



ANONIEM BINDEND ADVIES



Partijen : A te B, tegen VGZ Zorgverzekeraar NV te Arnhem
Zaak : Premie, premieachterstand: aanmelding CAK, hoogte betalingsachterstand
Zaaknummer : 201700935
Zittingsdatum : 7 maart 2018



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

(Voorwaarden zorgverzekering 2006-2017, paragraaf 3.3 Zvw, voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2006-2008, art. 6:43 BW)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

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

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Tot en met 31 december 2013 was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de VGZ Zorgverzekering, en vanaf 1 januari 2014 tot heden 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 30 april 2008 ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar een of meer aanvullende ziektekostenverzekeringen 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 maart 2017 aangemeld als wanbetaler bij het CAK vanwege een achterstand in de premiebetaling voor de zorgverzekering van hemzelf van zes of meer maanden.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormeld standpunt gevraagd. Bij brief van 24 april 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.4. Bij brief van 28 augustus 2017 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is (i) de aanmelding als wanbetaler bij het CAK met ingang van 1 maart 2017 ongedaan te maken, en (ii) de betalingsachterstand correct te berekenen (hierna: het verzoek).
- 3.5. 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.
- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 8 december 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 2 januari 2018 aan verzoeker gezonden.

3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben op respectievelijk 16 en 21 februari 2018 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

4.1. Bij bindend advies van 31 augustus 2016 heeft de commissie geoordeeld dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is verzoeker met terugwerkende kracht tot 1 november 2015 af te melden bij het toenmalige Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut), thans het CAK. Vanwege deze afmelding met terugwerkende kracht diende verzoeker alsnog de nominale premie over de periode vanaf 1 november 2015 aan de ziektekostenverzekeraar te betalen. Ter delging van de hierdoor ontstane vordering heeft verzoeker in december 2016 een bedrag van € 400,-- ineens voldaan. Daarnaast betaalt verzoeker maandelijks € 150,-- ter aflossing van de resterende schuld. Ondanks deze aflossingen en het tijdig betalen van de opkomende maandpremies, heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker met ingang van 1 maart 2017 opnieuw aangemeld als wanbetaler, nu bij het CAK.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft naar aanleiding van een eerder door de commissie uitgebracht bindend advies (201600226) verzoeker met terugwerkende kracht tot 1 november 2015 afgemeld als wanbetaler bij het Zorginstituut. Daarnaast heeft de ziektekostenverzekeraar bij brief van 15 oktober 2016 de verschuldigde premies voor de periode van 1 november 2015 tot en met 30 november 2016 (totaal € 1.404,85) alsnog bij verzoeker in rekening gebracht.

5.2. Na 15 oktober 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar van verzoeker een bedrag van € 400,-- en verschillende betalingen van € 150,-- ontvangen. Enkel de betaling van € 400,-- was voorzien van een betalingskenmerk dat zag op de premies die in oktober 2016 bij verzoeker in rekening zijn gebracht. Alle betalingen van € 150,-- waren voorzien van een betalingskenmerk dat betrekking had op een eerder geëindigde betalingsregeling. Anders dan verzoeker stelt, is de ziektekostenverzekeraar van mening dat de betalingen van € 150,-- niet zijn gedaan in het kader van een met hem afgesproken betalingsregeling. Omdat verzoeker met de ziektekostenverzekeraar geen betalingsregeling was overeengekomen, en er sprake was van een premieachterstand van meer dan zes maanden, heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker met ingang van 1 maart 2017 aangemeld als wanbetaler bij het CAK.

5.3. Volgens de ziektekostenverzekeraar bedraagt de betalingsachterstand over de periode van 1 januari 2006 tot en met 31 december 2017 – naar de stand van 5 december 2017 – € 1.915,93, exclusief rente en incassokosten. Ten tijde van de aanmelding van verzoeker als wanbetaler bij het CAK (1 maart 2017) waren de premies voor de maanden november 2015 tot en met december 2016 nog niet (geheel) betaald.

5.4. 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 een verzekeringsrelatie en de hoogte van de periodiek verschuldigde premie voor deze verzekeringen.
In geschil zijn (i) de aanmelding van verzoeker als wanbetaler bij het CAK met ingang van 1 maart 2017, 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.*
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. De toerekening van betalingen is geregeld in de 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 bezwend, op de oudste. Zijn de verbintenissen bovendien even oud, dan geschiedt de toerekening naar evenredigheid."

9. Beoordeling van het geschil

9.1. De commissie heeft in een eerder gerezen geschil tussen verzoeker en de ziektekostenverzekeraar op 31 augustus 2016 een bindend advies uitgebracht. In dit bindend advies is bepaald dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden verzoeker met terugwerkende kracht tot 1 november 2015 af te melden bij het Zorginstituut, en dat de betalingsachterstand met betrekking tot de periode van 1 januari 2006 tot en met 30 juni 2016 naar de stand van 17 juni 2016 € 1.449,76, exclusief rente en incassokosten, bedraagt. Genoemd bedrag was op dat moment inclusief een vordering uit onverschuldigde betaling - oorspronkelijk ten bedrage van € 1.563,94 - en exclusief de door de ziektekostenverzekeraar nog bij verzoeker in rekening te brengen nominale premie in verband met de afmelding met terugwerkende kracht bij het Zorginstituut. De commissie neemt het eerdere bindend advies als uitgangspunt bij de beoordeling en zal hetgeen partijen in de onderhavige procedure ten aanzien van de door het eerdere bindend advies beslagen periode hebben gesteld voor kennisgeving aannemen.

Aanmelding CAK

- 9.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker met ingang van 1 maart 2017 aangemeld als wanbetaler bij het CAK. Beoordeeld dient te worden of op deze datum voor de zorgverzekering van verzoeker een premieachterstand bestond van zes of meer maanden in welk geval de aanmelding bij het CAK terecht heeft plaatsgevonden.
- 9.3. Uit de door partijen overgelegde correspondentie blijkt dat de ziektekostenverzekeraar verzoeker conform het bepaalde in het bindend advies met terugwerkende kracht tot 1 november 2015 heeft afgemeld als wanbetaler bij het toenmalige Zorginstituut. In verband met deze afmelding met terugwerkende kracht diende verzoeker over de periode dat hij de bestuursrechtelijke premie verschuldigd was aan het Zorginstituut (artt. 16 en 18d Zvw), alsnog de nominale premie aan de ziektekostenverzekeraar te voldoen. Gelet op artikel 7 van de Beleidsregels CAK inning bestuursrechtelijke premie Zorgverzekeringswet 2017 heeft verzoeker een eindafrekening van het Zorginstituut ontvangen waaruit onder andere blijkt welk bedrag over bedoeld tijdvak aan bestuursrechtelijke premie is ingehouden en welk bedrag eventueel aan verzoeker zou worden

gerestitueerd. Uit de brief van 15 mei 2017 van verzoeker blijkt dat hij een dergelijke eindafrekening heeft gekregen.

- 9.4. Door de ziektekostenverzekeraar is in de procedure een financieel overzicht overgelegd waaruit blijkt dat, na correctie in verband met het eerdere bindend advies, over de periode van 1 januari 2006 tot en met 31 december 2017 - naar de stand van 5 december 2017 - een bedrag openstond van € 1.915,93, exclusief opgekomen rente en incassokosten. Genoemd bedrag is inclusief de hiervoor onder 9.3 bedoelde nominale premie. Volgens opgave van de ziektekostenverzekeraar was op 1 maart 2017 sprake van een premieachterstand van € 1.294,90 welk bedrag betrekking had op de openstaande premies voor de maanden november 2015 tot en met december 2016.
- 9.5. Verzoeker stelt thans dat genoemde premiemaanden niet (geheel) kunnen openstaan, aangezien hij ter delging van de onder 9.3 bedoelde premievordering eenmalig een bedrag van € 400,-- heeft betaald en daarna vanaf november 2016 maandelijks € 150,-- in het kader van een met de ziektekostenverzekeraar afgesproken betalingsregeling. Vast staat dat de door verzoeker genoemde betalingen door de ziektekostenverzekeraar zijn ontvangen. Echter, ten aanzien van het door verzoeker betaalde bedrag van € 400,-- heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat hij dit bedrag niet conform het gebruikte betalingskenmerk in mindering heeft gebracht op de onder 9.3 bedoelde premie, maar op andere nog openstaande premies en zorgkosten. Hoewel de ziektekostenverzekeraar hiermee heeft gehandeld in strijd met artikel 6:43 BW is de commissie van oordeel dat een en ander niet ertoe leidt dat op 1 maart 2017 geen sprake was van een premieachterstand voor de zorgverzekering van minder dan zes maanden. Op basis van het door de ziektekostenverzekeraar overgelegde financieel overzicht van 5 december 2017 valt namelijk te constateren dat op 1 maart 2017, ongeacht de wijze van toerekening, sprake was van een premieachterstand van ten minste zes maandpremies voor de zorgverzekering, zoals vereist in artikel 18c Zvw.
- 9.6. Hetgeen overigens door verzoeker is aangevoerd ter verklaring van de ontstane premieachterstand, kan niet leiden tot een ander oordeel. Hetzelfde geldt voor de stelling van verzoeker dat hij vóór de aanmelding als wanbetaler bij het CAK voor de ontstane premieachterstand met de ziektekostenverzekeraar een betalingsregeling is overeengekomen. Aangezien de ziektekostenverzekeraar de stelling van verzoeker gemotiveerd heeft bestreden en verzoeker het tegendeel niet aannemelijk heeft gemaakt - het enkele feit dat op eigen initiatief regelmatig een bepaald bedrag wordt betaald maakt niet dat gesproken kan worden van een tussen partijen overeengekomen regeling - komt de commissie tot het oordeel dat op 1 maart 2017 geen sprake was van een lopende betalingsregeling. De toetsing door de commissie blijft in dit geval beperkt tot de vraag of de ziektekostenverzekeraar verzoeker al dan niet terecht met ingang van 1 maart 2017 heeft aangemeld als wanbetaler bij het CAK, en dit is, gelet op de toen aanwezige premieachterstand, het geval.


Hoogte betalingsachterstand

- 9.7. Rest de vraag wat de huidige stand van zaken met betrekking tot de betalingsachterstand is. Als gezegd, is door de ziektekostenverzekeraar een financieel overzicht naar de stand van 5 december 2017 overgelegd. Uit dit overzicht blijkt dat door verzoeker met betrekking tot de periode van 1 januari 2006 tot en met 31 december 2017 niet alle verschuldigde bedragen zijn betaald en dat per saldo nog een bedrag openstaat van € 1.915,93, exclusief rente en incassokosten. Daartoe door de commissie in de gelegenheid gesteld, heeft verzoeker niet aannemelijk gemaakt dat de verschuldigde bedragen over genoemd tijdvak wél steeds tijdig en volledig zijn betaald. Dat meer of andere betalingen zijn gedaan dan die welke uit het financieel overzicht van 5 december 2017 blijken, is in de procedure niet gebleken. Alle door verzoeker overgelegde betalingsbewijzen zijn terug te vinden op het financieel overzicht van 5 december 2017. Gezien het voorgaande is de commissie van oordeel dat dit overzicht als juist heeft te gelden en dat de betalingsachterstand met betrekking tot de periode van 1 januari 2006 tot en met 31 december 2017 naar de stand van 5 december 2017 € 1.915,93, exclusief rente en incassokosten, bedraagt.




Conclusie


9.8. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.



10. Het bindend advies



10.1. De commissie wijst het verzoek af.



Zeist, 7 maart 2018,



A.I.M. van Mierlo