mogelijkheid tot aanmelding als wanbetaler bij het Zorginstituut. De communicatie na het bindend advies verliep, als gezegd, aanvankelijk goed. In telefoongesprekken werd over en weer duidelijkheid verschaft. Deze gesprekken zouden vervolgens per e-mail worden bevestigd en daar is het misgegaan. Zo werd gezegd dat niets van verzoeker was vernomen en werden afwijkende bedragen genoemd. Ook werd de viermaandsbrief aan verzoeker gestuurd.

Verzoeker heeft met diverse medewerkers van de zorgverzekeraar gecommuniceerd. Het gevoel is dat de zorgverzekeraar verzoeker de mond wil snoeren en hem financieel wil benadelen.

Uiteindelijk werd op 27 januari 2016 de zesmaandsbrief aan verzoeker gestuurd.

Verzoeker heeft telefonisch contact opgenomen met één van de medewerkers van de zorgverzekeraar. Hieruit kwam dat zou worden uitgezocht hoeveel exact open stond en of het mogelijk was een betalingsregeling te treffen. De medewerkster zou daarnaast nagaan of verzoeker schadeloos kon worden gesteld, aangezien hij door het handelen van de zorgverzekeraar herhaaldelijk zijn baan was kwijtgeraakt. Het eigen risico en de overige zorgkosten zouden niet onder de schadeloosstelling vallen. De betalingsregeling zou uitsluitend dienen voor het geval een schadeloosstelling niet mogelijk was en/of voor het eigen risico en de zorgkosten. Verzoeker was hierdoor verrast en heeft uiteindelijk ingestemd met een betalingsregeling. Echter, daarna kwam de betreffende medewerkster met een voorstel voor een compleet afwijkende regeling. Weer enkele dagen later verzekerde deze medewerkster verzoeker dan toch ervan dat de schadeloosstelling zo goed als rond was, en dat hij zich geen zorgen hoefde te maken.

Vervolgens ontving verzoeker het bericht van het Zorginstituut dat hij was afgemeld als wanbetaler. Van de zorgverzekeraar werd een creditnota voor de premie van februari 2016 ontvangen met daarbij de mededeling dat deze premie zou worden verrekend met openstaande posten en als die er niet waren, het bedrag zou worden teruggestort. Verzoeker ontving op 17 februari 2016 de premie van februari 2016 retour. Hieruit kan worden geconcludeerd dat op dat moment niets meer open stond bij de zorgverzekeraar. Kennelijk was de toezegging aangaande de schadeloosstelling nagekomen. De betalingsregeling die zou worden getroffen kon zodoende enkel het eigen risico en de zorgkosten betreffen. De eerste termijnbetaling zou op 30 maart 2016 geschieden.

Helaas ging het hierna volledig mis. Verzoeker ontving een bevestiging van de betalingsregeling en daarop stond ineens weer de volledige achterstand. Getracht is contact te zoeken met de medewerkster die de schadeloosstelling had toegezegd, maar dit bleek niet (meer) mogelijk. Alle communicatie werd overgenomen door de manager van de afdeling Klachten. In maart 2016 ging alles in sneltreinvaart. Verzoeker ontving op 15 maart 2016 een brief van de zorgverzekeraar dat een bedrag van € 6.117,77 niet kon worden afgeschreven van zijn rekening, en hij werd verzocht dit bedrag in één keer te betalen. Dit terwijl uitdrukkelijk een betalingsregeling met een bepaald termijnbedrag was overeengekomen, ingaande 30 maart 2016. Voor automatische incasso van een ander bedrag is door verzoeker geen toestemming gegeven.

Hierna ontving verzoeker van de zorgverzekeraar een aangetekende brief waarin aan hem een contactverbod werd opgelegd. Verzoeker stelt dat de zorgverzekeraar geen contactverbod kan opleggen. Dit kan alleen door de rechter worden gedaan, en daar moeten dan zeer gegronde redenen voor zijn.

Op 16 maart 2016 ontving verzoeker een brief van de zorgverzekeraar waarin hem werd medegedeeld dat de betalingsregeling was beëindigd en dat het bedrag van € 692,67 in één keer moest worden betaald. Nadien werden betalingsherinneringen voor de bedragen van € 6.117,77 en € 692,67 ontvangen. Enige tijd later bereikte verzoeker de tweemaandsbrief van de zorgverzekeraar. Om de verwarring compleet te maken, ontving verzoeker op 14 april 2016 een eindafrekening van het Centraal Justitieel Incasso Bureau (hierna: CJIB), namens het Zorginstituut. Op 1 en 18 april 2016 ontving verzoeker brieven van de incassogemachtigde van de zorgverzekeraar met daarin het verzoek de achterstand, inclusief rente en kosten, te betalen. Het is vreemd dat verzoeker geen rekeningen van de zorgverzekeraar ontvangt, maar dat deze direct worden doorgestuurd naar de incassogemachtigde. Hierdoor is hij altijd te laat met betalen, en dus rente en kosten verschuldigd.

Op 11 mei 2016 ontving verzoeker de viermaandsbrief van de zorgverzekeraar. Van de zorgverzekeraar werden echter geen premienota's ontvangen. Verzoeker ontving wel enkele nota's ter zake van het eigen risico. Op 16 juni 2016 stuurde de zorgverzekeraar de zesmaandsbrief. Als klap op de vuurpijl kreeg verzoeker op 22 juni 2016 het bericht dat zijn adres in onderzoek is. Dit is zeer vreemd, aangezien verzoeker sinds 1988 op dit adres woont.

Op 1 augustus 2016 meldde een deurwaarder namens het CJIB zich bij verzoeker thuis voor het innen van de eindafrekening ter zake van de maanden januari en februari 2016. Verzoeker heeft deze premies echter voldaan, en de betaalde premie voor februari 2016 is zelfs door de zorgverzekeraar teruggestort. Na veel praten heeft de deurwaarder verzoeker uitstel van betaling gegeven tot 15 november 2016.

4.2. Verzoeker stelt dat de zorgverzekeraar zich schuldig maakt aan machtsmisbruik en diefstal. Zijn gevoelens zijn dat de zorgverzekeraar, althans de betreffende medewerkster, er alles aan doet onder de toezegging tot schadeloosstelling uit te komen. Het bedrag dat de incassogemachtigde probeert te innen is niet correct. Verzoeker is bereid het eigen risico en de zorgkosten te betalen.

4.3. Verzoeker licht toe dat hij veel problemen ervaart met zijn werk(gever) door de herhaaldelijke aanmelding als wanbetaler bij het Zorginstituut. Bij overtreding van het contactverbod doet de zorgverzekeraar aangifte bij de politie en dit is exact wat ervoor kan zorgen dat de werkgever van verzoeker hem voorgoed weert. Verzoeker heeft schade opgelopen door het handelen van de zorgverzekeraar. Zo heeft hij noodgedwongen moeten tekenen voor een tijdelijk contract via een uitzendbureau om zijn 'oude functie' te kunnen blijven uitvoeren. Het salaris is echter veel lager dan voorheen en verzoeker kan geen gebruik maken van werknemersregelingen.

4.4. In reactie op de brief van de zorgverzekeraar van 16 januari 2017 heeft verzoeker het volgende gesteld. Doordat enkel de correspondentie per post en e-mail wordt overgelegd, en geen melding wordt gemaakt van de gevoerde telefoongesprekken, wordt een heel negatief beeld geschetst van verzoeker. Er wordt niet gesproken over het feit dat automatische incasso wordt afgedwongen en over de continue dreiging met aanmelding als wanbetaler. Verzoeker is niet verplicht een incassomachtiging af te geven aan de zorgverzekeraar, en dit kan dus ook niet als voorwaarde worden gehanteerd. Verzoeker wordt door de zorgverzekeraar neergezet als crimineel, en dit ervaart hij als laster c.q. smaad. Het is correct dat verzoeker kwaad is geweest over de behandeling van zijn klacht door de zorgverzekeraar, maar dit is gevoed door de standaardantwoorden die hij kreeg. Het opgelegde contactverbod is onwettig. In één van de bijlagen die de zorgverzekeraar heeft gestuurd, is feitelijk een bevestiging van het verhaal van verzoeker te lezen. Eén van de regels vermeldt namelijk "aanmaafase 0 en schuld voldaan". Dit kan enkel door de zorgverzekeraar zijn geregistreerd naar aanleiding van de telefonische toezegging.

Verzoeker heeft na de afmelding bij het Zorginstituut per 1 maart 2016 nooit premienota's van de zorgverzekeraar ontvangen. Er werden enkel zorgkostennota's aan hem gestuurd en die zijn betaald. De indruk bestaat dat moedwillig geen premienota's zijn verstuurd, zodat de betreffende vorderingen direct konden worden overgedragen aan de incassogemachtigde, waardoor rente en

incassokosten in rekening werden gebracht. Verzoeker benadrukt dat vanaf augustus 2015 tot en met februari 2016 de premie is betaald. De zorgverzekeraar heeft zijn administratie niet op orde en diens handelwijze is onprofessioneel.

- 4.5. Ter zitting heeft verzoeker herhaald dat het opgelegde contactverbod onwettig is. Verzoeker heeft ter aanvulling aangevoerd dat het vreemd is dat de zorgverzekeraar in zijn brief van 15 maart 2016 inzake het contactverbod, tevens heeft medegedeeld dat de betalingsregeling is beëindigd, aangezien de regeling op dat moment nog niet was ingegaan. Ook is direct een incassoprocedure gestart. De zorgverzekeraar probeerde ineens ruim € 6.000,- te incasseren. De afgegeven incassomachtiging was echter alleen voor de betalingsregeling bedoeld. Het ging daarbij om een termijnbedrag van circa € 270,-. Voorts heeft verzoeker herhaald dat een medewerkster van de zorgverzekeraar aan hem heeft medegedeeld dat hij een tegemoetkoming zou krijgen vanwege de gemaakte fouten. Kennelijk is zij teruggefloten en toen is het contactverbod ingesteld. De kwestie ziet daarom ook op de toegezegde schadevergoeding. Verzoeker heeft bijvoorbeeld dagen vrij moeten nemen om een en ander recht te zetten. Tot slot heeft verzoeker verklaard dat hij om de tafel wil zitten met de zorgverzekeraar, en thans niet zonder meer wil meewerken aan een nieuwe betalingsregeling. Verzoeker vertrouwt de zorgverzekeraar onvoldoende om weer een incassomachtiging af te geven. Overigens zijn andere nota's van de zorgverzekeraar steeds netjes betaald, zodat het onbegrijpelijk is waarom het nu ineens anders moet voor de termijnbedragen en de premie. Verzoeker vraagt nog aandacht voor het feit dat een en ander tot gevolg kan hebben dat hij geen contract krijgt bij zijn werkgever.

- 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. De commissie heeft in het bindend advies in de eerdere kwestie met verzoeker enkel de klacht ten aanzien van de aanmelding bij het Zorginstituut gegrond verklaard. De overige onderdelen van het verzoek werden afgewezen.

Naar aanleiding van dit bindend advies is verzoeker met terugwerkende kracht tot 1 januari 2014 afgemeld bij het Zorginstituut (destijds: College voor zorgverzekeringen). De achterstand die zag op de periode hiervoor bleef gehandhaafd, en was inmiddels vervat in een dossier bij de incassogemachtigde. Verzoeker was vanaf 1 januari 2014 weer premie verschuldigd aan de zorgverzekeraar, alsmede de na het bindend advies opgekomen maandpremies en eventuele zorgkosten.

In juni 2015 is aan verzoeker een nota gezonden voor de premie vanaf 1 januari 2014. In het e-mailbericht aan verzoeker van 20 oktober 2015 is hierop een toelichting gegeven. Aan verzoeker zijn excuses aangeboden voor het feit dat voorafgaand aan de verzending van de premienota geen contact met hem is opgenomen om bijvoorbeeld een betalingsregeling af te spreken voor de betreffende premievordering.

- 5.2. Verzoeker is per 1 september 2015 aangemeld als wanbetaler bij het Zorginstituut. De premie van september 2015 had hij al betaald aan de zorgverzekeraar. Formeel was verzoeker over de maand september 2015 geen premie aan de zorgverzekeraar verschuldigd. Daarom is de betreffende premiebetaling aangewend om de oudst openstaande vordering (mei 2012) gedeeltelijk te voldoen. De aanmelding bij het Zorginstituut is nadien ongedaan gemaakt; verzoeker is met terugwerkende kracht tot 1 september 2015 afgemeld. Feitelijk was het hierdoor mogelijk de premiebetaling van september 2015 weer te boeken op die premiemaand. Daardoor zou echter de vordering van mei 2012 weer open komen te staan. Voor het totale saldo zou het derhalve niets uitmaken.

- 5.3. Verzoeker en de door hem verzekerde persoon zijn per 1 februari 2016 opnieuw aangemeld als wanbetaler bij het Zorginstituut. Op de datum van aanmelding (26 januari 2016) bedroeg de premieachterstand € 5.843,48. Op 12 februari 2016 is de zorgverzekeraar akkoord gegaan met een betalingsregeling. Deze regeling ging in op 30 maart 2016 en had een looptijd van 24 maanden. Als gevolg hiervan heeft afmelding bij het Zorginstituut per 1 maart 2016 plaatsgevonden en dit is uit coulance geschied. De



zorgverzekeraar was destijds namelijk in de veronderstelling dat afmelding mogelijk was, nu eindelijk een betalingsregeling met verzoeker was overeengekomen. In de hoop - en toen nog verwachting - dat deze zou worden nageleefd, zijn verzoeker en de door hem verzekerde persoon afgemeld bij het Zorginstituut. Overigens was de aanmelding per 1 februari 2016 gerechtvaardigd, aangezien de premieachterstand op dat moment meer dan zes maanden bedroeg.



De zorgverzekeraar heeft verzoeker en de door hem verzekerde persoon per 1 juli 2016 opnieuw aangemeld als wanbetaler bij het Zorginstituut, omdat de betalingsregeling niet door verzoeker werd nageleefd. Het was niet mogelijk de termijnbedragen in het kader van de regeling, de premie en het eigen risico volgens afspraak automatisch te incasseren. Op de datum van aanmelding (15 juni 2016) bedroeg de premieachterstand € 6.597,48, oftewel meer dan zes maanden. Deze aanmelding is nog steeds van kracht.



5.4. De zorgverzekeraar voert de Zorgverzekeringswet en de polisvoorwaarden uit. De regels met betrekking tot verzekerden die de premie niet voldoen, zijn voor iedere verzekeraar hetzelfde. Bij een premieachterstand van zes of meer maanden dient aanmelding als wanbetaler bij het Zorginstituut te geschieden. Hoewel het voorstelbaar is dat verzoeker zich zorgen maakt over zijn financiële situatie, is het de zorgverzekeraar niet toegestaan een uitzondering voor hem te maken. Getracht is verzoeker zoveel mogelijk duidelijkheid te geven. De situatie van verzoeker dan wel de (persoonlijke) consequenties die toepassing van de wanbetalersregeling voor hem heeft, kan de zorgverzekeraar niet veranderen. Ook persoonlijk contact zal niet leiden tot een oplossing; de zorgverzekeraar kan niet om de (financiële) feiten heen. Hiervoor is de achterstand van verzoeker te groot.



5.5. Er heeft herhaaldelijk contact met verzoeker plaatsgevonden over de betalingsachterstand. De zorgverzekeraar heeft geconstateerd dat verzoeker zich daarbij intimiderend en/of bedreigend opstelt richting zijn medewerkers. Dit is ontoelaatbaar en om die reden is verzoeker een contactverbod opgelegd. Dit is geschied bij aangetekende brief van 15 maart 2016. Verzoeker mag geen contact meer zoeken met de betreffende medewerkers. Het (klacht)dossier is ook weggehaald bij deze medewerkers.



De zorgverzekeraar communiceert enkel nog per e-mail over inhoudelijke zaken met betrekking tot de zorgverzekering van verzoeker. Iedere andere vorm van communicatie is verzoeker verboden. Bij overtreding van het contactverbod of wanneer verzoeker zich nogmaals intimiderend en/of bedreigend opstelt richting de medewerkers, doet de zorgverzekeraar aangifte bij de politie wegens intimidatie en/of bedreiging.



De zorgverzekeraar realiseert zich dat een contactverbod een verstekkende maatregel is. Een dergelijke maatregel wordt alleen in het uiterste geval genomen en in de met verzoeker ontstane kwestie was dit onontkoombaar.



Aan de commissie is een afschrift van de e-mailcorrespondentie met verzoeker vanaf september 2015 gezonden, zodat zij zich een volledig beeld van de kwestie kan vormen. Verzoeker overschrijdt in zijn communicatie een morele grens.



5.6. De zorgverzekeraar stelt verder dat de door verzoeker geschetste tijdslijn niet geheel juist is. Hierdoor ontstaat een verkeerd beeld van de actie en reactie tussen hen.



Verzoeker heeft slechts éénmaal telefonisch contact gehad met de betreffende medewerkster van de zorgverzekeraar en dit was op 5 februari 2016 naar aanleiding van een door haar verstuurd e-mailbericht. Dit telefoongesprek was zeer onbevredigend en onplezierig en de betreffende medewerkster heeft in aansluiting hierop op 8 februari 2016 een e-mailbericht aan verzoeker gestuurd.

Afschriften van de betreffende contactregistratie en de e-mailberichten zijn overgelegd.



5.7. De zorgverzekeraar heeft vorderingen overgedragen aan de incassogemachtigde. De hoofdsom in incassodossier 111610217 is € 6.896,66. De bijkomende kosten bedragen naar de stand van 16 januari 2017 € 871,01 en de rente € 391,31. Dit dossier is overgedragen op 31 maart 2016. De hoofdsom in incassodossier 251648471 is € 634,26. De bijkomende kosten bedragen € 120,72 en de rente € 37,50. Dit dossier is eveneens op 31 maart 2016 overgedragen. In dit dossier is inmiddels € 519,78 aan de zorgverzekeraar betaald. De uitkomst van de beide hoofdsommen (€ 6.896,88 +

€ 634,26) minus het betaalde bedrag van € 519,78 komt overeen met het te betalen bedrag van € 7.011,36, zoals volgt uit het financiële overzicht dat bij de brief van 16 januari 2017 is gevoegd. Uit dit financiële overzicht blijkt tevens hoe de incassodossiers zijn opgebouwd. Het incassotraject is gedurende de procedure bij de commissie 'on hold' gezet. Hierdoor blijft voortsnog ook een gerechtelijke procedure achterwege.

5.8. Verzoeker spreekt over "schadeloos stellen". Hiermee lijkt hij te suggereren dat door de medewerkster van de zorgverzekeraar is toegezegd dat alle betalingsachterstanden zouden worden kwijtescholden. Hiertoe merkt de zorgverzekeraar op dat de betreffende medewerkster in het - enige - telefoongesprek dat met verzoeker is gevoerd, te weten dat op 5 februari 2016, nooit heeft gesproken over kwijtescholden. Dit komt overeen met de e-mailberichten die aan verzoeker zijn gestuurd, waarin ook niet wordt gesproken over of verwezen naar enige vorm van kwijtescholding. De insteek van de zorgverzekeraar is vanaf het begin geweest om een betalingsregeling met verzoeker overeen te komen. Indien een betalingsregeling van kracht is dienen de termijnbedragen, de opkomende maandpremies en de eigen risicobedragen te worden voldaan via automatische incasso. Bij het overeenkomen van de betalingsregeling met verzoeker is duidelijk gemaakt dat zodra één van de betalingen niet zou worden gedaan, de regeling komt te vervallen. Vanaf dat moment wordt het reguliere incassotraject (weer) opgestart met alle - financiële - gevolgen van dien. Verzoeker is hierop bij e-mailbericht van 20 oktober 2015 gewezen.

5.9. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat de commissie heeft kunnen zien wat er open stond en wat thans nog open staat. Er zijn aanmeldingen bij het Zorginstituut geweest. Ook zijn met verzoeker betalingsregelingen afgesproken, die vervolgens zijn vervallen. Bij het afspreken van een betalingsregeling geldt als eis dat een incassomachtiging wordt afgegeven voor het termijnbedrag en de lopende premie. Het is spijtig dat dit thans niet lukt, aangezien het de enige oplossing voor het gerezen probleem is.

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 18 van de 'Algemene Voorwaarden' van de zorgverzekering (2015-2016) 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) de overdracht van vorderingen aan de incassogemachtigde, (iii) de aanmelding als wanbetaler bij het Zorginstituut per 1 februari 2016 en per 1 juli 2016, en (iv) het contactverbod dat door de zorgverzekeraar aan verzoeker is opgelegd.

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 8 van de 'Algemene Voorwaarden' van de zorgverzekering (2015-2016) is de verzekeringnemer de premie bij vooruitbetaling verschuldigd.

8.3. Artikel 9 van de 'Algemene Voorwaarden' van de zorgverzekering (2015-2016) bepaalt dat de zorgverzekeraar bij niet(-tijdige) betaling van onder meer de premie en het eigen risico, administratiekosten, invorderingskosten en de wettelijke rente bij de verzekeringnemer in rekening brengt.

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

"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 en met ingang van 1 januari 2017 het CAK. 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, thans het CAK, komt doorgaans weer een einde zodra de schuld uit de zorgverzekering is ingelost of een schuldregeling wordt getroffen.
- 8.6. Voor zover hier van belang, bepaalden de artikelen 18a, 18b en 18c Zvw ten tijde van het geschil 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 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 schuldhulpverlening, 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 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."

8.7. Uit de memorie van toelichting op het Wetsvoorstel Structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering (TK 2008-2009, 31736, nr. 3, p. 28) kan worden afgeleid dat de premieachterstand als bedoeld in de artikelen 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.

8.8. In de memorie van toelichting op het Wetsvoorstel Structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering (TK 2008-2009, 31736, nr. 3, pp. 35-36) wordt voorts 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."

- 8.9. Artikel 18d Zvw regelt de verschuldigdheid van de bestuursrechtelijke premie. Dit artikel luidde ten tijde van het geschil, voor zover hier van belang:

"Artikel 18d

1 De verzekeringnemer is vanaf de eerste dag van de maand volgende op de maand waarin het Zorginstituut de melding, bedoeld in artikel 18c, heeft ontvangen aan het Zorginstituut een bij ministeriële regeling te bepalen, bestuursrechtelijke premie van ten minste 110% en ten hoogste 130% van de gemiddelde premie verschuldigd.

2 De premie, bedoeld in het eerste lid, is niet meer verschuldigd met ingang van de eerste dag van de maand volgende op de maand waarin:

a. de uit de zorgverzekering voortvloeiende schulden zijn of zullen zijn afgelost of tenietgaan,

b. de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen, bedoeld in de Faillissementswet, op de verzekeringnemer van toepassing wordt,

c. door tussenkomst van een schuldhulpverlener als bedoeld in artikel 48 van de Wet op het consumentenkrediet een overeenkomst als bedoeld in artikel 18c, tweede lid, onderdeel d, is gesloten, door diens tussenkomst een buitengerechtelijke schuldregeling tot stand is gekomen waarin, naast de verzekeringnemer, ten minste zijn zorgverzekeraar deelneemt, of de zorgverzekeraar met de verzekeringnemer een betalingsregeling is overeengekomen, of

d. de verzekeringnemer aan bij ministeriële regeling te bepalen voorwaarden voldoet.

3 Ten behoeve van de toepassing van het tweede lid stelt de zorgverzekeraar het Zorginstituut, de verzekeringnemer en, indien deze een ander is dan de verzekeringnemer, de verzekerde, onverwijld op de hoogte van de datum waarop een situatie als bedoeld in onderdeel a, b of c van dat lid van toepassing wordt.

4 In afwijking van het eerste en tweede lid is de verzekeringnemer wederom aan het Zorginstituut bestuursrechtelijke premie verschuldigd vanaf de eerste dag van de maand volgende op de maand:

a. waarin de toepassing van de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen op grond van artikel 350, derde lid, onderdeel c, d, e, f, of g, van de Faillissementswet, is beëindigd,

b. waarin hij zich, blijkens een melding van zijn zorgverzekeraar, aan deelname aan een op hem van toepassing zijnde overeenkomst of regeling als bedoeld in het tweede lid, onderdeel c, heeft onttrokken voordat hij de in de desbetreffende overeenkomst of regeling neergelegde afspraken jegens zijn zorgverzekeraar volledig is nagekomen of

c. waarin hij niet meer voldoet aan bij de ministeriële regeling, bedoeld in het tweede lid, te bepalen voorwaarden.

5 Indien in het in het vierde lid, onderdeel b, bedoeld geval een door tussenkomst van een schuldhulpverlener als bedoeld in het tweede lid, onderdeel c, tot stand gekomen overeenkomst of regeling betreft, dient de melding, bedoeld in dat onderdeel mede door een schuldhulpverlener te zijn ondertekend.

6 Bij ministeriële regeling wordt bepaald hoe de gemiddelde premie, bedoeld in het eerste lid, wordt berekend."

 9. Beoordeling van het geschil

-  9.1. De commissie heeft op 11 maart 2015 een bindend advies uitgebracht in een eerder gerezen kwestie tussen verzoeker en de zorgverzekeraar (201402436). In dit bindend advies is bepaald dat verzoeker en de door hem verzekerde persoon (zijn partner) op 9 december 2013 ten onrechte zijn aangemeld als wanbetaler bij het toenmalige College voor zorgverzekeringen. Voorts is bepaald dat de achterstand € 3.295,82, exclusief rente en incassokosten, bedraagt en dat de zorgverzekeraar het door verzoeker betaalde entreegeld van € 37,- dient te vergoeden. De commissie neemt voormeld bindend advies als uitgangspunt bij de hiernavolgende beoordeling.

Betalingsachterstand

-  9.2. Op basis van voormeld bindend advies heeft te gelden dat naar de stand van 11 maart 2015 sprake was van een betalingsachterstand van € 3.295,82, exclusief rente en kosten. Dit bedrag is tevens exclusief de premie die verzoeker vanaf 1 januari 2014 wederom verschuldigd werd aan de zorgverzekeraar in verband met de afmelding met terugwerkende kracht bij het toenmalige College voor zorgverzekeringen.
- De zorgverzekeraar heeft bij zijn brief aan de commissie van 16 januari 2017 een financieel overzicht gevoegd. In dit overzicht is de premie vanaf 1 januari 2014 opgenomen en de laatste premievordering betreft de maand juni 2016. Dit is correct, gelet op het eerdere bindend advies en de aanmelding bij het Zorginstituut van verzoeker en de door hem verzekerde persoon met ingang van 1 juli 2016. Echter, het financiële overzicht begint met de premie voor januari 2012 en dit is niet juist, gelet op het eerdere bindend advies. Voor de periode tot en met 11 maart 2015 geldt immers hetgeen is vastgesteld in dit bindend advies.
- De zorgverzekeraar heeft verklaard dat in juni 2015 aan verzoeker een nota is gezonden voor de premie vanaf 1 januari 2014, en dat hierop bij e-mailbericht van 20 oktober 2015 aan hem een toelichting is gegeven. Dit betreft de premie die verzoeker weer verschuldigd was aan de zorgverzekeraar in verband met de afmelding bij het College voor zorgverzekeringen met terugwerkende kracht tot genoemde datum. Uit het financiële overzicht van de zorgverzekeraar volgt verder dat verzoeker voor het eerst op 20 juli 2015 een eigen risicobetaling aan de zorgverzekeraar heeft gedaan, en op 3 augustus 2015 een premiebetaling.
- De commissie is niet gebleken van betalingen door verzoeker voor de (achterstallige) premie vanaf 1 januari 2014.
- Alle door verzoeker aangetoonde betalingen zijn opgenomen in het financiële overzicht van 16 januari 2017 van de zorgverzekeraar. Door hem is niet aannemelijk gemaakt dat meer of andere betalingen zijn gedaan.
- Gelet op het voorgaande is de commissie van oordeel dat de zorgverzekeraar de betalingsachterstand opnieuw dient te berekenen. Het hiervoor aangehaalde financiële overzicht kan daarbij als uitgangspunt dienen, zij het dat de premie en zorgkosten voor de periode van januari 2012 tot en met maart 2015 dienen te worden geschrapt uit dit overzicht, en dat met betrekking tot die periode het bedrag van € 3.295,82 als correcte betalingsachterstand dient te worden aangehouden. Bij laatstgenoemd bedrag moeten de opkomende premie en zorgkosten vanaf april 2015 worden opgeteld. Voorts merkt de commissie nog op dat de - aldus nieuw te berekenen - betalingsachterstand eveneens exclusief rente en incassokosten is.

Aanmeldingen Zorginstituut

-  9.3. De zorgverzekeraar heeft verzoeker en de door hem verzekerde persoon per 1 februari 2016 en - nadat eerst afmelding had plaatsgevonden - opnieuw per 1 juli 2016 aangemeld als wanbetaler bij het Zorginstituut. Beoordeeld dient te worden of naar de stand van die data sprake was van een premieachterstand voor de zorgverzekering van ten minste zes maanden.
- Uit eerdergenoemd financieel overzicht van de zorgverzekeraar blijkt dat verzoeker tussen 4 december 2012 en 3 augustus 2015 geen premiebetalingen heeft uitgevoerd. Volgens de zorgverzekeraar bestond op het moment van aanmelding bij het Zorginstituut per 1 februari 2016 een premieachterstand van € 5.843,48.

Uit de door partijen overgelegde stukken blijkt dat zij veelvuldig contact hebben gehad over de kwestie, ook na de verzending van de brieven als bedoeld in de artikelen 18a en 18b Zvw. Uit deze communicatie is evenwel niet op te maken dat verzoeker het *bestaan* van een achterstand die aanmelding bij het Zorginstituut rechtvaardigt, heeft betwist. De commissie is daarom van oordeel dat de aanmelding van verzoeker en de door hem verzekerde persoon als wanbetaler bij het Zorginstituut per 1 februari 2016 terecht is geschied.

Hierna heeft afmelding per 1 maart 2016 plaatsgevonden, en zijn verzoeker en de door hem verzekerde persoon per 1 juli 2016 wederom aangemeld als wanbetaler bij het Zorginstituut. Partijen hebben in februari 2016 betalingsregelingen getroffen voor de achterstand (premie en zorgkosten). De bevestiging van de betalingsregeling voor het openstaande bedrag van € 602,38 dateert van 16 februari 2016. Het eerste termijnbedrag zou op 30 maart 2016 worden afgeschreven. Ook de bevestiging van de betalingsregeling voor het openstaande bedrag van € 6.027,48 dateert van 16 februari 2016. Het eerste termijnbedrag zou eveneens op 30 maart 2016 worden afgeschreven. Voorwaarde bij deze regelingen was dat verzoeker, naast de termijnbedragen, de opkomende maandpremies en eventuele zorgkosten tijdig zou voldoen.

Het e-mailbericht van de zorgverzekeraar aan verzoeker van 15 februari 2016 strookt niet met het voorgaande. In dit bericht is namelijk vermeld: *"Per 1 maart schrijven wij de premies automatisch af van rekeningnummer (...). De delen van de betalingsregeling schrijven wij van hetzelfde rekeningnummer af."* Het is weliswaar correct dat, gelet op de afmelding bij het Zorginstituut per 1 maart 2016, verzoeker weer de premie aan de zorgverzekeraar was verschuldigd, maar de bevestigingsbrieven van de betalingsregelingen dateren van een latere datum dan dit e-mailbericht. De commissie is van oordeel dat de bevestigingsbrieven van de betalingsregelingen in deze leidend zijn. De eerste termijnbedragen in het kader van de betalingsregelingen zouden derhalve pas op 30 maart 2016 automatisch worden geïncasseerd van de bankrekening van verzoeker. De zorgverzekeraar heeft verzoeker echter al bij brieven van 15 maart 2016 medegedeeld dat de betalingsregelingen zijn vervallen, omdat de termijnbedragen niet van zijn rekening konden worden afgeschreven. Bovendien heeft de zorgverzekeraar verzoeker bij brief van 15 maart 2016 een contactverbod opgelegd, en hem tevens medegedeeld dat de openstaande vordering ter incasso wordt overgedragen en dat aanmelding als wanbetaler bij het Zorginstituut zal plaatsvinden. Vervolgens zijn op 17 en 24 maart 2016 aan verzoeker betalingsherinneringen gezonden voor de openstaande premie en zorgkosten. De tweemaandsbrief van de zorgverzekeraar dateert van 31 maart 2016. De incassogemachtigde van de zorgverzekeraar heeft verzoeker bij brief van 1 april 2016 verzocht een bedrag van € 7.285,73, inclusief rente, te betalen.

De commissie is, gelet op het voorgaande, van oordeel dat de zorgverzekeraar ten onrechte de betalingsregelingen met verzoeker op 15 maart 2016 vervallen heeft verklaard, met alle gevolgen van dien. Immers, gelet op de bevestigingsbrieven van de betalingsregelingen kon verzoeker tot en met 30 maart 2016 bevestigend betalen. Kennelijk is het beleid van de zorgverzekeraar dat betalingsherinneringen worden gestuurd voordat verdere stappen worden ondernomen. Van het verzenden van betalingsherinneringen ná 31 maart 2016 is echter niet gebleken. Het past dan niet om reeds op 31 maart 2016 de tweemaandsbrief aan verzoeker te sturen. De overdracht van de vordering aan de incassogemachtigde, en de verzending van de twee-, vier- en zesmaandsbrief zijn derhalve niet terecht. De procedure die geldt voor aanmelding bij het Zorginstituut is strikt naar de letter van de wet mogelijk wel, maar gegeven het eigen beleid niet correct gevolgd door de zorgverzekeraar.

Het voorgaande leidt tot de conclusie dat de zorgverzekeraar verzoeker (nog) niet bij het Zorginstituut kon aanmelden. Desondanks heeft de zorgverzekeraar verzoeker per 1 juli 2016 als wanbetaler aangemeld bij het Zorginstituut.

- 9.4. Nu de betreffende aanmelding van verzoeker bij het Zorginstituut ten onrechte 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 aan verzoeker dient te vergoeden al hetgeen door of namens het Zorginstituut (thans het CAK) in het kader van de bestuursrechtelijke premieheffing als bedoeld in artikel 18d Zvw is geheven en (wordt) geïnd, een en ander van 1 juli 2016 tot de eerste van de maand volgende op de maand waarin dit bindend advies is uitgebracht, en uitsluitend voor zover door het Zorginstituut/CAK (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/CAK. Immers, ingevolge artikel 16 lid 2 onder b Zvw is geen premie verschuldigd gedurende de periode dat een 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.

Overdracht vorderingen aan incassogemachtigde

- 9.5. De zorgverzekeraar heeft de gehele achterstand overgedragen aan de incassogemachtigde. Gelet op hetgeen is overwogen onder 9.3 ten aanzien van het stopzetten van de betalingsregelingen door de zorgverzekeraar, is de overdracht van de vorderingen aan de incassogemachtigde in maart/april 2016 ten onrechte geschied. De zorgverzekeraar dient deze overdracht ongedaan te maken. Het gaat hierbij om - volgens opgave van de zorgverzekeraar - twee incassodossiers, te weten 111610217 en 251648471. De in verband hiermee in rekening gebrachte incassokosten en rente dienen te vervallen, en eventuele betalingen van verzoeker in de incassodossiers dienen aan hem te worden gerestitueerd.

Contactverbod

- 9.6. De zorgverzekeraar heeft verzoeker bij brief van 15 maart 2016 een contactverbod opgelegd. Hiertoe merkt de commissie op dat enkel via een civiele procedure bij de rechter een contactverbod aan iemand kan worden opgelegd. Dat in het onderhavige geval sprake is geweest van rechterlijke tussenkomst, is gesteld noch gebleken. Overigens staat het de zorgverzekeraar ook in dat geval nog steeds vrij aangifte te doen bij de politie in verband met intimidatie c.q. bedreiging door verzoeker. De brief van 15 maart 2016 moet tegen die achtergrond veeleer worden beschouwd als een waarschuwing dat hiervan aangifte zal worden gedaan.

Schadeloosstelling/ schadevergoeding

- 9.7. Verzoeker heeft zich erop beroepen dat hem door een medewerkster van de zorgverzekeraar is toegezegd dat hij schadeloos zou worden gesteld. Verzoeker suggereert dat hierbij de bestaande betalingsachterstand zou vervallen. De commissie merkt op dat het bestaan van een zodanige toezegging door verzoeker niet aannemelijk is gemaakt. Daarbij valt niet in te zien dat en waarom de door verzoeker op geen enkele wijze gespecificeerde en gesubstantieerde schade exact gelijk zou zijn aan het bedrag van de betalingsachterstand. Ook de stelling van verzoeker dat uit de restitutie van de betaalde premie voor februari 2016 kan worden geconcludeerd dat op dat moment niets meer open stond, treft geen doel. Verzoeker wist dat een substantieel bedrag onbetaald was gebleven en had geen enkele reden om te veronderstellen dat die vordering was komen te vervallen. Voor zover verzoeker een ander bedrag aan schadevergoeding vordert, geldt dat deze vordering onvoldoende is geconcretiseerd en reeds om die reden dient te worden afgewezen.
- 9.8. Voor de volledigheid merkt de commissie nog het volgende op. Uit de stukken blijkt dat verzoeker wordt aangesproken tot betaling door een deurwaarder namens het CJIB. De betreffende vordering betreft de periode van aanmelding als wanbetaler bij het Zorginstituut en ziet op onbetaald gebleven bestuursrechtelijke premie. Dit staat los van de onbetaald gebleven posten bij de zorgverzekeraar, waarvoor door deze de incassogemachtigde is ingeschakeld. Voorts geldt dat door aanmelding bij het Zorginstituut, een verzekerde de bestuursrechtelijke premie is verschuldigd voor hemzelf en de eventueel door hem verzekerde personen. Deze bestuursrechtelijke premie ziet op de opkomende maandpremies, en hiermee wordt niets afbetaald van de vóór de aanmelding als wanbetaler ontstane achterstand bij de zorgverzekeraar.



Conclusie



9.9. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen wat betreft de hoogte van de betalingsachterstand, de overdracht van de vorderingen aan de incassogemachtigde in maart/april 2016 en de aanmelding als wanbetaler bij het Zorginstituut met ingang van 1 juli 2016. Voor het overige dient het verzoek te worden afgewezen.



9.10. Aangezien het verzoek gedeeltelijk wordt toegewezen dient de zorgverzekeraar aan verzoeker te vergoeden het door hem betaalde entreegeld van € 37,--.

10. Het bindend advies



10.1. De commissie wijst het verzoek gedeeltelijk toe op de wijze als onder 9.9 is omschreven.



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

Zeist, 22 maart 2017,



A.I.M. van Mierlo

