



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen Menzis Zorgverzekeraar N.V. te Wageningen
Zaak : Premie, betalingsachterstand, dossiers incassogemachtigde/deurwaarder, vonnissen,
afmelding Zorginstituut, schadevergoeding
Zaaknummer : 201601638
Zittingsdatum : 21 december 2016

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2014-2016, paragraaf 3.3 Zvw, art. 6:43 BW)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

Menzis Zorgverzekeraar N.V. te Wageningen, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Verzoeker was tot en met 31 december 2015 bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering ZorgVerzorgd, en vanaf 1 januari 2016 tot heden op grond van de verzekering Menzis Basis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1 onderdeel d Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). 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. Verzoeker is door de zorgverzekeraar per 1 juni 2010 aangemeld als wanbetaler bij het toenmalige College voor zorgverzekeringen (hierna: CVZ), thans het Zorginstituut Nederland (hierna: Zorginstituut).

3.2. De rechtbank Arnhem heeft op 9 januari 2012 vonnis gewezen in een zaak tussen verzoeker en de zorgverzekeraar, waarbij verzoeker is veroordeeld tot betaling van een bedrag van € 2.746,95, te vermeerderen met de wettelijke rente, aan de zorgverzekeraar, alsook de proceskosten.

3.3. De kantonrechter van de rechtbank Gelderland heeft op 16 september 2015 verzoeker veroordeeld tot betaling aan de zorgverzekeraar van een bedrag van € 183,-- ter zake van het eigen risico 2012, en de zorgverzekeraar veroordeeld tot betaling aan verzoeker van een bedrag van € 87,50.

3.4. Bij brief van 12 mei 2016 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat hij wordt afgemeld als wanbetaler bij het Zorginstituut en dat hij vanaf 1 juni 2016 weer de reguliere premie is verschuldigd aan de zorgverzekeraar.

3.5. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van de onder 3.1 genoemde beslissing gevraagd. Bij brieven van 27 juni 2016 en 6 juli 2016 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te handhaven.

3.6. Bij klachtenformulier van 11 juli 2016 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is hem met terugwerkende kracht tot 1 april 2014 af te melden als wanbetaler bij het Zorginstituut, alsook dat de zorgverzekeraar aan hem de kosten dient te vergoeden die zijn ontstaan ná 1 april 2014 (hierna: het verzoek).

-  3.7. Verzoeker heeft bij e-mailbericht van 11 juli 2016 en brief van 20 juli 2016 de commissie aanvullende informatie gezonden.
-  3.8. 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.
-  3.9. De zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 29 september 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 6 oktober 2016 aan verzoeker gezonden.
-  3.10. Verzoeker heeft bij brief van 18 oktober 2016 en bij e-mailberichten van 20 en 21 oktober 2016 gereageerd op het onder 3.9 bedoelde standpunt van de zorgverzekeraar. Afschriften van deze reacties zijn aan de wederpartij gezonden.
-  3.11. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 18 oktober 2016 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De zorgverzekeraar heeft op 22 november 2016 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
-  3.12. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 21 december 2016 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord.
-  3.13. Verzoeker heeft de commissie bij e-mailberichten van 19 en 21 december 2016 aanvullende informatie gezonden. Afschriften hiervan zijn aan de zorgverzekeraar gestuurd.
-  3.14. De zorgverzekeraar heeft bij brief van 12 januari 2017 gereageerd op de onder 3.13 genoemde informatie van verzoeker. Een afschrift hiervan is ter kennisname aan de wederpartij gezonden.
-  4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
-  4.1. Het op 9 januari 2012 gewezen vonnis ziet op een premieachterstand en het eigen risico. Verzoeker is tot betaling van een bedrag aan de zorgverzekeraar veroordeeld, en dit bedrag is volledig voldaan. Overigens is verzoeker ten onrechte voor het eigen risico 2012 gedagvaard, omdat dit reeds was betaald, zoals blijkt uit de brief van de zorgverzekeraar van 24 juni 2016. Desondanks is op 16 september 2015 vonnis gewezen. Verzoeker heeft in verband met dit vonnis op 17 maart 2016 € 371,83 betaald (na eigen verrekening). Verzoeker heeft op 10 maart 2014 een schrijven van de incassogemachtigde/deurwaarder van de zorgverzekeraar ontvangen dat het bedrag dat verband hield met het vonnis volledig was voldaan. Hierop heeft verzoeker verzocht om afmelding als wanbetaler bij het Zorginstituut met ingang van 1 april 2014. De zorgverzekeraar heeft hierop nooit gereageerd. Verzoeker ontving op 30 maart 2016 een sommatie van de incassogemachtigde/deurwaarder ten bedrage van € 315,46 (dossier 11918930). Dit bedrag ziet op het eigen risico 2014. Verzoeker heeft echter op 25 juli 2014 een bedrag van € 257,36 ter zake van het eigen risico 2014 aan de incassogemachtigde overgemaakt, en bewust niet aan de zorgverzekeraar. De incassogemachtigde voert immers het debiteurenbeleid van de zorgverzekeraar uit. De betaling is echter geboekt op een - kennelijk - oudere openstaande post bij de incassogemachtigde. Verzoeker komt hier tegen op, aangezien door hem bij de betaling het correcte kenmerk van de zorgverzekeraar was vermeld. De betaling van 25 juli 2014 is de laatste betaling van verzoeker aan de incassogemachtigde/deurwaarder geweest. Een medewerker van de zorgverzekeraar heeft telefonisch aan verzoeker toegezegd dat de vordering van € 103,14 (dossier 11767771 bij de incassogemachtigde) wordt afgeboekt. Dit is echter niet gebeurd.

De mededeling van de zorgverzekeraar op 12 mei 2016 dat de betalingsachterstand is gereduceerd tot onder de € 100,-- is vreemd, aangezien verzoeker geen bedrag heeft betaald aan de zorgverzekeraar of de incassogemachtigde/deurwaarder.

4.2. Het is onbegrijpelijk dat de zorgverzekeraar stelt dat de brief van 12 mei 2016 niet van hem afkomstig is, maar van het Zorginstituut. Het is overduidelijk dat de zorgverzekeraar deze brief aan verzoeker heeft gezonden.
Tevens is de bewering van de zorgverzekeraar dat op 10 september 2014 per e-mail een beslissing aan verzoeker is gestuurd, niet te volgen. Ware dit wel het geval geweest, dan had verzoeker zich op basis daarvan reeds eerder tot de SKGZ gewend.

4.3. Naar aanleiding van de brief van de zorgverzekeraar van 6 juli 2016 heeft verzoeker telefonisch contact opgenomen. Bij die gelegenheid is hij op zeer onprofessionele wijze te woord gestaan door een medewerkster van de zorgverzekeraar, waarna de verbinding werd verbroken.

4.4. Verzoeker gaat niet akkoord met de afmelding als wanbetaler bij het Zorginstituut per 1 juni 2016. De afmelding dient te worden geëffectueerd per 1 april 2014. Verzoeker stelt de zorgverzekeraar aansprakelijk voor de kosten die zijn ontstaan na 1 april 2014 in verband met de voortdurende aanmelding als wanbetaler bij het Zorginstituut. Deze kosten betreffen de hoge bestuursrechtelijke premie en het boetebedrag dat maandelijks was verschuldigd.

4.5. In reactie op de brief van de zorgverzekeraar van 29 september 2016 heeft verzoeker het volgende gesteld.

Inzake dossier 10440651 - waarin vonnis is gewezen - is € 401,31 te veel betaald.

Op 2 april 2014 is € 101,91 aan de incassogemachtigde betaald ter zake van het eigen risico 2013. De incassogemachtigde heeft een nieuw dossier geopend met nummer 11767771, waarin zorgkosten uit 2014 zijn ondergebracht. Verzoeker heeft echter nimmer een nota of nota's ter zake ontvangen van de zorgverzekeraar. In het financiële overzicht van de zorgverzekeraar staat ook duidelijk dat maar één zorgkostennota uit 2014 aan verzoeker is gezonden. Dit betreft een nota ten bedrage van € 257,36. Verzoeker heeft deze nota op 25 juli 2014 betaald.

Het is niet correct dat de zorgverzekeraar in zijn financiële overzicht de eindafrekening ter zake van het vonnis heeft meegenomen. Dit had separaat moeten worden gedaan.

Zowel de zorgverzekeraar als de incassogemachtigde heeft nooit gereageerd op het verzoek tot afmelding bij het Zorginstituut. Verzoeker is hierdoor niet ruim twee jaar geleden al afgemeld als wanbetaler. Dit heeft voor hem geleid tot zeer hoge kosten.

Verzoeker meent ten onrechte te zijn gedagvaard voor het eigen risico 2012.

Voorts vraagt verzoeker aandacht voor een telefoongesprek dat is gevoerd met een medewerker van de zorgverzekeraar op 3 september 2014. In dit gesprek is toegezegd dat het eigen risico 2013 ten bedrage van € 103,14 zou vervallen. Verzoeker beschikt over een geluidsopname van dit gesprek. Het is rechtsgeldig deze opname als bewijs in de onderhavige procedure te gebruiken.

4.6. Ter zitting heeft verzoeker zijn standpunt samengevat herhaald. Voorts is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat er geen openstaande vorderingen waren, zodat de betaling van het eigen risico 2014 op niets anders kon worden geboekt. Verzoeker meent per saldo € 27,70 teveel te hebben betaald, welk bedrag hij derhalve nog tegoed heeft van de zorgverzekeraar.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

5.1. Verzoeker is op 8 mei 2010 terecht aangemeld als wanbetaler bij het CVZ.

5.2. Op 7 april 2016 heeft de incassogemachtigde/deurwaarder het dossier uit 2012 gesloten. Volgens verzoeker heeft de incassogemachtigde/deurwaarder op 10 maart 2014 een bevestiging gestuurd dat de volledige achterstand is voldaan. De zorgverzekeraar heeft dit nagevraagd en de

 incassogemachtigde/deurwaarder heeft verklaard dat een dergelijke brief niet naar verzoeker is gezonden.

-  5.3. Volgens verzoeker is niet gereageerd op zijn verzoek om afmelding bij het Zorginstituut. De reden hiervan is dat de zorgverzekeraar verzoeker op 10 september 2014 een e-mailbericht heeft gestuurd naar aanleiding van het telefonisch contact op 22 augustus 2014. Indien verzoeker het niet eens was met de beslissing van de zorgverzekeraar van 10 september 2014, had hij zich tot de SKGZ kunnen wenden, hetgeen hij toen niet heeft gedaan. Verdere correspondentie over hetzelfde onderwerp die de zorgverzekeraar niet via de SKGZ heeft ontvangen, is voor kennisgeving aangenomen en niet behandeld.
-  5.4. Verzoeker is in mei 2016 afgemeld als wanbetaler bij het Zorginstituut. De zorgverzekeraar hanteert het beleid om verzekerden die nog een schuld hebben van minder dan € 100,-- handmatig af te melden bij het Zorginstituut. Dit wordt gedaan om verzekerden tegemoet te komen. Vanaf 1 juni 2016 betaalt verzoeker wederom premie aan de zorgverzekeraar.
-  5.5. De zorgverzekeraar heeft vorderingen overgedragen aan de incassogemachtigde. Aldaar zijn diverse dossiers aangemaakt. In de loop der tijd zijn bepaalde dossiers samengevoegd. Een overzicht van alle dossiers die bij de incassogemachtigde in behandeling zijn (geweest), is overgelegd. Naar de stand van 2 september 2016 is enkel dossier 11918930 nog lopend, echter dit wordt zo spoedig mogelijk afgewikkeld in verband met de procedure bij de commissie. De zorgverzekeraar is niet aansprakelijk voor de hoog opgelopen kosten. De openstaande vorderingen zijn door hem terecht overgedragen aan de incassogemachtigde/deurwaarder.
-  5.6. Als de klacht van verzoeker goed wordt begrepen, stelt verzoeker dat hij reeds per 1 april 2014 had moeten worden afgemeld als wanbetaler bij het Zorginstituut, omdat hij op 10 maart 2014 een brief heeft ontvangen van de incassogemachtigde van de zorgverzekeraar. Uit deze brief blijkt dat verzoeker de vordering in dossier 10440651 heeft voldaan. Dit dossier was de aanleiding voor de aanmelding bij het CVZ, en nu deze vordering is voldaan, vindt verzoeker dat de afmelding per 1 april 2014 had moeten geschieden. De zorgverzekeraar deelt deze mening niet. Uit de artikelen 18a-18c Zvw blijkt wanneer een verzekerde wordt aangemeld bij het Zorginstituut (voorheen: CVZ). De voorwaarden voor de afmelding bij het Zorginstituut volgen uit artikel 18d lid 2 Zvw. In artikel 5.2 onder c van de Memorie van Toelichting (Kamerstukken II 2008/09, 31736, nr. 3, p. 15) is het volgende opgenomen: *"Eenmaal in het bestuursrechtelijke premierégiem terechtgekomen, kan de netto-premieschuld jegens de zorgverzekeraar niet meer stijgen. De totale schuld kan wel stijgen, omdat de schuld de wettelijke rente verschuldigd blijft, en voorts kan de zorgverzekeraar kosten blijven maken om de premie en rente alsnog te incasseren. Daarnaast kan de verzekeringsnemer schulden hebben wegens niet aan de zorgverzekeraar voldane eigen betalingen. Ook over die schulden kan wettelijke rente lopen, en ook ter zake van die schulden kan de zorgverzekeraar incassokosten hebben gemaakt. Anders dan voor de aanvang van het bestuursrechtelijk regiem waarvoor slechts de netto-premieschuld van belang is, is er voor gekozen om het bestuursrechtelijk premierégiem pas te beëindigen na aflossing van alle uit de zorgverzekering voortvloeiende schulden van de verzekerde bij de verzekeraar."* Afmelden bij het Zorginstituut is in deze situatie dus pas mogelijk indien alle uit de zorgverzekering voortvloeiende schulden van de verzekerde bij de verzekeraar zijn voldaan. Uit de brief van 10 maart 2014 blijkt dat, naast dossier 10440651, andere dossiers nog niet (volledig) waren voldaan. Verzoeker lijkt ook niet te ontkennen dat op 10 maart 2014 sprake was van meer betalingsachterstanden. Uit het vonnis van 16 september 2015 blijkt dat op die datum nog steeds sprake was van een betalingsachterstand. Dit bevestigt nogmaals dat verzoeker niet vanaf 1 april 2014 had kunnen worden afgemeld als wanbetaler bij het Zorginstituut.
-  5.7. Naar de stand van 29 september 2016 is sprake van een betalingsachterstand van € 86,25.
-  5.8. Ter zitting is door de zorgverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat de incassogemachtigde mocht afboeken op oude vorderingen. Zou de betreffende betaling zijn geboekt op het eigen risico, dan

waren de oude posten open blijven staan. Het bedrag van € 103,14 is afgeboekt en behoeft daarom geen verdere bespreking.

5.9. 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 A17 van de zorgverzekering (2014-2016) is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

6.2. De commissie is niet bevoegd ten aanzien van de onderdelen van het verzoek die reeds onder de rechter zijn geweest.

7. Het geschil

7.1. In geschil is of de zorgverzekeraar is gehouden verzoeker met terugwerkende kracht tot 1 april 2014 af te melden als wanbetaler bij het Zorginstituut, alsook of de zorgverzekeraar aan verzoeker een schadevergoeding dient te verlenen.

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 A12 van de zorgverzekering (2014-2016) is de verzekeringnemer de premie bij vooruitbetaling verschuldigd.

8.3. In artikel A13 van de zorgverzekering (2014-2016) is bepaald dat bij niet(-tijdige) betaling van de premie, de zorgverzekeraar incassokosten en wettelijke rente 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. 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 18d Zvw regelt de verschuldigdheid van de bestuursrechtelijke premie aan het Zorginstituut. Dit artikel luidt als volgt:

"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."

- 8.7. De toerekening van betalingen is geregeld in de artikelen 6:43 en 6:44 BW. Artikel 6:43 BW luidt als volgt:

"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

Vonnissen

- 9.1. De rechtbank Arnhem heeft verzoeker op 9 januari 2012 veroordeeld tot betaling van een bedrag van € 2.746,95, te vermeerderen met de wettelijke rente, aan de zorgverzekeraar. Dit bedrag ziet op de premie voor september tot en met december 2007, die was vervat in dossier 10440651 bij de incassogemachtigde. Tevens is verzoeker veroordeeld in de proceskosten. De kantonrechter van de rechtbank Gelderland heeft op 16 september 2015 verzoeker veroordeeld tot betaling aan de zorgverzekeraar van een bedrag van € 183,-- ter zake van het eigen risico 2012, en de zorgverzekeraar veroordeeld tot betaling aan verzoeker van een bedrag van € 87,50. De commissie neemt de inhoud van deze vonnissen als vaststaand aan, aangezien niet is gebleken dat deze uitspraken niet in kracht van gewijsde zijn gegaan.

Betalingsachterstand

- 9.2. De zorgverzekeraar heeft bij zijn brief van 29 september 2016 een financieel overzicht gevoegd. Hieruit blijkt dat op dat moment (nog) sprake was van een betalingsachterstand van € 86,25.
- 9.3. De zorgverzekeraar heeft vorderingen overgedragen aan de incassogemachtigde. Aldaar zijn diverse dossiers aangemaakt, waarvan ten tijde van dit geschil alleen dossier 11918930 nog lopend was. Verzoeker heeft ten aanzien van dit dossier, dat ziet op het eigen risico 2014, gesteld dat de betreffende vordering reeds was voldaan, maar dat hij desondanks een sommatie ontving. Volgens verzoeker is de betreffende betaling door de incassogemachtigde op onverklaarbare wijze geboekt op een niet bestaande achterstand. Met betrekking hiertoe merkt de commissie op dat de oorspronkelijke hoofdsom in dossier 11918930 € 256,86 bedroeg. Verzoeker heeft, in reactie op een betalingsherinnering van de zorgverzekeraar, € 257,36 betaald, echter niet aan de zorgverzekeraar, maar aan de incassogemachtigde. Deze heeft het bedrag afgeboekt op een andere, toen nog openstaande vordering. Het eigen risico 2014 is zodoende 'open' blijven staan in de administratie van de zorgverzekeraar, en uiteindelijk is ook deze vordering overgedragen aan de incassogemachtigde. Deze heeft voor de betreffende vordering dossier 11918930 aangemaakt. Dit is naar het oordeel van de commissie, mede gelet op het bepaalde in artikel 6:43 BW, terecht. Dat verzoeker bij de betaling aan de incassogemachtigde het betalingskenmerk van de zorgverzekeraar (dat gold voor het eigen risico 2014) heeft vermeld, maakt dit niet anders. Indien verzoeker de betreffende vordering wilde voldoen, had hij aan de zorgverzekeraar moeten betalen. Het betalingskenmerk van de zorgverzekeraar had voor de incassogemachtigde geen enkele relevantie. Voorts heeft verzoeker ten aanzien van dossier 11767771 gesteld dat een medewerker van de zorgverzekeraar telefonisch aan hem heeft toegezegd dat de vordering van € 103,14 wordt afgeboekt. Deze afboeking heeft echter niet plaatsgevonden. Uit de door de zorgverzekeraar overgelegde specificatie van de dossiers bij de incassogemachtigde maakt de commissie op dat dossier 11767771 sindsdien is gesloten. Hierbij staat immers vermeld: "*Sluit reden: alle geïncasseerd minnelijk*". Wel is bij dit dossier een totaal openstaand bedrag van € 37,28 vermeld. Aangezien het dossier is gesloten, gaat de commissie ervan uit dat dit bedrag - zoals ook door verzoeker is gesteld - dan had behoren te worden afgeboekt. Dit laatste heeft evenwel geen verdere consequenties.

Afmelding Zorginstituut

- 9.4. Artikel 18d lid 2 sub a Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar een verzekerde dient af te melden bij het Zorginstituut indien *alle* uit de zorgverzekering voortvloeiende schulden zijn afgelost of tenietgegaan. Verzoeker is kennelijk in de veronderstelling dat wanneer de premieachterstand - op basis waarvan destijds aanmelding als wanbetaler heeft plaatsgevonden - is ingelopen, afmelding als wanbetaler bij

het Zorginstituut dient plaats te vinden. Dit is onjuist. Zoals hiervoor is opgemerkt, is bij wet bepaald dat afmelding slechts plaatsvindt indien de *gehele* betalingsachterstand is afgelost, derhalve inclusief eventuele zorgkosten, incassokosten en rentebedragen.

Onder 9.2 is vastgesteld dat verzoeker nog immer een betalingsachterstand heeft bij de zorgverzekeraar. Weliswaar heeft de incassogemachtigde van de zorgverzekeraar op 10 maart 2014 verklaard dat dossier 10440651 is voldaan, echter op dat moment bestonden nog andere achterstanden.

Voorts is gesteld noch gebleken dat van één van de overige gronden voor afmelding als genoemd in artikel 18d lid 2 Zvw bij verzoeker sprake is.

Derhalve was de zorgverzekeraar niet gehouden verzoeker, gelet op artikel 18d lid 2 Zvw, met terugwerkende kracht tot 1 april 2014 af te melden als wanbetaler bij het Zorginstituut. Met ingang van 1 juni 2016 heeft, op basis van eigen beleid en niettegenstaande de aanwezigheid van een (kleine) betalingsachterstand, afmelding plaatsgevonden en is verzoeker teruggekeerd naar het reguliere premieregime van de zorgverzekeraar.

Schadevergoeding

- 9.5. Verzoeker maakt aanspraak op vergoeding van de kosten die zijn ontstaan ná 1 april 2014, aangezien de zorgverzekeraar heeft geweigerd hem met ingang van die datum af te melden als wanbetaler bij het Zorginstituut. Deze kosten zien op de - hogere - bestuursrechtelijke premie en de 'boete' die met de aanmelding gepaard gaat.
- Hiervoor is vastgesteld dat de zorgverzekeraar terecht heeft geweigerd verzoeker met ingang van 1 april 2014 af te melden als wanbetaler bij het Zorginstituut. De na deze datum voortdurende aanmelding van verzoeker was terecht, zodat vergoeding van de hiermee gemoeide kosten niet aan de orde is.

Conclusie

- 9.6. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 18 januari 2017,

P.J.J. Vonk