

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem
Zaak : Gebruik DigiD, onrechtmatige daad, schadevergoeding
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2021, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2021, art. 17 Zvw, art. 6:162 BW, Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (TH/NR-017)
Zaaknummer : 202102116
Zittingsdatum : 11 mei 2022

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij klachtenformulier van 2 januari 2022 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen. De commissie heeft verzoeker verzocht het entreegeld van € 37,- te betalen en aanvullende informatie op te sturen. Verzoeker heeft hieraan voldaan. Op 15 januari 2022 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. Bij brief van 13 april 2022 heeft de zorgverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 14 april 2022 aan verzoeker gestuurd.
- 2.3. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 11 mei 2022 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn over deze samenstelling voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. De zorgverzekeraar heeft op 1 januari 2021 de zorgportefeuille van de CAK Groep, waartoe ook het label Promovendum - waaronder verzoeker was verzekerd tegen ziektekosten - behoort, overgenomen. Met ingang van 1 januari 2022 ligt de uitvoering van deze verzekering ook bij de zorgverzekeraar. Sindsdien is verzoeker bij de zorgverzekeraar verzekerd op grond van de verzekering VGZ Basis Keuze (hierna: de zorgverzekering).
- 3.2. Aan verzoeker is een brief gestuurd, gedateerd 'oktober 2021' waarin wordt gesteld dat hij, met gebruikmaking van zijn DigiD, kan inloggen in de beveiligde "Mijn omgeving" van de zorgverzekeraar om de nieuwe premies en verzekeringsvoorwaarden te bekijken.
- 3.3. Bij brief van 6 november 2021 heeft verzoeker zich bij de zorgverzekeraar beklagd over het antedateren van bedoelde brief en het zonder wettelijke basis - en daarmee onrechtmatig - verplichten tot het gebruik van DigiD. Voor zover bekend is hierop geen reactie van de zorgverzekeraar gevolgd.

4. Het geschil

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat:

- (i) de zorgverzekeraar onrechtmatig handelt door hem - zonder wettelijke basis - te verplichten gebruik te maken van DigiD, teneinde de nieuwe premies en voorwaarden in te zien;
- (ii) de zorgverzekeraar de hierdoor voor hem ontstane schade ten bedrage van € 375,- moet vergoeden;
- (iii) de zorgverzekeraar hem excuses moet aanbieden voor de gang van zaken.

5. Bevoegdheid van de commissie

- 5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 10 van de voorwaarden van de zorgverzekering.

6. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), de Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (TH/NR-017) van de Nederlandse Zorgautoriteit, en het Burgerlijk Wetboek (BW) zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Standpunt verzoeker

- 6.2. Verzoeker stelt in de eerste plaats dat de brief van 'oktober 2021' door hem werd ontvangen op 5 november van dat jaar zodat deze is geantedateerd.
In de brief wordt gesteld dat de nieuwe premies en voorwaarden kunnen worden bekeken in de "Mijn omgeving" van de zorgverzekeraar, die toegankelijk is met DigiD. De commissie begrijpt de stellingen van verzoeker aldus dat de zorgverzekeraar hem niet kan verplichten tot het gebruik van DigiD omdat daarvoor een wettelijke basis ontbreekt. Ook uit informatie van de Rijksoverheid blijkt dat verzoeker niet kan worden verplicht van DigiD gebruik te maken. Verzoeker heeft voor dit alles ook geen toestemming gegeven. Hij heeft ervoor moeten strijden om bij - kort gezegd - de rechtsvoorganger van de zorgverzekeraar te kunnen blijven communiceren per post en telefoon, reden dat deze ook niet de beschikking had over zijn mailadres.
Voorts werd de toezegging, dat binnen een week informatie zou volgen, door de zorgverzekeraar niet nagekomen.
Verzoeker concludeert dat de zorgverzekeraar onrechtmatig jegens hem heeft gehandeld en daarom schadeplichtig is. De hoogte van de schadevergoeding baseert verzoeker op drie uren werk als ZZP'er à € 125,- per uur = € 375,-. Tot slot verlangt verzoeker excuses van de zorgverzekeraar voor deze gang van zaken.

Standpunt zorgverzekeraar

- 6.3. De zorgverzekeraar verklaart dat bij de overgang van de zorgportefeuille de bestaande communicatievoorkeuren zijn overgenomen. Verzoeker kon vóór de overgang inloggen door middel van de combinatie mailadres en wachtwoord. De zorgverzekeraar heeft na de overgang om veiligheidsredenen ervoor gekozen dat alleen met behulp van DigiD kan worden ingelogd in "Mijn omgeving". Inmiddels is de communicatievoorkeur van verzoeker gewijzigd naar gewone post. Voor zover verzoeker een schadevergoeding vordert, geldt dat in artikel 1.11 van de voorwaarden van de zorgverzekering is bepaald dat vergoeding van schade die het indirecte gevolg is van handelen of nalaten is uitgesloten.

Overwegingen commissie

- 6.4. Gelet op het door verzoeker ingenomen standpunt, is de eerste vraag die moet worden beantwoord of het de zorgverzekeraar is toegestaan gebruik te maken van DigiD. De commissie overweegt dat het antwoord hierop, gezien de Wet elektronisch berichtenverkeer Belastingdienst, de Regeling voorzieningen GDI en de Zorgverzekeringswet, bevestigend luidt.

Een privaatrechtelijke organisatie mag gebruikmaken van DigiD als deze op basis van een wettelijke grondslag is belast met de uitvoering van een publieke taak - in dit geval de uitvoering van de Zorgverzekeringswet -, de organisatie vanwege een wettelijke grondslag over het Burger Service Nummer mag beschikken (zie artikel 4, eerste lid, Zorgverzekeringswet), en de taak waarvoor DigiD wordt gebruikt een publieke taak is. Voor zover het de uitvoering van een verzekeringsovereenkomst op grond van de Zorgverzekeringswet betreft, is aan alle genoemde voorwaarden voldaan.

- 6.5. De volgende vraag is of verzoeker verplicht is in te loggen in de "Mijn omgeving" door gebruik te maken van DigiD. Een zodanige verplichting bestaat niet, en de zorgverzekeraar legt verzoeker deze ook niet op. In de brief, gedateerd 'oktober 2021', wordt de mogelijkheid weliswaar genoemd, maar hierna is vermeld: *"U ontvangt volgende week een brief met daarin de nieuwe premie. Een paar dagen later ontvangt u uw polis. Op uw polis staan uw persoonlijke premie voor de basisverzekering en de premies van uw (eventuele) aanvullende verzekeringen."* In vervolg hierop heeft verzoeker een algemene brief, gedateerd 15 november 2021, ontvangen, met hierin vermeld de premies voor 2022 van de diverse zorgverzekeringen die de zorgverzekeraar aanbiedt.
- 6.6. Tevens ontving verzoeker, bij brief van 13 november 2021, het nieuwe polisblad. Dit stuk is toegespitst op zijn persoonlijke situatie, zoals blijkt uit de tenaamstelling en de vermelding van het specifieke verzekeringsproduct, de verzekering VGZ Basis Keuze. Bij deze brief was volgens de zorgverzekeraar ook een wijzigingsoverzicht gevoegd. Door verzoeker is dit laatste niet betwist of ontkend, terwijl ook niet anderszins is gebleken dat dit overzicht heeft ontbroken.
- 6.7. De commissie overweegt dat uit de Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (TH/NR-017) van de Nederlandse Zorgautoriteit bepaalde verplichtingen voor de zorgverzekeraar voortvloeien. Het gaat dan onder andere om wijzigingen in de polisvoorwaarden bij de prolongatie (artikel 9) en informatie over het gecontracteerde zorgaanbod (artikel 14). Daarnaast dient de verzekeraar op grond van artikel 17, zevende lid, Zvw een wijziging in de premiegrondslag ten minste zeven weken voordien bekend te hebben gemaakt. Uit de brief van 13 november 2021 blijkt dat dit is gebeurd. Dat de zorgverzekeraar zijn toezegging uit de brief van 'oktober 2021' niet is nagekomen (*"U ontvangt volgende week een brief met daarin de nieuwe premie."*) is niet zoals het hoort, maar uitgaande van de door verzoeker zelf genoemde ontvangstdatum van 5 november 2021 is ontvangst van de polis op 13 november 2021 (*"Een paar dagen later ontvangt u uw polis."*) wel in lijn daarmee. Of de brief is geantedateerd dan wel vertraagd kan thans verder in het midden blijven; verzoeker werd over de nieuwe premie en voorwaarden in ieder geval tijdig, dat wil zeggen vóór ingang van het nieuwe verzekeringsjaar, geïnformeerd.
- 6.8. Het voorgaande leidt tot de conclusie dat van onrechtmatig handelen of nalaten door de zorgverzekeraar geen sprake is. Hiermee is aan een belangrijk vereiste van onrechtmatige daad (artikel 6:162 BW) niet voldaan zodat een hierop gebaseerde verplichting tot vergoeding van de schade - door verzoeker becijferd op € 375,- - niet aan de orde is, nog daargelaten dat deze vordering niet voldoende is onderbouwd of anderszins inzichtelijk is gemaakt. Het vermelden van de kennelijk aan de onderhavige kwestie bestede totaal tijd, zonder nadere urenspecificatie is daartoe onvoldoende. Tot slot kan evenmin een verplichting worden aangenomen voor de zorgverzekeraar om excuses aan te bieden voor de gang van zaken, omdat deze gang van zaken niet onzorgvuldig is geweest.
- 6.9. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 2 juni 2022,

H.A.J. Kroon

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

2. Nationale wet- en regelgeving
(bron: <https://wetten.overheid.nl/zoeken>)

3. Overige stukken

Burgerlijk Wetboek Boek 6

Artikel 162

1. Hij die jegens een ander een onrechtmatige daad pleegt, welke hem kan worden toegerekend, is verplicht de schade die de ander dientengevolge lijdt, te vergoeden.
2. Als onrechtmatige daad worden aangemerkt een inbreuk op een recht en een doen of nalaten in strijd met een wettelijke plicht of met hetgeen volgens ongeschreven recht in het maatschappelijk verkeer betaamt, een en ander behoudens de aanwezigheid van een rechtvaardigingsgrond.
3. Een onrechtmatige daad kan aan de dader worden toegerekend, indien zij te wijten is aan zijn schuld of aan een oorzaak welke krachtens de wet of de in het verkeer geldende opvattingen voor zijn rekening komt.

9. Wijzigingen in de polisvoorwaarden

1. De ziektekostenverzekeraar informeert de verzekerde tijdig over wijzigingen ten nadele van de verzekerde in de polisvoorwaarden.
2. De ziektekostenverzekeraar vermeldt alle onder artikel 9.1 bedoelde wijzigingen op de website, en in het prolongatiepakket wanneer het gaat om wijzigingen per 1 januari.

14. Gecontracteerd zorgaanbod

1. Als de zorgverzekeraar met gecontracteerde zorgaanbieders werkt en dit mogelijk consequenties heeft voor de verzekerde, vermeldt de zorgverzekeraar in een actueel overzicht op de website welke zorgaanbieders op dat moment per polis zijn gecontracteerd.
2. Het overzicht van gecontracteerde zorgaanbieders bevat tevens informatie over de volgende punten:
 - a. hoe vaak het overzicht van gecontracteerde zorgaanbieders wordt geactualiseerd;
 - b. wanneer het overzicht voor het laatst is gewijzigd;
 - c. indien van toepassing, een algemeen toelichtende tekst inhoudende:
 - dat tijdens de overstapperiode nog niet alle contracten afgesloten zijn;
 - dat alle gecontracteerde zorgaanbieders zodra ze zijn afgesloten op de website worden geplaatst;
 - welke de mogelijke gevolgen zijn voor de verzekerde van het afsluiten van een zorgverzekering wanneer nog niet alle contracten zijn afgesloten.
 - d. voor welke periode de contracten zijn afgesloten.
3. De zorgverzekeraar verwijst in de polisvoorwaarden naar het overzicht van gecontracteerde zorgaanbieders op de website van de zorgverzekeraar met daarbij een weblink.

Zorgverzekeringswet

Artikel 17

1. De zorgverzekeraar stelt voor iedere variant van de zorgverzekering die hij aanbiedt, de grondslag van de premie en de bij die variant behorende premiekorting of premiekortingen vast en neemt deze in de modelovereenkomst op.
2. De grondslag van de premie is gelijk voor varianten die wat betreft de te verzekeren prestaties als bedoeld in artikel 11, eerste lid, of de keuzemogelijkheden tussen aanbieders van zorg of van overige diensten als bedoeld in dat lid, niet van elkaar verschillen.
3. Indien de zorgverzekeraar gebruik maakt van zijn bevoegdheid, bedoeld in artikel 11, vijfde lid, is de grondslag van de premie gelijk aan de grondslag die hij heeft of zou hebben vastgesteld voor een modelovereenkomst met volledige dekking.
4. De grondslag van de premie is de premie indien geen premiekorting als bedoeld in artikel 18, vierde lid, of artikel 20 geldt of zou gelden.
5. De verschuldigde premie is gelijk aan de grondslag van de premie behorende bij de variant van de zorgverzekering die de verzekeringnemer gekozen heeft, verminderd met de premiekortingen, bedoeld in de artikelen 18, vierde lid, of 20, indien deze van toepassing zijn.
6. De zorgverzekeraar geeft de wijze waarop de verschuldigde premie van de grondslag van de premie wordt afgeleid in de modelovereenkomst weer, en neemt de wijze waarop de door de verzekeringnemer verschuldigde premie van de grondslag van de premie is afgeleid in de zorgpolis op.
7. Een wijziging in de grondslag van de premie treedt niet eerder in werking dan zeven weken na de dag waarop deze aan de verzekeringnemer is medegedeeld.