



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht
Zaak : Premie, opschorting en hervatting aanmelding CAK, compensatie
Zaaknummer : 201800380
Zittingsdatum : 10 oktober 2018

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden zorgverzekering 2018, paragraaf 3.3 Zvw)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

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

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Verzoekster 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 verzoekster met ingang van 1 maart 2011 aangemeld als wanbetaler bij het toenmalige College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ), thans uitgevoerd door het CAK, vanwege een achterstand in de premiebetaling voor de zorgverzekering van zes of meer maanden. Nadat een betalingsregeling was overeengekomen, is de aanmelding van verzoekster met ingang van 1 maart 2017 opgeschort. Bij brief van 10 januari 2018 heeft de incassogemachtigde van het CAK aan verzoekster medegedeeld dat de opschorting met ingang van 1 januari 2018 is geëindigd en dat de aanmelding is hervat.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij e-mailbericht van 24 januari 2018 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanmelding als wanbetaler ten onrechte is hervat. Omdat opschorting van de aanmelding met terugwerkende kracht niet mogelijk is, zal de zorgverzekeraar het verschil tussen de bestuursrechtelijke premie en de reguliere premie, ter grootte van € 17,22 (€ 136,67 - € 119,45) per maand in mindering brengen op de openstaande vordering.
- 3.3. De zorgverzekeraar heeft de aanmelding van verzoekster als wanbetaler met ingang van 1 maart 2018 weer hervat.
- 3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de zorgverzekeraar.
- 3.5. Bij brief van 8 mei 2018 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is (i) de hervattingen van de aanmelding bij CAK met ingang van respectievelijk 1 januari 2018 en 1 maart 2018 ongedaan te maken, en (ii) de proceskosten vanwege de onderhavige procedure alsmede het entreegeld van € 37,- te vergoeden (hierna: het verzoek).

- 3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 37,- voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.7. De zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 6 juli 2018 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 27 juli 2018 aan verzoekster gezonden.
- 3.8. Verzoekster heeft op 7 augustus 2018 gereageerd op het onder 3.7 bedoelde standpunt van de zorgverzekeraar. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de wederpartij gezonden.
- 3.9. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 3 augustus 2018 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De zorgverzekeraar heeft op 13 augustus 2018 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.10. Verzoekster is op 10 oktober 2018 in persoon gehoord. De zorgverzekeraar heeft telefonisch aan de hoorzitting deelgenomen.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
- 4.1. Nadat zij in maart 2011 door de zorgverzekeraar was aangemeld als wanbetaler bij het toenmalige CVZ, heeft verzoekster getracht de ontstane betalingsachterstand zo snel mogelijk te voldoen. Inmiddels heeft verzoekster één incassodossier volledig betaald en is ter zake van het andere incassodossier sinds februari 2017 een betalingsregeling afgesproken. Deze regeling komt zij goed na.
- 4.2. Op 10 januari 2018 ontving verzoekster een brief van het Centraal Justitieel IncassoBureau met daarin de mededeling dat de aanmelding als wanbetaler, nu bij het CAK, was hervat. Nadat verzoekster hierover had gereclameerd, heeft de zorgverzekeraar de aanmelding met ingang van 1 februari 2018 opnieuw opgeschort. Weliswaar heeft de zorgverzekeraar het verschil tussen de bestuursrechtelijke premie en de reguliere premie gecompenseerd, maar meer wil hij niet betalen. Verzoekster kan zich hiermee niet verenigen aangezien zij van mening is dat zij ook weer de vrije beschikking moet krijgen over de zorgtoeslag. Hierop is door het CAK beslag gelegd. Dat de zorgverzekeraar niet kan volstaan met een correctie blijkt ook uit een uitspraak van de Centrale Raad van Beroep van 3 januari 2018 (ECLI:CRVB:2018:73).
- 4.3. Verder merkt verzoekster op dat de zorgverzekeraar zijn fouten ten onrechte afschuift op zijn incassogemachtigde. Dit kan niet de bedoeling zijn aangezien de zorgverzekeraar verantwoordelijk blijft voor het handelen van zijn incassogemachtigde. Daar komt bij dat de zorgverzekeraar zijn fouten heeft erkend, zodat hij gehouden is de kosten die verzoekster maakt in het kader van de onderhavige procedure, waaronder het door haar aan de commissie betaalde entreegeld van € 37,-, te vergoeden.
- 4.4. Voorts merkt verzoekster op dat door de zorgverzekeraar is gesteld dat de premie voor de maand februari 2018 niet tijdig is voldaan. In reactie hierop voert verzoekster aan dat uit een overzicht dat zij van W&I Rotterdam heeft ontvangen blijkt dat deze instantie de verschuldigde premie tijdig heeft betaald.
- 4.5. Ter zitting heeft verzoekster haar standpunt herhaald en is door haar benadrukt dat geen sprake kan zijn van een betalingsachterstand. Alle door haar verschuldigde bedragen zijn door haar voldaan.
- 4.6. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

- 5.1. Verzoekster heeft de premies en andere verschuldigde bedragen niet (tijdig) voldaan waardoor een betalingsachterstand is ontstaan. Aangezien op 1 maart 2011 de premieachterstand voor de zorgverzekering meer dan zes maanden bedroeg, heeft de zorgverzekeraar verzoekster met ingang van die datum aangemeld als wanbetaler bij het toenmalige CVZ. Nadien is de aanmelding van verzoekster als wanbetaler verschillende keren opgeschort geweest en weer hervat. Zo heeft de zorgverzekeraar in 2014 bericht ontvangen dat verzoekster zich had aangemeld voor schuldhulpverlening waarna de aanmelding als wanbetaler is opgeschort. Omdat uiteindelijk geen stabilisatieovereenkomst werd ondertekend, is de aanmelding destijds weer hervat.
- 5.2. In december 2016 is verzoekster met de incassogemachtigde van de zorgverzekeraar een betalingsregeling overeengekomen waardoor de aanmelding als wanbetaler met ingang van 1 januari 2017 opnieuw is opgeschort. Omdat verzoekster de premie voor de maand januari 2017 echter niet tijdig voldeed, is de aanmelding met ingang van 1 februari 2017 hervat. Nadat met verzoekster op 25 februari 2017 opnieuw een betalingsregeling werd afgesproken, is de aanmelding met ingang van 1 maart 2017 opnieuw opgeschort.
- 5.3. Op 26 december 2017 is door een fout van de incassogemachtigde van de zorgverzekeraar de aanmelding van verzoekster als wanbetaler per abuis weer hervat. Op 27 januari 2018 is deze fout hersteld waarna de aanmelding met ingang van 1 februari 2018 opnieuw is opgeschort. Omdat verzoekster de premie voor de maand februari 2018 pas op 23 maart 2018 voldeed, is de aanmelding echter met ingang van maart 2018 weer hervat. Na het afspreken van een nieuwe betalingsregeling was het de bedoeling de aanmelding met ingang van 1 april 2018 wederom op te schorten. Per abuis is dit echter pas met ingang van 1 mei 2018 geëffectueerd. Ondanks het feit dat de premie voor de maand februari 2018 te laat is voldaan, is de zorgverzekeraar bereid verzoekster zowel voor de maand januari 2018 als de maand maart 2018 en april 2018 te compenseren. Dit betekent dat het verschil tussen de bestuursrechtelijke premie en de reguliere premie ten bedrage van totaal drie keer € 17,22 in mindering is gebracht op de openstaande vordering. Voor zover verzoekster stelt dat deze verrekening niet is toegestaan verwijst de zorgverzekeraar naar artikel 6:127 BW. Verder merkt de zorgverzekeraar nog op dat het voor hem niet mogelijk is de aanmelding van verzoekster met terugwerkende kracht op te schorten.
- 5.4. Ter zitting heeft de zorgverzekeraar zijn standpunt herhaald.
- 5.5. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat het onderhavige verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op artikel 18 van de 'Algemene voorwaarden basisverzekeringen' 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 gehouden is (i) de hervattingen van de aanmelding bij CAK met ingang van respectievelijk 1 januari 2018 en 1 maart 2018 ongedaan te maken, en (ii) de proceskosten vanwege de onderhavige procedure alsmede het entreegeld van € 37,- 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 van de 'Algemene voorwaarden basisverzekeringen' 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. 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 CVZ, thans het CAK geheten. 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.

8.5. Artikel 18d Zvw regelt de verschuldigdheid van de bestuursrechtelijke premie aan het CAK. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

"Artikel 18d

1 De verzekeringnemer is vanaf de eerste dag van de maand volgende op de maand waarin het CAK de melding, bedoeld in artikel 18c, heeft ontvangen aan het CAK 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 CAK, 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 CAK bestuursrechtelijke premie verschuldigd vanaf de eerste dag van de maand volgende op de maand:

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

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

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

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

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

9. Beoordeling van het geschil

Hervatting aanmelding CAK met ingang van 1 januari 2018

9.1. De commissie stelt vast dat de aanmelding van verzoekster als wanbetaler met ingang van 1 maart 2017 is opgeschort vanwege het afspreken van een betalingsregeling. Vervolgens is door de zorgverzekeraar verklaard dat hij de aanmelding per abuis met ingang van 1 januari 2018 heeft hervat. Na ontdekking hiervan heeft de zorgverzekeraar de aanmelding van verzoekster met ingang van 1 februari 2018 opgeschort. Door verzoekster is aangevoerd dat zij door deze handelwijze schade heeft geleden. Zij stelt zich op het standpunt dat de zorgverzekeraar een en ander dient te corrigeren zodat zij voor de maand januari 2018 geen bestuursrechtelijke premie aan het CAK is verschuldigd en zij tevens weer de beschikking krijgt over de zorgtoeslag, die door het CAK is ingehouden. Met betrekking hiertoe overweegt de commissie als volgt.

9.2. Door de zorgverzekeraar is erkend dat de hervatting van de aanmelding van verzoekster als wanbetaler bij het CAK ten onrechte is geschied. Om die reden is de zorgverzekeraar in beginsel gehouden verzoekster in de situatie te brengen als ware de aanmelding als wanbetaler bij het CAK niet hervat. Door de zorgverzekeraar is aangevoerd dat het niet mogelijk is de aanmelding van verzekerden met terugwerkende kracht op te schorten. Het is de commissie evenwel uit eigen wetenschap bekend dat het voor verzekeraars wél mogelijk is aanmeldingen met terugwerkende kracht op te schorten. Vanuit het CAK bestaat hiervoor althans geen beletsel. Indien de onmogelijkheid aan de kant van de zorgverzekeraar aanwezig is, is dit een gevolg van de wijze waarop hij zijn administratie heeft ingericht, en dit ligt in zijn risicosfeer. De zorgverzekeraar kan dan ook niet volstaan met de door hem aangeboden compensatie en verrekening met de betalingsachterstand. Voor een zodanige verrekening bestaat immers geen grond. Zou het anders zijn, dan zou het gevolg hiervan zijn dat de positie van de zorgverzekeraar als schuldeiser wordt versterkt door het herstel van een door hem gemaakte fout, ten nadele van verzoekster. Dit betekent dat de zorgverzekeraar gehouden is de aanmelding van verzoekster als wanbetaler bij het CAK voor de maand januari 2018 op te schorten zodat verzoekster aan het CAK geen bestuursrechtelijke premie over die maand is verschuldigd en zij weer de beschikking krijgt over de met die premie verrekenende zorgtoeslag. Daar staat tegenover dat verzoekster aan de zorgverzekeraar alsnog de nominale premie voor de zorgverzekering voor de maand januari 2018 dient te voldoen, alsmede dat zij gehouden is de reeds verrekenende compensatie ten bedrage van € 17,22 aan de zorgverzekeraar te vergoeden.

Hervatting aanmelding CAK met ingang van 1 maart 2018

9.3. Artikel 18d, vierde lid, onder b, Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar de aanmelding van een verzekerde als wanbetaler bij het CAK direct kan hervatten, indien de verzekerde zijn betalingsverplichtingen jegens de zorgverzekeraar niet nakomt. Door de zorgverzekeraar is in dit verband gesteld dat verzoekster de opkomende premie voor de maand februari 2018 niet tijdig voldeed. Pas op 23 maart 2018 heeft verzoekster de betreffende maandpremie betaald. Aangezien verzoekster het gedeelte niet aannemelijk heeft gemaakt, stond het de zorgverzekeraar op grond

van artikel 18d, vierde lid, onder b, Zvw vrij de aanmelding van verzoekster als wanbetaler bij het CAK met ingang van 1 maart 2018 te hervatten. Dat de zorgverzekeraar nadien heeft besloten verzoekster voor deze maand te compenseren maakt het voorgaande niet anders.

De commissie heeft er goede nota van genomen dat de zorgverzekeraar ter zitting heeft verklaard dat hij voornemens was de aanmelding van verzoekster als wanbetaler bij het CAK met ingang van 1 april 2018 opnieuw op te schorten. Per abuis is deze opschorting echter pas met ingang van 1 mei 2018 geëffectueerd. Hoewel de zorgverzekeraar hiertoe niet was gehouden heeft hij verzoekster ook voor de maand april 2018 gecompenseerd. Aangezien hiervoor is geoordeeld dat de opschorting met terugwerkende kracht tot 1 januari 2018 zijn beslag dient te krijgen, en het niet zinnig is verzoekster hierna met ingang van 1 maart 2018 wederom aan te melden om haar dan per 1 mei 2018 weer af te melden, bepaalt de commissie dat de opschorting over deze periode in stand kan blijven zodat verzoekster ook weer de beschikking krijgt over de zorgtoeslag voor zover deze is verrekend met de bestuursrechtelijke premie over de maanden maart en april 2018. Van haar kant is verzoekster gehouden de verleende compensaties aan de zorgverzekeraar te vergoeden en de reguliere premie te voldoen.

Vergoeding proceskosten

- 9.4. Verzoekster heeft tevens de kosten gevorderd die zij heeft gemaakt in het kader van de onderhavige procedure. Hiervoor geldt dat deze kosten, op grond van artikel 14, eerste lid, van het reglement van de Geschillencommissie Zorgverzekeringen voor rekening van verzoekster dienen te blijven. De reden hiervoor is met name erin gelegen dat met de onderhavige procedure is getracht een laagdrempelige voorziening te creëren. De commissie ziet in de situatie van verzoekster geen aanleiding tot afwijking van dit uitgangspunt. Eerder heeft de commissie geoordeeld (vgl. GcZ 28 januari 2009, 2008.01038) dat bijzondere omstandigheden aanleiding kunnen geven van deze algemene regel af te wijken. Zodanige bijzondere omstandigheden doen zich in het onderhavige geval echter niet voor.

Conclusie

- 9.5. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen in die zin dat de zorgverzekeraar alsnog gehouden is de aanmelding van verzoekster als wanbetaler bij het CAK met ingang van 1 januari 2018 op te schorten zodat verzoekster aan het CAK geen bestuursrechtelijke premie is verschuldigd. Daar staat tegenover dat verzoekster aan de zorgverzekeraar alsnog de nominale premie voor de zorgverzekering met ingang van de maand januari 2018 dient te voldoen, alsmede dat zij gehouden is de verleende compensaties aan de zorgverzekeraar te vergoeden. Het meer of anders door verzoekster gevorderde dient te worden afgewezen.
- 9.6. Aangezien het verzoek deels wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,-- aan verzoekster te vergoeden.

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek toe op de wijze als hierboven onder 9.5 is vermeld. Hetgeen meer of anders door verzoekster is gevorderd wordt afgewezen.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden het entreegeld van € 37,--.

Zeist, 31 oktober 2018,

H.A.J. Kroon