



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen Anderzorg N.V. te Groningen
Zaak : Premie, eigen risico, betalingsachterstand, vorderingen bij incassogemachtigde/
deurwaarder
Zaaknummer : 201501257
Zittingsdatum : 27 januari 2016

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. P.J.J. Vonk)

(Voorwaarden zorgverzekering 2008, 2010 en 2011)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

Anderzorg N.V. te Groningen, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Verzoekster was van 1 januari 2006 tot en met 31 december 2011 bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis (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 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. De kantonrechter van de rechtbank Zwolle-Lelystad heeft verzoekster op 9 november 2010 bij verstek veroordeeld tot betaling van een bedrag van € 838,01, inclusief rente en kosten, te vermeerderen met de wettelijke rente en de proceskosten (dossier 210105431).
- 3.2. De kantonrechter van de rechtbank Overijssel heeft verzoekster op 28 januari 2014 bij verstek veroordeeld tot betaling van een bedrag van € 185,88, inclusief rente en kosten, te vermeerderen met de wettelijke rente en de proceskosten (dossier 212019473).
- 3.3. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om een heroverweging met betrekking tot bovengenoemde incassodossiers gevraagd. Bij brief van 14 januari 2015 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn standpunt ter zake te handhaven.
- 3.4. De incassogemachtigde van de zorgverzekeraar heeft verzoekster op 7 april 2015 gesommeerd een bedrag van € 2.274,17 te betalen.
- 3.5. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de zorgverzekeraar.
- 3.6. Bij brief van 1 september 2015 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat geen sprake is van een betalingsachterstand, en dat de door de (incassogemachtigde van de) zorgverzekeraar in rekening gebrachte kosten te hoog zijn (hierna: het verzoek).
- 3.7. De incassogemachtigde van de zorgverzekeraar heeft verzoekster bij brief van 8 september 2015 verzocht een bedrag van € 917,73 te betalen.

- 
- 3.8. 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.
- 
- 3.9. De zorgverzekeraar heeft de commissie bij e-mailbericht van 10 december 2015 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 10 december 2015 aan verzoekster gezonden.
- 
- 3.10. Verzoekster is in de gelegenheid gesteld te reageren op het onder 3.9 bedoelde standpunt van de zorgverzekeraar. Van de geboden mogelijkheid heeft verzoekster geen gebruik gemaakt.
- 
- 3.11. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 30 december 2015 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De zorgverzekeraar heeft op 6 januari 2016 telefonisch medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 
- 3.12. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10, lid 9 van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat de onderhavige zaak enkelvoudig wordt afgedaan.
- 
- 3.13. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 27 januari 2016 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 
- 4.1. Verzoekster ontvangt een uitkering en heeft bij de zorgverzekeraar een no claim polis. Zij ontvangt twee halfjaarlijkse nota's voor de premie. De maximale kosten staan hierop al vermeld. Op enig moment is sprake geweest van een lichte premieachterstand, omdat twee halfjaarlijkse premienota's niet waren betaald. De reden hiervan was dat een tijdige premiebetaling voor een eerste halfjaar om onbekende reden werd teruggestort. De incassogemachtigde van de zorgverzekeraar heeft beslag gelegd op de uitkering van verzoekster. Op die manier betaalt de gemeente namens verzoekster aan de (incassogemachtigde van de) zorgverzekeraar. De aldaar lopende dossiers zijn niet correct. De zorgnota's ter zake waarvan betaling wordt gevorderd, zijn namelijk niet van verzoekster. Zij heeft geen doktoren of ziekenhuizen bezocht voor medische hulp. De polis is no claim gebleven en de gemeente heeft de verschuldigde bedragen voldaan. Zodoende bestaat geen rechtsgrond voor het beslag en worden de regels hieromtrent geschonden. Er is geen sprake van een betalingsachterstand, maar het beslag is nog steeds niet opgeheven.
- 
- 4.2. De zorgverzekeraar reageert niet meer op klachten van verzoekster. Zij ontvangt enkel nog exploten van de deurwaarder.
- 
- 4.3. Verzoekster wenst dat het beslag wordt opgeheven en dat de betaalde bedragen worden herzien. Het teveel betaalde dient te worden gerestitueerd. Verzoekster leeft al jaren onder het bestaansminimum en daar moet een einde aan komen. Zij kan niet zelf beletten dat de gemeente bedragen betaalt aan de (incassogemachtigde van de) zorgverzekeraar.
- 
- 4.4. Ter zitting heeft verzoekster haar standpunt herhaald. Voorts heeft verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat zij via beslaglegging intussen circa € 7.000,-- heeft betaald. Het eigen risico kan niet aan de orde zijn, want er zijn geen kosten gemaakt. Verzoekster vermoedt dat zorgaanbieders kosten van onverzekerden op haar polis claimen. Er bestond alleen een lichte premieachterstand. De oorzaak hiervan was gelegen in eerder genoemde terugstorting door de zorgverzekeraar.
- 
- 4.5. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

 5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

-  5.1. Verzoekster was van 2006 tot en met 2011 verzekerd bij de zorgverzekeraar. Zij was de gehele periode verzekerd voor de basisverzekering met het hoogst mogelijke vrijwillig eigen risico en had geen aanvullende verzekering afgesloten.
-  5.2. Naar de stand van 9 december 2015 is sprake van een betalingsachterstand van € 2.250,--, exclusief rente en kosten. Dit bedrag ziet op het eigen risico voor 2008, 2010 en 2011, en premie voor de maanden juli, augustus en september en december 2011.
-  5.3. De zorgverzekeraar heeft vorderingen overgedragen aan de incassogemachtigde. De incassogemachtigde heeft thans zes dossiers van verzoekster in behandeling, te weten:
- 210105431: eigen risico 2008 (DBC GGZ), € 650,--;
 - 212045882: eigen risico 2010 (DBC GGZ), € 665,-;
 - 212060467: premie december 2011;
 - 212142352: premie september 2011;
 - 212176919: premie juli en augustus 2011;
 - 212181653: eigen risico 2011 (Stichting GGNet), € 670,--.

Het totaal aan hoofdsommen in voornoemde dossiers is € 2.250,--.

 Voorgaande informatie moet ook bij verzoekster bekend zijn aangezien zij hierover correspondentie van de incassogemachtigde/deurwaarder heeft ontvangen. Er kan dan ook geen onduidelijkheid bestaan wat betreft de betalingsachterstanden.

 Het beslag op de uitkering van verzoekster is opgelegd met een rechtsgrond, te weten een viertal vonnissen.

-  5.4. De zorgverzekeraar heeft tot op heden in zijn klachtensysteem een zestal dossiers van verzoekster geregistreerd met nagenoeg hetzelfde onderwerp, namelijk de betalingsachterstanden. Verschillende medewerkers hebben diverse malen de kwestie van verzoekster uitgezocht en haar van uitleg voorzien, onder andere door haar financiële overzichten te sturen. In 2011 heeft meerdere malen schriftelijk en telefonisch contact met verzoekster plaatsgevonden en toen is de kwestie afgerond. De zorgverzekeraar begrijpt dat het vervelend is voor verzoekster dat zij te maken heeft met de incassogemachtigde/deurwaarder. Het is nu 2015 en verzoekster is het nog steeds niet eens met de beslissing uit 2011. In 2015 is haar meerdere malen geadviseerd contact op te nemen met de incassogemachtigde/deurwaarder.

-  5.5. Ter zitting heeft de zorgverzekeraar toegelicht dat verzoekster sinds 2008 achterstanden heeft laten ontstaan. Er zijn vonnissen gewezen. Diverse vorderingen zijn voldaan, en thans staat het eigen risico van 2008, 2010 en 2011, alsmede premie voor 2011 nog open. Op het financiële overzicht zijn alleen de lopende dossiers bij de incassogemachtigde vermeld; dit zijn er zes. Deze zijn samengevoegd met het oog op de incassokosten. De vordering bij de incassogemachtigde bedraagt totaal € 2.392,07. Hierop wordt geïncasseerd. Verzoekster is thans verzekerd bij een andere verzekeraar, die behoort tot het concern waar ook de zorgverzekeraar onder valt.

-  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 A17 van de zorgverzekering (2008, 2010 en 2011) is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

 7. Het geschil

- 7.1. In geschil zijn de hoogte van de betalingsachterstand en de door de incassogemachtigde/deurwaarder van de zorgverzekeraar in rekening gebrachte kosten.

 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 A12 van de zorgverzekering (2011) is de verzekeringnemer de premie bij vooruitbetaling verschuldigd.
-  8.3. Artikel A13 van de zorgverzekering (2011) bepaalt dat bij niet-tijdige premiebetaling incassokosten en wettelijke rente zijn verschuldigd.
-  8.4. Artikel B8 van de zorgverzekering (2008) betreft het eigen risico, en luidt, voor zover hier van belang:

"U heeft een verplicht eigen risico van € 150 per kalenderjaar als u 18 jaar of ouder bent. U kunt naast uw verplicht eigen risico kiezen voor een vrijwillig eigen risico van € 100, € 200, € 300, € 400 of € 500 per kalenderjaar. In dat geval krijgt u een korting op de premie. Deze korting bedraagt per maand bij een eigen risico van € 100 een bedrag van € 4 bij een eigen risico van € 200 € 7, bij een eigen risico van € 300 € 11, bij een eigen risico van € 400 € 14, bij een eigen risico van € 500 € 20.

Het eigen risico geldt niet voor: zwangerschap, bevalling en kraambed, hulpmiddelen die in bruikleen worden verstrekt, huisartsenzorg. Door de huisarts aangevraagd laboratorium- en functieonderzoek valt wel onder het eigen risico, als dat onderzoek elders wordt uitgevoerd en apart in rekening wordt gebracht.

(...)

Let op

Als AnderZorg rechtstreeks betaalt aan een zorgaanbieder, betaalt u het eigen risico aan AnderZorg. U ontvangt dan een nota van AnderZorg.

(...)"

 De bepalingen inzake het eigen risico voor de jaren 2010 en 2011 zijn gelijklopend, met dien verstande dat het verplicht eigen risico in 2010 € 165,- bedroeg, en in 2011 € 170,-.

 9. Beoordeling van het geschil

-  9.1. De zorgverzekeraar vordert een drietal bedragen van verzoekster ter zake van het eigen risico. Deze bedragen zien op door zorgaanbieders in rekening gebrachte DBC's ter zake van geestelijke gezondheidszorg (GGZ). De commissie merkt hiertoe allereerst op dat zij niet bevoegd is te treden in een handelen of nalaten van een zorgaanbieder, zodat niet kan worden beoordeeld of de in rekening gebrachte zorg ook daadwerkelijk is uitgevoerd. De zorgverzekeraar heeft de betreffende bedragen vergoed aan de betrokken zorgaanbieders en deze verrekend met het toepasselijke verplicht en vrijwillig eigen risico van verzoekster. Verzoekster heeft gesteld dat zij een 'no claim polis' heeft en dat zij zich niet tot ziekenhuizen en doktoren heeft gewend voor medische hulp. Nog daargelaten dat onduidelijk is wat verzoekster bedoelt met een 'no claim polis' - de no claim-regeling is jaren geleden afgeschaft -, heeft zij niet aannemelijk gemaakt dat zij de gedeclareerde GGZ niet heeft genoten. De enkele stelling dat zorgaanbieders kosten voor onverzekerden ten laste van haar verzekering hebben gebracht is in dit verband onvoldoende.

Aangezien de kosten van GGZ niet zijn uitgesloten van de eigen risicoregeling, dienen deze te worden betrokken in de berekening van het eigen risico. Gesteld noch gebleken is dat het eigen risico 2008, 2010 en 2011 van verzoekster reeds was 'volgemaakt'. De zorgverzekeraar heeft de kosten van de GGZ dan ook terecht ten laste van het verplicht en eigen risico 2008, 2010 en 2011 van verzoekster gebracht.

9.2. De zorgverzekeraar heeft een financieel overzicht, gedateerd 9 december 2015, overgelegd. Hieruit blijkt dat verzoekster over de verzekerde periode een bedrag van € 2.250,-- onbetaald heeft gelaten. Dit bedrag ziet op het eigen risico 2008, 2010 en 2011, en de premie van juli, augustus, september en december 2011. Verzoekster heeft niet aannemelijk gemaakt dat voornoemd bedrag wèl is voldaan. De commissie stelt de betalingsachterstand derhalve vast op € 2.250,--.

9.3. De zorgverzekeraar heeft diverse vorderingen overgedragen aan zijn incassogemachtigde, ten gevolge waarvan kosten en rente bij verzoekster in rekening worden gebracht. Hiertoe was de zorgverzekeraar op grond van artikel A13 van de zorgverzekering (2011) en artikel 6:96 BW gerechtigd. De incassogemachtigde heeft verschillende dossiers aangemaakt. Uit het financiële overzicht van de zorgverzekeraar van 9 december 2015 volgt dat de dossiers 21015431, 21204882, 212181663, 212178919, 212142352 en 212060467 bij de incassogemachtigde lopend zijn.

De openstaande bedragen in voornoemde dossiers zijn:

- 21015431: € 94,19
- 21204882: € 920,97
- 212181663: € 942,69
- 212178919: € 194,77
- 212142352: € 119,45
- 212060467: € 118,03

Al deze bedragen zijn inclusief rente en kosten.

De vordering in dossier 212019473 is voldaan door verzoekster.

In de dossiers 21015431 en 212019473 is vonnis gewezen. Hiermee heeft de zorgverzekeraar een executoriale titel verkregen, waarmee beslag is gelegd op de uitkering van verzoekster. Anders dan verzoekster stelt, is dit beslag dan ook rechtsgeldig.

Verzoekster komt op tegen de kosten die in rekening worden gebracht door de incassogemachtigde/deurwaarder. Wat betreft de dossiers waarin vonnis is gewezen, geldt dat de commissie uitgaat van hetgeen de rechter dienaangaande heeft beslist, zodat de vorderingen als vaststaand worden aangenomen. Hetzelfde geldt ten aanzien van de veroordeling tot betaling van de wettelijke rente, de buitengerechtelijke kosten en de proceskosten. Wat betreft de dossiers waarover geen vonnis is gewezen geldt dat de berekende incassokosten conform de regelgeving hieromtrent zijn. Verzoekster is daarom gehouden ook deze kosten te voldoen.

9.4. De commissie merkt tot slot op dat bij verzoekster kennelijk een onjuiste opvatting aangaande haar zorgverzekering heerst. Verzoekster heeft bij de zorgverzekeraar een zorgverzekering afgesloten, waarbij zij heeft gekozen voor een maximaal vrijwillig eigen risico van € 500,-- en halfjaarbetalen. Beide keuzes leveren een premiekorting op. Met het vrijwillig eigen risico worden geen kosten van zorg 'afgekocht'; de eigen risicoregeling houdt juist in dat het eerste gedeelte van de gedeclareerde kosten van zorg (tot maximaal het verplicht eigen risicobedrag en het eventueel gekozen vrijwillig eigen risicobedrag) voor rekening van de verzekerde komt. Een dergelijke keuze ligt volledig bij de verzekerde, waarbij mag worden aangenomen dat deze de financiële aspecten in zijn afweging heeft betrokken.

Conclusie

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



10. Het bindend advies



10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 10 februari 2016,



P.J.J. Vonk

