



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door de heer C te B, tegen VGZ Zorgverzekeraar NV te Arnhem
Zaak : Premie, premieachterstand: aanmelding Zorginstituut, achterstand andere zorgverzekeraar, hoogte betalingsachterstand
Zaaknummer : 201701730
Zittingsdatum : 7 februari 2018

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. P.J.J. Vonk, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden zorgverzekering 2016-2017, paragraaf 3.3 Zvw, voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2016-2017, art. 3:80 BW)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door de heer C te B,

tegen


VGZ Zorgverzekeraar NV te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.


2. De verzekeringssituatie


- 2.1. Verzoeker is tot op heden bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering VGZ Ruime Keuze (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren tot en met 31 juli 2017 ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen VGZ Den Haag Pakket en Herverzekeren Verplicht Eigen Risico Den Haag afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Alle hiervoor genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten 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 ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker met ingang van 1 oktober 2016 aangemeld als wanbetaler bij het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) vanwege een achterstand in de premiebetaling voor de zorgverzekering van zes of meer maanden.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar verschillende keren om heroverweging van voormeld standpunt gevraagd. Van de ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker hierop geen reactie mogen ontvangen.
- 3.3. Bij brief van 21 september 2017 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is (i) de aanmelding van verzoeker als wanbetaler bij het Zorginstituut, thans het CAK, met ingang van 1 oktober 2016 ongedaan te maken, en (ii) de betalingsachterstand correct te berekenen (hierna: het verzoek).
- 3.4. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 5 december 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 8 december 2017 aan verzoeker gezonden.


 3.6. Verzoeker is de mogelijkheid geboden te reageren op het onder 3.5 bedoelde standpunt van de ziektekostenverzekeraar. Verzoeker heeft hiervan geen gebruik gemaakt.


 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben op respectievelijk 4 en 18 januari 2018 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.

 3.8. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 7 februari 2018 telefonisch gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker


 4.1. Verzoeker was van 1 januari 2009 tot en met 31 december 2015 verzekerd tegen ziektekosten bij een zorgverzekeraar die verzoeker heeft aangemeld als wanbetaler bij het toenmalige College voor zorgverzekeringen (hierna: CVZ). Begin 2016 heeft het Zorginstituut - de rechtsopvolger van het CVZ - verzoeker medegedeeld dat deze aanmelding ten onrechte had plaatsgevonden. Vanaf 1 januari 2016 is verzoeker verzekerd bij de ziektekostenverzekeraar.


 4.2. Om onduidelijke redenen heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker met ingang van 1 oktober 2016 aangemeld als wanbetaler bij het Zorginstituut. Verzoeker meent dat deze aanmelding ten onrechte heeft plaatsgevonden, omdat alle door hem verschuldigde bedragen aan de ziektekostenverzekeraar zijn betaald. Vanaf oktober 2016 probeert verzoeker van de ziektekostenverzekeraar duidelijkheid te krijgen over de reden van aanmelding. Tot op heden heeft hij deze echter niet gekregen.


 4.3. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat hij tot 1 januari 2016 collectief verzekerd was via de gemeente. Aangezien dit collectieve contract bij de zorgverzekeraar met ingang van 1 januari 2016 eindigde en overging naar de ziektekostenverzekeraar, was verzoeker verplicht zich daar te verzekeren. Anders dan de correspondentie met de ziektekostenverzekeraar doet vermoeden is dus geen sprake geweest van een vrijwillige overstap naar de ziektekostenverzekeraar. Verzoeker had door de beëindiging bij de zorgverzekeraar geen andere keuze.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

 5.1. Verzoeker was vanaf 2009 verzekerd tegen ziektekosten bij een zorgverzekeraar die deel uitmaakt van hetzelfde concern als dat waartoe de ziektekostenverzekeraar behoort. Bij deze zorgverzekeraar is een grote betalingsachterstand ontstaan met als gevolg dat verzoeker met ingang van 1 augustus 2012 is aangemeld als wanbetaler bij het toenmalige CVZ.

 5.2. Met ingang van 1 januari 2016 is de zorgverzekering van verzoeker bij deze zorgverzekeraar beëindigd en vanaf deze datum is verzoeker tegen ziektekosten verzekerd bij de ziektekostenverzekeraar. De wijziging had tevens tot gevolg dat verzoeker met ingang van 1 januari 2016 werd afgemeld als wanbetaler bij het Zorginstituut. Aangezien deze afmelding niet had moeten plaatsvinden, is verzoeker door de ziektekostenverzekeraar met ingang van 1 oktober 2016 (opnieuw) aangemeld als wanbetaler bij het Zorginstituut. Ten tijde van deze aanmelding was sprake van een aanzienlijke betalingsachterstand. Deze achterstand heeft volledig betrekking op vorderingen van de zorgverzekeraar waarbij verzoeker tot en met 31 december 2015 was verzekerd tegen ziektekosten.

 5.3. De betalingsachterstand bij de zorgverzekeraar waarbij verzoeker tot en met 31 december 2015 was verzekerd tegen ziektekosten bedraagt over de periode van 1 januari 2009 tot en met 31 december 2015 - naar de stand van 4 december 2017 - € 2.485,09, exclusief rente en

incassokosten. Een groot deel van deze vordering is overgedragen aan de incassogemachtigde van de zorgverzekeraar.

Daarnaast heeft de ziektekostenverzekeraar een financieel overzicht overgelegd over de periode van 1 januari 2016 tot en met 31 december 2017. Met betrekking tot dit tijdvak is naar de stand van 4 december 2017 geen sprake van een betalingsachterstand.

5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat de risicodragers met ingang van 1 januari 2016 is gewijzigd. Over deze wijziging is verzoeker geïnformeerd. Omdat de ziektekostenverzekeraar, als nieuwe risicodragers, de vorderingen van de zorgverzekeraar heeft verkregen onder algemene titel is hij ook gerechtigd de bestaande vorderingen te incasseren.

5.5. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het onderhavige verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op de artikelen 10 van de zorgverzekering en 7 van de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

7.1. De commissie stelt vast dat partijen niet met elkaar van mening verschillen over het bestaan tussen hen van de onder 2.1 omschreven verzekeringsrelatie, het verschuldigd zijn van de premie voor de afgesloten verzekeringen en de hoogte van de periodiek verschuldigde premie voor deze verzekeringen.

Daarnaast hebben partijen de ontvangst en de inhoud van het tweedemaandsaanbod en de vierdemaandswaarschuwing als bedoeld in de artikelen 18a en 18b Zvw in de procedure niet betwist.

In geschil zijn (i) de aanmelding van verzoeker als wanbetaler bij het Zorginstituut met ingang van 1 oktober 2016 en (ii) de hoogte van de betalingsachterstand.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

8.1. Voor de beoordeling van het geschil tussen partijen zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.

8.2. Ingevolge artikel 3 van de zorgverzekering is de verzekeringnemer de premie bij vooruitbetaling verschuldigd.

8.3. 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:

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

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

8.4. De (wijze van) premiebetaling voor de aanvullende verzekering is geregeld in artikel 3 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering. Hierbij is onder meer geregeld dat de premie voor de aanvullende ziektekostenverzekering bij vooruitbetaling is verschuldigd.

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. Voor zover hier van belang, bepaalt artikel 18c Zvw het volgende:

"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 CAK, de verzekeringnemer en, indien deze een ander is dan de verzekeringnemer, aan de verzekerde.
(...)"*

8.7. Artikel 7 van de Beleidsregels CAK inning bestuursrechtelijke premie Zorgverzekeringswet 2017 luidt, voor zover hier van belang:

"1 Het CAK 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 CAK 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 CAK dat het niet mogelijk is tegen dit besluit bezwaar aan te tekenen.

2 Het CAK 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 CAK verschuldigde bestuursrechtelijke premie en reeds ontvangen bestuursrechtelijke premie;

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

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

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

8.8. Artikel 3:80 BW regelt de verkrijging van goederen en bepaalt, voor zover hier van belang, het volgende;

"1. Men kan goederen onder algemene en onder bijzondere titel verkrijgen.

2. Men verkrijgt goederen onder algemene titel door erfopvolging, door boedelmenging, door fusie als bedoeld in artikel 309 van Boek 2, door splitsing als bedoeld in artikel 334a van Boek 2, door de goedkeuring van een overdrachtsplan als bedoeld in de artikelen 3:159l, 3:159p en 3:159s van de

Wet op het financieel toezicht, en door toepassing van een afwikkelingsinstrument als bedoeld in de artikel 3A:1, onderdelen a, b en c, van die wet. (...)"

9. Beoordeling van het geschil

Aanmelding Zorginstituut

- 9.1. Vast staat dat verzoeker vanaf 2009 was verzekerd tegen ziektekosten bij een zorgverzekeraar die deel uitmaakt van hetzelfde concern als dat waartoe de ziektekostenverzekeraar behoort. Tussen partijen is niet in geschil dat de zorgverzekering bij deze zorgverzekeraar met ingang van 1 januari 2016 is beëindigd en dat verzoeker sindsdien is verzekerd tegen ziektekosten bij de ziektekostenverzekeraar. Gelet op het feit dat verzoeker met ingang van 1 januari 2016 niet meer bij de zorgverzekeraar was verzekerd, diende deze verzoeker met ingang van 1 januari 2016 af te melden als wanbetaler bij het toenmalige Zorginstituut, hetgeen blijktens de brief van de ziektekostenverzekeraar van 5 december 2017 ook is gebeurd. Hetgeen partijen thans verdeeld houdt, is de vraag of het de ziektekostenverzekeraar vrij stond verzoeker met ingang van 1 oktober 2016 (opnieuw) aan te melden als wanbetaler bij het Zorginstituut. Beoordeeld dient te worden of op deze datum voor de zorgverzekering van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar een premieachterstand bestond van zes of meer maanden, in welk geval de aanmelding bij het Zorginstituut terecht heeft plaatsgevonden. Dienaangaande overweegt de commissie het volgende.
- 9.2. Door de ziektekostenverzekeraar is in de procedure een actueel financieel overzicht overgelegd waaruit blijkt dat over de periode van 1 januari 2016 tot en met 31 december 2017 - naar de stand van 4 december 2017 - geen sprake is van een openstaande vordering. Gelet op dit financieel overzicht is de commissie van oordeel dat de ziektekostenverzekeraar niet aannemelijk heeft gemaakt dat *bij hem* een premieachterstand voor de zorgverzekering van meer dan zes maanden bestond. Door de ziektekostenverzekeraar is in dit verband weliswaar gesteld dat hij door rechtsopvolging onder algemene titel de vorderingen van de zorgverzekeraar heeft verkregen, doch de ziektekostenverzekeraar heeft niet aannemelijk gemaakt dat sprake is geweest van een situatie als bedoeld in artikel 3:80 BW. Er kan uitsluitend worden geconstateerd dat de collectieve verzekering tegen ziektekosten is overgegaan naar een andere risicodrager. Hiermee staat echter niet vast dat deze overgang bijvoorbeeld het gevolg is van een fusie. Het stond de ziektekostenverzekeraar dan ook niet vrij verzoeker op basis van de bij de zorgverzekeraar opgebouwde premieachterstand met ingang van 1 oktober 2016 bij het Zorginstituut aan te melden. Naar aanleiding van de stelling van de ziektekostenverzekeraar dat eerdergenoemde afmelding abusievelijk had plaatsgevonden, merkt de commissie op dat noch een aanmelding door de ziektekostenverzekeraar vanwege de elders opgebouwde premieachterstand noch een hernieuwde aanmelding door de zorgverzekeraar mogelijk was. Verzoeker was immers na 1 januari 2016 niet meer bij die zorgverzekeraar verzekerd.
- 9.3. Nu de betreffende aanmelding van verzoeker bij het Zorginstituut ten onrechte heeft plaatsgevonden, is de ziektekostenverzekeraar gehouden hem met terugwerkende kracht tot 1 oktober 2016 af te melden en de met deze aanmelding voor verzoeker gepaard gaande financiële gevolgen ongedaan te maken. Dit betekent dat de ziektekostenverzekeraar 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 vanaf 1 oktober 2016 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 ziektekostenverzekeraar 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, tweede lid, onder b, Zvw is geen premie verschuldigd gedurende de periode dat een bestuursrechtelijke premie verschuldigd is. De ziektekostenverzekeraar 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.

Hoogte betalingsachterstand

- 9.4. Rest de vraag wat de huidige stand van zaken is met betrekking tot de betalingsachterstand. Door de ziektekostenverzekeraar is een financieel overzicht naar de stand van 4 december 2017 overgelegd. Uit dit overzicht blijkt dat door verzoeker met betrekking tot de periode van 1 januari 2016 tot en met 31 december 2017 alle verschuldigde bedragen zijn betaald en dat per saldo geen sprake is van een betalingsachterstand. De hoogte van de betalingsachterstand bij de zorgverzekeraar vormt geen onderwerp van geschil in de onderhavige procedure - de zorgverzekeraar is hierbij immers geen partij - en blijft daarom verder onbesproken.
- 9.5. Het is de commissie niet gebleken dat in het financieel overzicht van 4 december 2017 sprake is van onjuiste boekingen of verrekeningen zodat de commissie van oordeel is dat het financieel overzicht van de ziektekostenverzekeraar als juist heeft te gelden. Dit betekent dat met betrekking tot de periode van 1 januari 2016 tot en met 31 december 2017 naar de stand van 4 december 2017 geen sprake is van een betalingsachterstand bij de ziektekostenverzekeraar. Daarbij dient te worden opgemerkt dat de onder 9.4 bedoelde, door verzoeker nog te betalen nominale premie over de periode dat hij aangemeld is geweest als wanbetaler bij het Zorginstituut/CAK, niet in het overzicht is verwerkt.

Conclusie

- 9.6. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen.
- 9.7. Aangezien het verzoek wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,-- aan verzoeker te vergoeden.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek toe.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden het entreegeld van € 37,--.

Zeist, 21 februari 2018,

H.A.J. Kroon