



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, tegen NV Univé Zorg te Arnhem
Zaak : Premie, premieachterstand, hervatting aanmelding CAK, betalingsregeling
Zaaknummer : 201801466
Zittingsdatum : 20 februari 2019

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot)

(Voorwaarden zorgverzekering 2018, paragraaf 3.3 Zvw)

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

NV Univé Zorg te Arnhem, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Verzoekster is tot op heden bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Univé Zorg Geregeld Polis (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. Verzoekster heeft de zorgverzekeraar verzocht de aanmelding als wanbetaler bij het CAK niet te hervatten.
- 3.2. Bij brief van 19 september 2018 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat zij de gemaakte afspraken niet is nagekomen en dat hij de aanmelding van verzoekster als wanbetaler om die reden kan hervatten.
- 3.3. Bij brief van 16 oktober 2018 heeft de Ombudsman Zorgverzekeringen verzoekster medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling.
- 3.4. Bij brief van 12 november 2018 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is (i) de aanmelding als wanbetaler bij het CAK niet te hervatten, en (ii) met haar een nieuwe betalingsregeling af te spreken (hierna: het verzoek).
- 3.5. 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.
- 3.6. De zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 24 december 2018 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 31 december 2018 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Verzoekster heeft op 7 januari 2019 gereageerd op het onder 3.6 bedoelde standpunt van de zorgverzekeraar. Een afschrift van deze reactie is op 9 januari 2019 aan de zorgverzekeraar gestuurd waarbij deze in de gelegenheid is gesteld te reageren. Bij brief van 24 januari 2019 heeft

de zorgverzekeraar van de geboden mogelijkheid gebruik gemaakt. Een afschrift hiervan is ter kennisname aan verzoekster gestuurd.

- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 12 januari 2019 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De zorgverzekeraar heeft op 6 februari 2019 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.9. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10, negende lid, van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat de onderhavige zaak enkelvoudig wordt afgedaan.
- 3.10. Op grond van artikel 114, derde lid, Zvw dient de commissie verplicht advies te vragen aan het Zorginstituut Nederland (hierna: Zorginstituut) indien het geschil betrekking heeft op de zorg of de overige diensten, bedoeld in artikel 11 Zvw, dan wel de vergoeding van die zorg of diensten. Blijkens de Memorie van toelichting blijft deze verplichting beperkt tot de vraag of de vorm van zorg of andere dienst waar de verzekerde behoefte aan heeft tot het verzekerde pakket behoort. Aangezien die vraag in het onderhavige geval geen beantwoording behoeft, is het Zorginstituut niet verzocht te adviseren.
- 3.11. Partijen zijn uitgenodigd voor de hoorzitting van 20 februari 2019. Omdat verzoekster aan de commissie geen telefoonnummer had opgegeven, heeft de commissie haar bij e-mailberichten van 11 en 19 februari 2019 verzocht door te geven op welk nummer zij op 20 februari 2019 bereikbaar is. Hierop heeft de commissie van verzoekster geen reactie ontvangen. De zorgverzekeraar is op 20 februari 2019 telefonisch gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

4.1. Verzoekster heeft halverwege 2017 met de zorgverzekeraar de afspraak gemaakt dat zij de op dat moment openstaande schuld van totaal € 1.003,16 mocht aflossen in 36 maandelijkse termijnen van € 27,19. Doordat verzoekster tot twee keer toe haar portemonnee is kwijtgeraakt, waarvan één keer door diefstal, is zij in ernstige betalingsproblemen gekomen. De met de zorgverzekeraar gemaakte afspraken kon zij dan ook niet meer nakomen. Kort nadat zij haar portemonnee was verloren, heeft zij de zorgverzekeraar gevraagd de verschuldigde premie voor de maand september 2018 en de ontvangen nota ter zake van het verplicht eigen risico bij de hoofdsom, waarvoor een betalingsregeling was afgesproken, te voegen. De zorgverzekeraar wilde hier niet aan meewerken en heeft de aanmelding van verzoekster als wanbetaler hervat. Verzoekster is het met de opstelling van de zorgverzekeraar in deze kwestie niet eens. De zorgverzekeraar had coulant met de situatie kunnen omgaan door de aanmelding als wanbetaler niet te hervatten en een nieuwe betalingsregeling voor het gehele nog openstaande bedrag met verzoekster af te spreken.

4.2. In reactie op het nader commentaar van de zorgverzekeraar van 24 december 2018 stelt verzoekster voor dat de zorgverzekeraar naast de premies voor de maanden september, oktober, november en december 2018 ook de premie voor de maand januari 2019 opneemt in de betalingsregeling. Als de zorgverzekeraar hiermee akkoord gaat zal verzoekster in februari 2019 niet alleen de verschuldigde premie voor die maand voldoen, maar ook de eerste termijn van de nieuwe betalingsregeling. Verder is verzoekster bereid een machtiging tot automatische incasso af te geven.

4.3. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

5.1. Verzoekster betaalt al geruime tijd de aan de zorgverzekeraar verschuldigde bedragen niet of niet volledig. Als gevolg hiervan is een betalingsachterstand ontstaan waardoor verzoekster in 2013, 2014, 2015 en 2016 verschillende keren als wanbetaler aangemeld is geweest bij het CAK en zijn

rechtsvoorganger. Verzoekster heeft eerder de handelwijze van de zorgverzekeraar betwist en een kwestie voorgelegd aan de SKGZ. In deze kwestie heeft de Ombudsman Zorgverzekeringen bemiddeld. Dit heeft ertoe geleid dat de zorgverzekeraar heeft voorgesteld dat verzoekster het op dat moment openstaande bedrag van totaal € 1.003,16 mocht aflossen in 36 maandelijkse termijnen van € 27,19. Met dit voorstel is verzoekster akkoord gegaan waarna de zorgverzekeraar de aanmelding van verzoekster als wanbetaler met ingang van 1 augustus 2018 heeft opgeschort.

5.2. De zorgverzekeraar heeft vastgesteld dat verzoekster de gemaakte afspraken vervolgens niet is nagekomen. Zo zijn de verschuldigde premies voor de maanden september, oktober, november en december 2018 alsmede een termijnbedrag van de betalingsregeling niet (tijdig) betaald. Ook staat nog een nieuwe vordering van € 24,77 ter zake van het verplicht eigen risico 2018 open. Ondanks het feit dat verzoekster de gemaakte afspraken niet is nagekomen, heeft de zorgverzekeraar besloten de aanmelding van verzoekster als wanbetaler (nog) niet te hervatten.

5.3. De betalingsachterstand over de periode van 1 januari 2009 tot en met 31 januari 2019 bedraagt naar de stand van 24 december 2018 totaal € 1.389,29. Genoemde vordering is door de zorgverzekeraar niet overgedragen aan zijn incassogemachtigde. De zorgverzekeraar heeft zich, ondanks het feit dat verzoekster eerdere betalingsregelingen niet is nagekomen, bereid verklaard met haar een nieuwe betalingsregeling af te spreken. In deze regeling zijn, naast oudere vorderingen, de openstaande premies voor de maanden september, oktober, november en december 2018, en januari en februari 2019 betrokken. Het eerste termijnbedrag zal in maart 2019 bij verzoekster in rekening worden gebracht.

5.4. Ter zitting is door de zorgverzekeraar verklaard dat hij, ondanks dat verzoekster niet expliciet akkoord is gegaan, de nieuwe betalingsregeling heeft geëffectueerd. Deze betalingsregeling heeft betrekking op de totale openstaande vordering van € 1.389,93. Dit bedrag dient te worden voldaan in 36 maandelijkse termijnen van € 38,57.

5.5. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat aldus aan het verzoek is tegemoet gekomen.

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. In geschil is of de zorgverzekeraar gehouden is (i) af te zien van hervatting van de aanmelding van verzoekster als wanbetaler bij het CAK, en (ii) met verzoekster een nieuwe betalingsregeling af te spreken.

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. 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 zorgverzekeraar 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 zorgverzekeraar), 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.

(...)"

9. Beoordeling van het geschil

- 9.1. Tussen partijen is niet in geschil dat verzoekster met ingang van 1 juni 2015 terecht werd aangemeld als wanbetaler bij het toenmalige Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut), thans het CAK. Uit de brief van de zorgverzekeraar van 24 december 2018 kan worden opgemaakt dat de aanmelding van verzoekster als wanbetaler met ingang van 1 augustus 2018 is opgeschort. Uit de bij bedoelde brief gevoegde premiespecificatie blijkt echter dat verzoekster reeds vanaf 1 januari 2016 doorlopend premie verschuldigd is geweest aan de zorgverzekeraar. Gelet op de premiespecificatie en het feit dat niet is gebleken van een recente hervatting van de aanmelding, gaat de commissie er voor het vervolg van uit dat de datum "1 augustus 2018", zoals deze staat vermeld in de brief van 24 december 2018, een typefout betreft en dat 1 augustus 2016 is bedoeld.
- 9.2. Artikel 18d, vierde lid, onder b, Zvw bepaalt dat een verzekeraar de aanmelding van een verzekerde als wanbetaler bij het CAK direct kan hervatten als de verzekerde zijn betalingsverplichtingen aan de verzekeraar niet nakomt. Door de zorgverzekeraar is in dit verband gesteld dat verzoekster de eerder gemaakte afspraken niet is nagekomen en dat onder andere de verschuldigde premies voor de maanden september 2018 tot en met december 2018 (4 x € 116,50) niet zijn voldaan. Omdat verzoekster echter voor de nieuwe vorderingen ook een betalingsregeling heeft afgesproken, bestond voor de zorgverzekeraar niet de mogelijkheid de aanmelding van verzoekster weer te hervatten. Immers, op grond van artikel 18d, tweede lid, onder c, Zvw dient de zorgverzekeraar de aanmelding van een verzekerde op schorten indien deze voor de gehele openstaande vordering een betalingsregeling afspreekt. Omdat uit de premiespecificatie bij de brief van 24 december 2018 niet blijkt dat de zorgverzekeraar de aanmelding van verzoekster als wanbetaler ná 1 augustus 2016 heeft hervat, laat de commissie hetgeen partijen met betrekking hiertoe hebben gesteld verder rusten en beschouwt zij onderdeel (i) van het verzoek hiermee als afgehandeld. Met betrekking tot onderdeel (ii) van het verzoek - het treffen van een nieuwe betalingsregeling voor de gehele achterstand - overweegt de commissie als volgt.
- 9.3. De zorgverzekeraar heeft verklaard dat de betalingsachterstand over de periode van 1 januari 2009 tot en met 31 januari 2019 naar de stand van 24 december 2018 totaal € 1.389,29 bedroeg. Genoemd bedrag is door verzoekster niet bestreden zodat de commissie uitgaat van de juistheid ervan. In zijn brief van 24 januari 2019 heeft de zorgverzekeraar een (nieuwe) betalingsregeling opgenomen, inhoudende dat verzoekster het op dat moment openstaande bedrag van € 1.389,93 voldoet in 36 maandelijkse termijnen van € 38,57 per maand, met ingang van maart 2019. Aangezien de ziektekostenverzekeraar hiermee tegemoet is gekomen aan onderdeel (ii) van het verzoek behoeft dit geen verdere behandeling.

Conclusie

- 9.4. Het voorgaande leidt tot de conclusie dat de zorgverzekeraar in de procedure op beide onderdelen aan het verzoek is tegemoet gekomen.
- 9.5. De commissie ziet om die reden aanleiding te bepalen dat de zorgverzekeraar het entreegeld van € 37,- dient te vergoeden.



10. Het bindend advies



- 10.1. De commissie stelt vast dat de zorgverzekeraar in de procedure op beide onderdelen aan het verzoek is tegemoet gekomen. Om die reden ziet de commissie aanleiding te bepalen dat de zorgverzekeraar het entreegeld van € 37,- aan verzoekster dient te vergoeden.



Zeist, 6 maart 2019,



G.R.J. de Groot

