



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A, vertegenwoordigd door B, beiden te C, tegen Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht
Zaak : Premie, aanmelding CAK, restitutie betaling, telefoonkosten, schadevergoeding
Zaaknummer : 201700372
Zittingsdatum : 13 september 2017

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2016, paragraaf 3.3 Zvw, 6:43 BW)

1. Partijen

A, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door B, beiden te C,

tegen

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

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Verzoeker is tot op heden bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis Zeker (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 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. De zorgverzekeraar heeft verzoeker met ingang van 1 december 2016 aangemeld als wanbetaler bij het Zorginstituut, inmiddels het CAK, vanwege een achterstand in de premiebetaling voor de zorgverzekering van hemzelf van zes of meer maanden.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 14 februari 2017 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanmelding per 1 december 2016 niet klopte, dat hij met ingang van 1 maart 2017 tijdelijk wordt afgemeld als wanbetaler bij het CAK en als compensatie minder premie voor genoemde maand hoeft te betalen.
- 3.3. Verzoeker heeft de zorgverzekeraar verzocht een door hem betaald bedrag van € 58,25 te restitueren, alsmede de door hem gemaakte kosten - bestaande uit de bestuursrechtelijke boete die hij aan het CJIB heeft betaald, telefoonkosten en vier gemiste werkuren - te vergoeden. De zorgverzekeraar heeft hierop aan verzoeker een bedrag van € 100,- vergoed voor de drie maanden dat hij ten onrechte als wanbetaler was aangemeld bij het Zorginstituut/CAK.
- 3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de zorgverzekeraar.
- 3.5. Bij brief van 3 mei 2017 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is (i) een bedrag van € 58,25 vermeerderd met wettelijke rente, (ii) de kosten van onder werktijd gemaakte belminuten, en (iii) vier bruto werkuren van € 34,65 per uur, aan hem te vergoeden (hierna: het verzoek).
- 3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 37,- voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

- 3.7. De zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 5 juli 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 10 juli 2017 aan verzoeker gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 19 juli 2017 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De zorgverzekeraar heeft op 12 september 2017 telefonisch medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.9. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 13 september 2017 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker is op 26 november 2016, om voor hem op dat moment onbekende redenen en zonder voorafgaande melding, ten onrechte door de zorgverzekeraar aangemeld als wanbetaler bij het Zorginstituut, inmiddels het CAK. Hij heeft hierop telefonisch navraag gedaan bij de zorgverzekeraar. Bij die gelegenheid is aan hem medegedeeld dat de aanmelding een gevolg was van een onbetaalde vordering van € 58,28 van de incassogemachtigde van de zorgverzekeraar. Bij de incassogemachtigde was echter geen openstaande vordering bekend. Op advies van een medewerker van de debiteurenservice heeft verzoeker voornoemd bedrag op 2 februari 2017 rechtstreeks aan de zorgverzekeraar betaald. Verzoeker heeft vervolgens opnieuw telefonisch contact gezocht met de zorgverzekeraar. Nadat hij ruim anderhalf uur 'in de wacht' had gestaan, is hem tijdens dit onderhoud medegedeeld dat hij op 24 februari 2017 zou worden afgemeld als wanbetaler bij het CAK.
- 4.2. Verzoeker stelt schade te hebben geleden als gevolg van de onterechte aanmelding als wanbetaler bij het Zorginstituut en het door hem ongedaan maken van die aanmelding. Omdat verzoeker onder werktijd contact heeft moeten opnemen met de zorgverzekeraar, verplicht zijn werkgever hem nu de daarmee gemoeide uren in te halen. Voorts heeft hij telefoonkosten gemaakt en bestuurlijke boetes moeten betalen. Verzoeker is van mening dat de zorgverzekeraar deze schadeposten dient te vergoeden. Ook meent hij dat het bedrag van € 58,25 door hem onverschuldigd is betaald, zodat dit dient te worden gerestitueerd.
- 4.3. Verzoeker merkt op dat deze onnodige situatie is ontstaan doordat de zorgverzekeraar niet de op hem rustende verantwoordelijkheid op zich heeft genomen. Verder stelt verzoeker dat de zorgverzekeraar in zijn brief aan de Ombudsman Zorgverzekeringen van 27 maart 2017 onjuistheden vermeldt, in zijn berekening met betrekking tot de aan hem uitgekeerde vergoeding van € 100,- ten onrechte voorbij gaat aan de bestuurlijke boete die verzoeker gedurende zijn onterechte aanmelding als wanbetaler aan het CAK heeft voldaan, én dat hij tijdens de telefonische contacten en de daarmee gepaard gaande wachttijden niet heeft kunnen werken. Vanwege de slechte telefonische bereikbaarheid van de zorgverzekeraar en de financiële situatie van verzoeker heeft hij namelijk onder werktijd moeten bellen. Ook vindt verzoeker het onbegrijpelijk dat eerst als kan worden aangetoond dat tweemaal langer dan één uur is gebeld, dit door de zorgverzekeraar als een overschrijding van de 'beltijd-norm' wordt gezien.
- 4.4. Ter zitting heeft verzoeker zijn standpunten herhaald en ter aanvulling aangevoerd zich met name niet te kunnen vinden in de houding van de zorgverzekeraar. Nadat hij had vernomen dat de opschorting van de aanmelding als wanbetaler bij het CAK was beëindigd, heeft verzoeker - mede vanwege de slechte telefonische bereikbaarheid - vele malen telefonisch contact met de zorgverzekeraar moeten opnemen om hierover duidelijkheid te verkrijgen. Door de zorgverzekeraar werd hij verwezen naar de incassogemachtigde, en die verwees hem weer terug naar de zorgverzekeraar. Uiteindelijk bleek nog een bedrag van € 58,25 open te staan, welk bedrag verzoeker direct heeft overgemaakt. De zorgverzekeraar stelt dit bedrag te hebben geboekt op een drietal posten. Verzoeker is in de veronderstelling dat hij dit bedrag dubbel heeft betaald, zowel aan de zorgverzekeraar als aan de incassogemachtigde.

Als gevolg van de gehele situatie heeft verzoeker onder werktijd moeten bellen met de zorgverzekeraar en de incassogemachtigde. Hiervoor wil hij een compensatie. De reeds aangeboden compensatie van € 100,-- , waarvan een bedrag van € 90,-- is verrekend met de door verzoeker onterecht betaalde bestuursrechtelijke premie, is onvoldoende. Daarnaast gevraagd heeft verzoeker verklaard dat hij heeft gebeld met telefoontoestellen op naam van het bedrijf van zijn werkgever. Omdat hij een aantal keren langdurig in de wacht stond, heeft hij gelijktijdig met een ander toestel gebeld in de hoop eerder te worden geholpen. Er zijn geen directe kosten gemaakt, omdat sprake is van 'lump sum' contracten met de telecombedrijven. Verder merkt verzoeker desgevraagd op dat zijn werkgever een scheepsvaartbedrijf heeft. In het seizoen, dat loopt van maart tot en met oktober, werkt hij gemiddeld zeven dagen per week van 10.00 tot 22.00 uur. Vandaar dat hij onder werktijd heeft moeten bellen. Verzoeker heeft hiervoor geen verlof moeten opnemen, maar vindt dat de zorgverzekeraar - ter compensatie van alle moeite - vier bruto werkuren dient te vergoeden. Hij merkt nog op een brief van het CAK, gedateerd 1 augustus 2017, te hebben ontvangen waarin staat dat hij per die datum opnieuw als wanbetaler is aangemeld.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

5.1. De zorgverzekeraar heeft op 19 december 2011 een vordering van € 744,26 op verzoeker, ter zake van onbetaald gelaten maandpremies van juli 2011 tot en met januari 2012, overgedragen aan zijn incassogemachtigde. Omdat verzoeker ook niet aan de incassogemachtigde betaalde, heeft deze op zijn beurt de vordering overgedragen aan een deurwaarder. Uiteindelijk is op 18 april 2012 vonnis gewezen en is verzoeker veroordeeld voornoemd bedrag (exclusief kosten) te voldoen.

5.2. De incassogemachtigde heeft de zorgverzekeraar op 11 augustus 2016 geïnformeerd over een tussen verzoeker en de deurwaarder getroffen betalingsregeling en verzocht de aanmelding van verzoeker als wanbetaler bij het CAK, voorheen het Zorginstituut, op te schorten. De zorgverzekeraar heeft deze melding eerst op 6 september 2016 verwerkt en verzoeker is met ingang van 1 oktober 2016 afgemeld. Op 4 en 11 oktober 2016 is getracht telefonisch contact op te nemen met verzoeker. Omdat dit niet lukte, is op 25 oktober 2016 aan verzoeker een brief gestuurd waarin hem is medegedeeld dat de opschorting van de aanmelding bij het CAK per 1 september 2016 had moeten ingaan. Afmelding met terugwerkende kracht was - gelet op afspraken tussen de zorgverzekeraar en het CAK - niet mogelijk, en daarom heeft de zorgverzekeraar een bedrag van € 30,-- aan verzoeker vergoed. Dit bedrag is verrekend met de maandpremie van november 2016. Omdat de zorgverzekeraar in de veronderstelling verkeerde dat de betalingsregeling was beëindigd, is de opschorting van de aanmelding op 26 november 2016 onterecht beëindigd. Als gevolg van die beëindiging was verzoeker vanaf december 2016 wederom de premie en bestuursrechtelijke boete aan het CAK verschuldigd.

5.3. Verzoeker heeft op 9 februari 2017 bij de zorgverzekeraar een klacht ingediend en medegedeeld het niet eens te zijn met de beëindiging van de opschorting van de aanmelding bij het CAK omdat een bedrag van € 58,25 open zou staan bij de incassogemachtigde. Verzoeker eiste bij die gelegenheid vergoeding van de door hem betaalde bestuursrechtelijke boete, van de gemaakte telefoonkosten en van de kosten van de werkgever omdat hij onder werktijd had gebeld. De zorgverzekeraar heeft hierop de aanmelding bij het CAK weer laten opschorten met ingang van 1 maart 2017, en ter compensatie van de door verzoeker betaalde bestuursrechtelijke boete over de maanden december 2016 tot en met februari 2017 een bedrag van € 100,-- vergoed. Dit bedrag is verrekend met de maandpremie van maart 2017 en is hoger dan het bedrag dat verzoeker uiteindelijk aan bestuursrechtelijke boete over genoemde maanden heeft betaald.

5.4. Verder merkt de zorgverzekeraar op dat de lange wachttijden die verzoeker heeft ervaren niet gebruikelijk zijn. Bij een wachttijd van een half uur of langer wordt de verzekerde gevraagd op een later tijdstip terug te bellen. De zorgverzekeraar heeft zich bereid verklaard de telefoonkosten te vergoeden indien blijkt dat de beltijd van verzoeker in beide gevallen meer dan één uur heeft bedragen. Verzoeker heeft een specificatie van een telefoonrekening overgelegd. Deze vermeldt

drie gesprekken: een gesprek op 20 januari 2017 en twee gesprekken op 9 februari 2017. Het gesprek op 20 januari 2017 is niet met de zorgverzekeraar gevoerd. Ten aanzien van de gesprekken op 9 februari 2017 valt op dat het eerste gesprek is gestart om 14.12 uur en ruim 59 minuten heeft geduurd. Het tweede gesprek is gestart om 14:59 uur - dus tijdens het eerste gesprek - en heeft ruim 25 minuten geduurd. De zorgverzekeraar heeft twijfels bij de juistheid van de specificatie. Bovendien blijkt hieruit niet dat verzoeker kosten heeft moeten maken voor de gesprekken. De zorgverzekeraar ziet dan ook geen aanleiding de telefoonkosten, voor zover deze al zijn gemaakt, te vergoeden.

- 5.5. Verzoeker heeft voorts een betaalbewijs overgelegd waaruit zou blijken dat hij op 2 februari 2017 het bedrag van € 58,25 aan de zorgverzekeraar heeft overgemaakt. Deze betaling is op de volgende drie posten geboekt: € 11,90 op de maandpremie van januari 2012, € 44,16 op de zorgkostennota met vervaldatum 2 april 2016 en € 2,19 op de zorgkostennota met vervaldatum 19 maart 2013. Als omschrijving vermeldt verzoeker bij de betaling 'premie 2011 en 2012', zodat deze niet op voornoemde posten had mogen worden geboekt. De onjuiste boeking heeft echter geen financiële gevolgen gehad voor verzoeker. Immers, was de betaling juist geboekt dan waren de zorgkostennota's onbetaald gebleven en was er per saldo een verschil geweest. Bovendien heeft de onjuiste boeking geen gevolgen gehad voor de opschorting van de aanmelding bij het CAK. Afmelding als wanbetaler zou pas hebben plaatsgevonden op het moment dat de volledige achterstand was voldaan, dus ook de betreffende zorgkostennota's.
- 5.6. De zorgverzekeraar erkent dat fouten zijn gemaakt ten aanzien van de opschorting van de aanmelding van verzoeker als wanbetaler bij het CAK. De onterecht door verzoeker betaalde bestuursrechtelijke boete is echter vergoed en de verleende vergoeding oversteeg zelfs het bedrag dat verzoeker aan boetes heeft betaald. De zorgverzekeraar ziet geen aanleiding de gemiste werkuren te vergoeden. In het maatschappelijk verkeer is het gebruikelijk dat tijd wordt besteed om tot oplossing van een geschil te komen. Verzoeker koos zelf ervoor om tijdens zijn werkuren contact met de zorgverzekeraar op te nemen, hetgeen de zorgverzekeraar niet kan worden aangerekend.
- 5.7. Ter zitting is door de zorgverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat de door verzoeker als 'lomp' ervaren houding door hem niet wordt teruggezien in de wijze waarop de betreffende medewerkers de klacht hebben afgehandeld. Verzoeker is financieel gecompenseerd voor de onterechte beëindiging van de opschorting van de aanmelding bij het CAK, omdat de aanmelding niet met terugwerkende kracht kon worden opgeschort. De beëindiging was het gevolg van foutieve informatie afkomstig van de incassogemachtigde. Omdat dit pas in februari 2017 bekend werd, heeft de zorgverzekeraar de onterechte beëindiging niet eerder kunnen herstellen. De door verzoeker aangevoerde wachttijden tijdens de telefonische contacten zijn bij de zorgverzekeraar niet bekend. Ook ontbreekt een specificatie van de kosten die door hem zijn gemaakt en blijkt uit de overgelegde nota's dat twee gesprekken gelijktijdig hebben plaatsgevonden. De zorgverzekeraar hanteert ruime tijden waarop hij telefonisch bereikbaar is. Dat verzoeker onder werktijd heeft gebeld is zijn eigen keuze. Het is juist dat verzoeker voor informatie over het openstaande bedrag is verwezen naar de incassogemachtigde. Dit komt omdat de betreffende vordering was overgedragen aan de incassogemachtigde. Verzoeker had het bedrag van € 58,25 dan ook niet aan de zorgverzekeraar over moeten maken. Er is echter geen sprake van een dubbele betaling. Het bedrag is namelijk op andere posten geboekt dan de aan de incassogemachtigde overgedragen vordering. Desgevraagd merkt de zorgverzekeraar op dat een deel van de vorderingen op verzoeker zijn overgedragen aan twee incassobureaus, en dat tevens een schuld bij de zorgverzekeraar open staat. In het financiële overzicht staan de dossiernummers van de overgedragen vorderingen vermeld. De zorgverzekeraar merkt verder op dat thans geen betalingsachterstand meer bestaat en dat verzoeker met ingang van 1 augustus 2017 is afgemeld als wanbetaler bij het CAK. Van een nieuwe aanmelding bij het CAK is hem niets bekend.
- 5.8. 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 18.4 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

7.1. In geschil is of de zorgverzekeraar is gehouden (i) het bedrag van € 58,25 vermeerderd met de wettelijke rente, (ii) de gemaakte telefoonkosten, en (iii) vier bruto werkuren van € 34,65 per uur aan verzoeker te vergoeden.

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 8.2 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering is de verzekeringnemer de premie bij vooruitbetaling verschuldigd.

8.3. In artikel 9 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering is bepaald dat bij niet-tijdige betaling van de premie, administratiekosten, invorderingskosten en de wettelijke rente in rekening kunnen worden gebracht bij de verzekeringnemer.

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 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 CAK 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/CAK. Dit artikel luidde ten tijde van het geschil, voor zover hier van belang:

“Artikel 18d

1. De verzekeringnemer is aan het Zorginstituut een bestuursrechtelijke premie verschuldigd vanaf de eerste dag van de maand volgende op de maand waarin dat college de melding, bedoeld in artikel 18c, heeft ontvangen tot de eerste dag van de maand volgende op de maand waarin de datum, bedoeld in het derde lid, ligt.

2. De bestuursrechtelijke premie bedraagt per maand 130% van de tot een maandbedrag herleide standaardpremie, bedoeld in de Wet op de zorgtoeslag.

3. De zorgverzekeraar stelt het Zorginstituut, de verzekeringnemer en, indien deze een ander is dan de verzekeringnemer, de verzekerde, met het oog op de toepassing van het eerste lid onverwijld op de hoogte van de datum waarop:

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, of
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 of een schuldregeling tot stand is gekomen waarin, naast de verzekeringnemer, ten minste zijn zorgverzekeraar deelneemt.

4. In afwijking van het eerste tot en met derde 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 mede door de schuldhulpverlener ondertekende melding van zijn zorgverzekeraar, aan deelname aan de in het derde lid, onderdeel c, bedoelde regeling heeft onttrokken voordat hij de in die regeling neergelegde afspraken jegens zijn zorgverzekeraar volledig is nagekomen.”

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.

4 In afwijking van het tweede lid schort het Zorginstituut de toezending van een eindafrekening op als de melding, bedoeld in het eerste lid, is gedaan in verband met het sluiten van een overeenkomst tot stabilisatie of een betalingsregeling als bedoeld in artikel 18d, tweede lid, onderdeel c, van de Zorgverzekeringswet of als de melding is gedaan als gevolg van de toepassing van artikel 18d, tweede lid, onderdeel d, van de Zorgverzekeringswet.

5 Het Zorginstituut maakt de opschorting, bedoeld in het vorige lid, ongedaan zodra de overeenkomst tot stabilisatie is beëindigd, er geen sprake meer is van een betalingsregeling als bedoeld in artikel 18d, tweede lid, onderdeel c, van de Zorgverzekeringswet of als artikel 18d, tweede lid, onderdeel d, van de Zorgverzekeringswet niet langer van toepassing is."

8.8. De toerekening van betalingen is geregeld in artikel 6:43 BW. Dit artikel 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

- 9.1. Tussen partijen is niet in geschil dat verzoeker aanvankelijk terecht is aangemeld als wanbetaler bij het Zorginstituut en dat deze aanmelding - vanwege het tot stand komen van een betalingsregeling met de door de incassogemachtigde ingeschakelde deurwaarder - met ingang van 1 september 2016 diende te worden opgeschort. Opschorting vond evenwel eerst plaats met ingang van 1 oktober 2016. Tussen partijen staat vast dat verzoeker hiervoor is gecompenseerd. Voorts is tussen hen niet in geschil dat de hervatting per 1 december 2016 van de aanmelding van verzoeker als wanbetaler bij het CAK, voorheen het Zorginstituut, ten onrechte is geschied en dat deze aanmelding eerst per 1 maart 2017 is opgeschort. Verzoeker diende hierdoor voor de maanden december 2016 en januari en februari 2017 de premie en de bestuursrechtelijke boete aan het Zorginstituut/CAK te voldoen. De zorgverzekeraar heeft ter compensatie een bedrag van € 100,-- - welk bedrag hoger is dan de door verzoeker verschuldigde bestuurlijke boete over voornoemde maanden - aan verzoeker aangeboden en dit verrekend met de maandpremie voor maart 2017. Dit laatste wordt door verzoeker niet betwist, zodat de commissie de aan- en afmelding bij het Zorginstituut/CAK verder onbesproken laat.

Restitutie

- 9.2. Ten aanzien van de vordering van verzoeker tot restitutie van het bedrag van € 58,25 overweegt de commissie als volgt.
Verzoeker heeft een betaalbewijs overgelegd waaruit blijkt dat hij voornoemd bedrag op 2 februari 2017 heeft overgemaakt aan de zorgverzekeraar. De betaling vermeldt als omschrijving 'premie 2011 en 2012'. De zorgverzekeraar heeft echter - in afwijking van het bepaalde in artikel 6:43 BW - de betaling niet geheel op de door verzoeker aangewezen posten verwerkt, hetgeen overigens ook door hem is erkend, maar het bedrag deels verrekend met een tweetal openstaande zorgkostennota's. Aangezien geen sprake was van onverschuldigde betaling - er bestond nog een achterstand - is restitutie niet aan de orde. Voorts zal correctie - dat wil zeggen volledige toerekening aan de premieschuld van 2011 en 2012 - per saldo niet leiden tot een verandering van de hoogte van de destijds bestaande betalingsachterstand, en heeft een zodanige correctie ook overigens geen gevolgen. Daarom kan deze achterwege blijven en laat de commissie dit punt verder rusten.

Vergoeding telefoonkosten

- 9.3. Verzoeker voert aan dat hij tijdens de telefonische contacten met de zorgverzekeraar is geconfronteerd met lange wachttijden en daardoor hoge telefoonkosten heeft gemaakt. Verzoeker heeft specificaties van telefoonrekeningen van twee verschillende telecombedrijven overgelegd. Hieruit blijkt dat verzoeker op 9 februari 2017 tweemaal - met verschillende toestellen van zijn werkgever - heeft gebeld met de zorgverzekeraar. De specificaties geven een duur aan van 59 minuten en 39 seconden respectievelijk 25 minuten en 19 seconden. De zorgverzekeraar twijfelt aan de juistheid van de telefoonrekeningen en stelt voorts dat niet vast staat dat verzoeker voor beide gesprekken kosten heeft gemaakt. De commissie volgt de zorgverzekeraar niet in zijn twijfel aan de juistheid van de telefoonrekeningen en concludeert hieruit dat de door verzoeker aangehaalde gesprekken hebben plaatsgevonden. De commissie is het met verzoeker eens dat hij lang heeft moeten wachten voordat hij te woord werd gestaan door een medewerker van de zorgverzekeraar. Echter, de keuze voor een bepaald medium - in dit geval de telefoon - voor de communicatie en het tijdstip waarop van dit medium gebruik is gemaakt, ligt volledig in handen

van verzoeker. Hij had ervoor kunnen kiezen per e-mail te communiceren of op een ander tijdstip te bellen. Het enkele feit dat sprake is geweest van een lange wachttijd, doet niet zonder meer recht op een schadevergoeding ontstaan. In dit geval is evenwel door de zorgverzekeraar een vergoeding van kosten toegezegd zodat de vraag is op welk bedrag verzoeker aanspraak heeft. Beide telefoonrekeningen vermelden een bedrag van € 0,00. Verzoeker heeft verklaard dat wat betreft beide telefoontoestellen waarmee is gebeld, sprake is van door zijn werkgever afgesloten 'lump sum contracten' met de betreffende telecombedrijven, zodat geen directe kosten zijn gemaakt. De commissie ziet gelet op het voorgaande dan ook geen aanleiding voor toewijzing van dit deel van het verzoek.

Vergoeding werkuren

- 9.4. Tot slot stelt verzoeker dat hij vanwege de telefonische bereikbaarheid van de zorgverzekeraar genoodzaakt was onder werktijd enige uren aan de kwestie te besteden. In dat kader verzoekt hij om vergoeding van vier bruto werkuren van € 34,65 per uur. Afgezien van hetgeen onder 9.3 is overwogen ten aanzien van de keuze voor een bepaald medium voor de communicatie, heeft de zorgverzekeraar ter zitting verklaard dat hij op ruime tijden telefonisch bereikbaar is. Naar de commissie begrijpt op werkdagen van 08.00 tot 21.00 uur en op zaterdag van 10.00 tot 14.00 uur telefonisch bereikbaar is. Verzoeker heeft gesteld dat hij gedurende het seizoen, dat loopt van maart tot en met oktober, dagelijks van 10:00 uur tot 22:00 uur werkt. De telefoongesprekken met de ziektekostenverzekeraar hebben in februari, en dus buiten het seizoen plaatsgevonden. De commissie volgt verzoeker daarom niet in zijn stelling dat hij niet in de gelegenheid was om buiten werktijd telefonisch contact met de zorgverzekeraar op te nemen. Overigens is gebleken dat verzoeker voor het voeren van de telefoongesprekken met de zorgverzekeraar geen verlof heeft hoeven opnemen, zodat dit deel van het verzoek niet kan worden toegewezen.

Conclusie

- 9.5. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
- 9.6. Met het oog op de toerekening van de betaling van € 58,25 acht de commissie termen aanwezig te bepalen dat de zorgverzekeraar het betaalde entreegeld van € 37,-- aan verzoeker dient te vergoeden.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 27 september 2017,

H.A.J. Kroon