





ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen VGZ Zorgverzekeraar NV te Arnhem
Zaak : Premie, premieachterstand: aanmelding CVZ, opschorting, hervatting
Zaaknummer : 201702075
Zittingsdatum : 4 april 2018


 Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

 (Voorwaarden zorgverzekering 2006-2018, art. 8a en paragraaf 3.3 Zvw)


 1. Partijen


A te B, hierna te noemen: verzoeker,


 tegen


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


 2. De verzekeringssituatie


 2.1. Verzoeker was tot en met 31 december 2014 bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering VGZ Natura, en vanaf 1 januari 2015 op basis van de verzekering VGZ Ruime Keuze (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 maart 2010 aangemeld als wanbetaler bij het College voor zorgverzekeringen (hierna: CVZ) vanwege een achterstand in de premiebetaling voor de zorgverzekering van zes of meer maanden. Nadien heeft de zorgverzekeraar deze aanmelding verschillende keren opgeschort en weer hervat.

 3.2. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormeld standpunt gevraagd. Bij brieven van verschillende data heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te handhaven.

 3.3. Bij e-mailbericht van 30 november 2017 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is (i) de initiële aanmelding met ingang van 1 maart 2010 bij het CVZ alsmede (ii) de daaropvolgende hervattingen en opschortingen van de aanmelding bij het Zorginstituut Nederland/CAK ongedaan te maken, en (iii) in te stemmen met beëindiging van de zorgverzekering met ingang van 1 januari 2018 (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 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.

 3.5. De zorgverzekeraar heeft de commissie bij brieven van 2 februari 2018 en 31 januari 2018 (de laatste brief door de commissie ontvangen op 27 februari 2018) zijn standpunt kenbaar gemaakt. Afschriften hiervan zijn op respectievelijk 15 en 27 februari 2018 aan verzoeker gezonden.

 3.6. Verzoeker heeft op 16 en 28 februari 2018 gereageerd op het onder 3.5 bedoelde standpunt van de zorgverzekeraar. Afschriften van deze reacties zijn ter kennisname aan de wederpartij gezonden.

3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 28 februari 2018 telefonisch medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De zorgverzekeraar heeft op 2 maart 2018 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.

3.8. De commissie heeft besloten dat de zaak enkelvoudig wordt afgedaan.

3.9. Verzoeker is op 4 april 2018 in persoon gehoord. De zorgverzekeraar heeft telefonisch aan de hoorzitting deelgenomen.

3.10. Na afloop van de hoorzitting heeft de commissie de zorgverzekeraar in de gelegenheid gesteld om, gelet op hetgeen ter zitting naar voren is gebracht, (i) na te gaan of ten tijde van de hervatting van de aanmelding van verzoeker als wanbetaler bij het CAK met ingang van 1 juli 2017 en 1 november 2017 sprake was van een betalingsregeling voor de gehele achterstand, en (ii) duidelijkheid te verschaffen over de diverse vorderingen bij de incassogemachtigden van de zorgverzekeraar. Bij brief van 12 april 2018 heeft de zorgverzekeraar de vragen van de commissie beantwoord. Een afschrift van deze reactie is op 17 april 2018 aan verzoeker gezonden waarbij hij in de gelegenheid is gesteld hierop te reageren. Bij e-mailbericht van 18 april 2018 heeft verzoeker van de geboden mogelijkheid gebruik gemaakt. Een afschrift hiervan is op 19 april 2018 ter kennisname aan de wederpartij gezonden.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

4.1. Verzoeker stelt dat de zorgverzekeraar hem in 2010 ten onrechte heeft aangemeld als wanbetaler. Sindsdien ontvangt verzoeker van de zorgverzekeraar tegenstrijdige brieven omdat de ene keer wordt medegedeeld dat hij wordt afgemeld als wanbetaler en de andere keer wordt medegedeeld dat de aanmelding is hervat. Verzoeker kan dit niet volgen, omdat hij voor de openstaande vorderingen met de incassogemachtigde van de zorgverzekeraar een betalingsregeling heeft afgesproken die door hem goed wordt nagekomen.

4.2. Verder stelt verzoeker dat hij van de zorgverzekeraar een brief heeft ontvangen waarin hem wordt verzocht een bedrag van € 58,- te voldoen ter zake van het verplicht eigen risico 2017. Dit is onbegrijpelijk aangezien hij in 2017 geen kosten heeft gemaakt die ten laste van het verplicht eigen risico kunnen worden gebracht. Omdat alle door verzoeker verschuldigde bedragen zijn voldaan en het bedrag van € 58,- ten onrechte in rekening is gebracht, stond het verzoeker vrij om met ingang van 1 januari 2018 over te stappen naar een andere zorgverzekeraar. Tot op heden heeft de zorgverzekeraar zijn opzegging echter geweigerd.

4.3. Ter zitting heeft verzoeker zijn standpunt herhaald en ter aanvulling aangevoerd dat de door de zorgverzekeraar genoemde openstaande vordering steeds wijzigt. Het is voor verzoeker dan ook niet duidelijk wanneer de zorgverzekeraar hem gaat afmelden als wanbetaler bij het CAK. Daar komt bij dat verzoeker al geruime tijd maandelijks een bedrag van € 1,- overmaakt aan de incassogemachtigde ter delging van de ontstane betalingsachterstand.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

5.1. Verzoeker heeft de premies en andere verschuldigde bedragen niet (tijdig) voldaan waardoor een aanzienlijke betalingsachterstand is ontstaan. Omdat betaling van deze bedragen uitbleef, heeft de zorgverzekeraar verschillende vorderingen overgedragen aan zijn incassogemachtigde. Aangezien op 1 maart 2010 de premieachterstand voor de zorgverzekering meer dan zes maanden bedroeg, heeft de zorgverzekeraar verzoeker met ingang van die datum aangemeld als wanbetaler bij het toenmalige CVZ.

- 5.2. In januari 2017 is verzoeker met de incassogemachtigde van de zorgverzekeraar een betalingsregeling overeengekomen waarna de aanmelding van verzoeker als wanbetaler bij het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) met ingang van 1 februari 2017 is opgeschort. Omdat verzoeker de afgesproken betalingsregeling niet nakwam, heeft de zorgverzekeraar de aanmelding als wanbetaler met ingang van 1 juli 2017 hervat. Op 18 juli 2017 heeft verzoeker een nieuwe betalingsregeling afgesproken, waarna de aanmelding van verzoeker met ingang van 1 augustus 2017 wederom is opgeschort. Op 13 oktober 2017 is echter gebleken dat verzoeker de afgesproken regeling weer niet was nagekomen, waarna de zorgverzekeraar heeft besloten de aanmelding van verzoeker bij het CAK met ingang van 1 november 2017 te hervatten. Nadien heeft verzoeker met de incassogemachtigde van de zorgverzekeraar geen nieuwe betalingsregeling afgesproken.
- 5.3. De betalingsachterstand over de periode van 1 augustus 2006 tot en met 28 februari 2018 bedraagt naar de stand van 31 januari 2018 totaal € 3.747,85, exclusief rente en incassokosten. Op 31 december 2017 bedroeg de *premieachterstand* € 2.688,91, zodat het verzoeker niet vrij stond zijn zorgverzekering met ingang van 1 januari 2018 op te zeggen. Ten overvloede merkt de zorgverzekeraar op dat hij de stelling van verzoeker dat de zorgverzekeraar bij hem een bedrag van € 58,- ter zake van het verplicht eigen risico 2017 zou hebben gevorderd onbegrijpelijk acht, omdat met betrekking tot dit eigen risico in het geheel geen bedragen bij verzoeker in rekening zijn gebracht.
- 5.4. Ter zitting is door de zorgverzekeraar toegelicht dat de openstaande vordering op verzoeker is overgedragen aan twee verschillende incassogemachtigden. Dat verzoeker met één van deze incassogemachtigde een betalingsregeling zou hebben afgesproken van € 1,- is erg onwaarschijnlijk, omdat doorgaans met dergelijke lage termijnbedragen niet akkoord wordt gegaan.
- 5.5. Bij brief van 12 april 2018 heeft de zorgverzekeraar verklaard dat hij aanvankelijk een vordering ten bedrage van € 3.703,88 heeft overgedragen aan zijn incassogemachtigde. Deze incassogemachtigde heeft op 5 februari 2016 de op dat moment bij hem openstaande vordering overgedragen aan een andere incassogemachtigde. Naar de stand van 4 april 2018 dient verzoeker aan deze incassogemachtigde nog een bedrag van totaal € 6.358,58, inclusief rente en incassokosten, te voldoen. Tevens is sprake van een achterstand bij de zorgverzekeraar van € 172,92. Een ander, bij de incassogemachtigde lopend dossier, waarbij het ging om een vordering van € 43,97, werd op 19 juli 2017 gesloten. Verder merkt de zorgverzekeraar op dat verzoeker het bedrag van € 1,- per maand inderdaad niet overmaakt in het kader van een afgesproken betalingsregeling.
- 5.6. 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 10 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. 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 verzekering. In geschil zijn (i) de initiële aanmelding van verzoeker als wanbetaler bij het CVZ met ingang van 1 maart 2010, (ii) de opschortingen van de aanmelding met ingang van 1 februari 2017 en 1 augustus 2017, (iii) de hervattingen van de aanmelding met ingang van 1 juli 2017 en 1 november 2017, en (iv) de beëindiging van de zorgverzekering met ingang van 1 januari 2018.

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 6.3 van de zorgverzekering betreft de mogelijkheid van opzegging, en luidt, voor zover hier van belang:

"6.3.1. Jaarlijks opzeggen

U als verzekeringnemer kunt de zorgverzekering schriftelijk opzeggen per 1 januari van ieder jaar op voorwaarde dat wij uw opzegging uiterlijk 31 december van het voorafgaande jaar hebben ontvangen. U hebt dan tot 1 februari de tijd om een andere verzekeraar te zoeken, die u met terugwerkende kracht vanaf 1 januari verzekert.

(...)

6.3.4. Wanneer kunt u niet opzeggen?

Als wij u een aanmaning hebben gestuurd voor een betalingsachterstand in de premie, dan kunt u uw zorgverzekering niet opzeggen gedurende de tijd dat de verschuldigde premie, rente en incassokosten niet zijn voldaan. U kunt de zorgverzekering wel opzeggen als wij de dekking hebben geschorst of binnen 2 weken uw opzegging bevestigen.

(...)"

8.4. Op grond van artikel 8a Zvw (inwerkingtreding op 21 december 2007) is opzegging van de zorgverzekering in beginsel niet mogelijk indien sprake is van een betalingsachterstand voor de zorgverzekering.

8.5. 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."

8.6. 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.

8.7. Voor zover hier van belang, bepaalde artikel 18c Zvw ten tijde van het geschil 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 College zorgverzekeringen, 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."

8.8. 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.

(...)"

9. Beoordeling van het geschil

Aanmelding CVZ (met ingang van 1 maart 2010)

- 9.1. De zorgverzekeraar heeft verzoeker met ingang van 1 maart 2010 aangemeld als wanbetaler bij het toenmalige CVZ. 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 CVZ terecht heeft plaatsgevonden.
- 9.2. Door de zorgverzekeraar is in de procedure een financieel overzicht overgelegd waaruit blijkt dat over de periode van 1 augustus 2006 tot en met 28 februari 2018 - naar de stand van 31 januari 2018 - een bedrag openstond van € 3.747,85, exclusief opgekomen rente en incassokosten. Gelet op de ná 1 maart 2010 door verzoeker verschuldigde en betaalde bedragen, concludeert de commissie dat verzoeker ten tijde van de aanmelding als wanbetaler bij het CVZ op 1 maart 2010 in ieder geval zes maandpremies voor de zorgverzekering niet had voldaan. Dat door verzoeker meer of andere betalingen zijn gedaan dan die welke uit eerdergenoemd stuk blijken, is door hem in de procedure niet aannemelijk gemaakt. Van onjuiste verrekeningen of boekingen door de zorgverzekeraar is de commissie niet gebleken. Per saldo was op 1 maart 2010 derhalve sprake van een premieachterstand van ten minste zes maandpremies voor de zorgverzekering, zoals vereist in artikel 18c Zvw. De commissie is dan ook van oordeel dat het de zorgverzekeraar vrij stond verzoeker met ingang van 1 maart 2010 aan te melden als wanbetaler bij het toenmalige CVZ.

Opschorting en hervatting aanmelding Zorginstituut/CAK



- 9.3. Uit artikel 18d, tweede lid, onder d, Zvw volgt dat de zorgverzekeraar de aanmelding van een verzekerde als wanbetaler bij het Zorginstituut dient op te schorten indien deze een betalingsregeling afsprekt voor de gehele vordering. Op het moment dat de afgesproken betalingsregeling niet meer wordt nagekomen, kan de zorgverzekeraar, op grond van artikel 18d, vierde lid, onder c, Zvw de aanmelding als wanbetaler direct hervatten. Door de zorgverzekeraar is in dit verband gesteld dat zijn incassogemachtigde met verzoeker verschillende betalingsregelingen heeft afgesproken waarna de aanmelding van verzoeker als wanbetaler bij het Zorginstituut/CAK met ingang van 1 februari 2017 onderscheidenlijk 1 augustus 2017 is opgeschort. Omdat verzoeker de afgesproken regelingen niet nakwam, heeft de zorgverzekeraar de aanmelding van verzoeker als wanbetaler met ingang van respectievelijk 1 juli 2017 en 1 november 2017 hervat. De commissie stelt vast dat verzoeker hetgeen door de zorgverzekeraar ter zake is gesteld, niet gemotiveerd heeft bestreden. De enkele stelling van verzoeker dat hij maandelijks een bedrag van € 1,-- overmaakt is in dit verband onvoldoende, aangezien is komen vast te staan dat verzoeker genoemd bedrag niet voldoet in het kader van een tussen hem en de incassogemachtigde van de zorgverzekeraar afgesproken betalingsregeling. Derhalve stond het de zorgverzekeraar vrij de aanmelding van verzoeker als wanbetaler bij het Zorginstituut/CAK met ingang van 1 juli 2017 respectievelijk 1 november 2017 te hervatten.

Opzegging

- 9.4. Verzoeker heeft ten slotte nog gesteld dat hij de zorgverzekering bij de zorgverzekeraar met ingang van 1 januari 2018 wenste te beëindigen. Met betrekking hiertoe geldt dat, nog daargelaten dat niet is gebleken dat verzoeker de verzekering schriftelijk heeft opgezegd, hij de zorgverzekering op grond van artikel 6.3.4. pas kan beëindigen indien geen sprake meer is van een premieachterstand voor de zorgverzekering. Aangezien daarvan in de onderhavige situatie per ultimo 2017 geen sprake was, terwijl voorts niet is gebleken van opschorting van de dekking of (tijdige) instemming met de opzegging door de zorgverzekeraar, stond het laatstgenoemde vrij de opzegging van de zorgverzekering met ingang van 1 januari 2018 te weigeren.




Eigen risico 2017

- 
- 9.5. De stelling van verzoeker als zou hij ten onrechte een brief hebben ontvangen ter zake van het verplicht eigen risico 2017 ten bedrage van € 58,- is door de zorgverzekeraar gemotiveerd betwist, in die zin dat hij een dergelijke brief niet aan verzoeker heeft gezonden. Hiertegen heeft verzoeker verder niets meer aangevoerd, zodat de commissie aanneemt dat deze kwestie met het verweer van de zorgverzekeraar is afgedaan. Voor zover verzoeker zijn standpunt in deze handhaaft, geldt dat de commissie niet is gebleken dat de gestelde vordering van € 58,- de reden vormde de opzegging met ingang van 1 januari 2018 te weigeren.
- 




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, 9 mei 2018,



J.A.M. Strens-Meulemeester

