



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem
Zaak : Premie, eigen risico, betalingsachterstand, incassokosten, opzegging
Zaaknummer : 201500207
Zittingsdatum : 16 december 2015

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

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,
tegen

VGZ Zorgverzekeraar N.V. 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). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als omschreven 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 incassogemachtigde van de zorgverzekeraar heeft bij brief van 17 december 2013 aan verzoeker de overeengekomen betalingsregeling voor een bedrag van € 590,91 bevestigd, inhoudende betaling van € 100,-- per maand ter delging van de vordering, ingaande 28 december 2013.
- 3.2. Door middel van een vergoedingenoverzicht van 19 januari 2014 heeft de zorgverzekeraar een bedrag van € 131,26 ter zake van het eigen risico 2013 bij verzoeker in rekening gebracht. Bij brief van gelijke datum heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat het bedrag van € 131,26 niet automatisch kon worden geïncasseerd, en verzoeker verzocht dit per acceptgiro te betalen.
- 3.3. Door middel van een vergoedingenoverzicht van 16 maart 2014 heeft de zorgverzekeraar een bedrag van € 123,39 ter zake van het eigen risico 2013 en 2014 bij verzoeker in rekening gebracht.
- 3.4. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissingen gevraagd. Bij brief van 13 mei 2014 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de vergoedingenoverzichten van 19 januari 2014 en 16 maart 2014 correct zijn, dat de vordering van € 131,26 is overgedragen aan de incassogemachtigde, en dat voor de vordering van € 123,39 een betalingsregeling wordt aangeboden. Bij e-mailbericht van 19 mei 2014 heeft verzoeker aan de zorgverzekeraar medegedeeld zich niet te kunnen vinden in de aangeboden betalingsregeling.
- 3.5. Bij brief van 10 november 2014 heeft de incassogemachtigde van de zorgverzekeraar aan verzoeker de overeengekomen betalingsregeling voor een bedrag van € 498,22 bevestigd, inhoudende betaling van € 100,-- per maand ter delging van de vordering.
- 3.6. Verzoeker heeft de zorgverzekeraar nogmaals om heroverweging van voormelde beslissingen gevraagd. Bij brief van 21 november 2014 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de vordering van € 123,39 op 11 september 2014 is overgedragen aan de incassogemachtigde. Bij brief van 9 december 2014 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissingen te handhaven.

- 
- 3.7. De incassogemachtigde van de zorgverzekeraar heeft bij brief van 15 januari 2015 aan verzoeker de overeengekomen betalingsregeling bevestigd.
- 
- 3.8. Bij brief van 19 februari 2015 heeft de incassogemachtigde van de zorgverzekeraar een bedrag van € 521,78, inclusief rente en kosten, van verzoeker gevorderd.
- 
- 3.9. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de zorgverzekeraar.
- 
- 3.10. Bij brief van 15 juli 2015 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar ten onrechte eigen risicobedragen van hem vordert, dat geen sprake is van een betalingsachterstand, dat ten onrechte incassokosten in rekening worden gebracht, en dat de zorgverzekeraar gehouden is de zorgverzekering te beëindigen (hierna: het verzoek).
- 
- 3.11. 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.
- 
- 3.12. De zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 15 oktober 2015 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 20 oktober 2015 aan verzoeker gezonden.
- 
- 3.13. Verzoeker heeft bij brief van 26 oktober 2015 gereageerd op het onder 3.12 genoemde standpunt van de zorgverzekeraar. Een afschrift hiervan is aan de wederpartij gestuurd.
- 
- 3.14. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 26 oktober 2015 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De zorgverzekeraar heeft op 17 november 2015 en 9 december 2015 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 
- 3.15. Verzoeker heeft de commissie bij brief van 7 november 2015 aanvullende informatie gezonden. Een afschrift hiervan is aan de zorgverzekeraar gestuurd.
- 
- 3.16. 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.
- 
- 3.17. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 16 december 2015 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord.
- 
- 3.18. De zorgverzekeraar heeft de commissie bij e-mailbericht van 17 december 2015 zijn standpunt nader toegelicht. Een afschrift hiervan is aan verzoeker gestuurd.
- 
- 3.19. Verzoeker heeft bij brief van 18 december 2015 gereageerd op het onder 3.17 genoemde stuk van de zorgverzekeraar. Een afschrift van deze reactie is aan de zorgverzekeraar gezonden. Vervolgens heeft verzoeker bij e-mailbericht van 22 december 2015 een aanvullende reactie gezonden, welk bericht is doorgestuurd aan de zorgverzekeraar.
- 
- 3.20. De zorgverzekeraar heeft bij e-mailbericht en brief van 24 december 2015 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt. Afschriften hiervan zijn aan verzoeker gestuurd.
- 3.21. Verzoeker heeft bij e-mailbericht van 2 januari 2016 gereageerd op het onder 3.19 genoemde nadere standpunt van de zorgverzekeraar, welk bericht aan laatstgenoemde is doorgestuurd.

3.22. De zorgverzekeraar heeft bij e-mailbericht van 13 januari 2016 aan verzoeker en de commissie gereageerd op het onder 3.20 genoemde stuk.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

4.1. Verzoeker moet rondkomen van een klein pensioen en heeft geen vertrouwen in de Nederlandse gezondheidszorg. De basis van het geschil vormen valse declaraties. Verzoeker kan zich niet vinden in de vergoedingenoverzichten van 19 januari 2014 en 16 maart 2014. De kosten van onderzoeken en medicijnen, gedeclareerd door Nederlandse zorgaanbieders, zijn veel te hoog. Het eigen risico is dan ook ten onrechte bij verzoeker in rekening gebracht. De zorgverzekeraar is hierop nooit ingegaan en heeft dit nooit opgelost. Verzoeker heeft automatische incasso's door de zorgverzekeraar teruggehaald, waaronder die van het bedrag van € 131,26. Het voorstel van de zorgverzekeraar voor een betalingsregeling voor dit bedrag, met een reactietermijn tot 28 mei 2014, heeft verzoeker nooit ontvangen.

4.2. Omdat het noodzakelijke vertrouwen ontbreekt en verzoeker niets meer met de zorgverzekeraar te maken wil hebben, is bij brief van 1 maart 2013 de overeenkomst met de zorgverzekeraar door hem opgezegd. Verzoeker heeft deze opzegging in 2014 tweemaal herhaald. De opzegging is door de zorgverzekeraar echter genegeerd.

Verzoeker maakt vanaf 2014 geen aanspraak meer op zorg via de zorgverzekeraar. De polis en de zorgpas die de zorgverzekeraar hem heeft gestuurd, zijn door verzoeker geretourneerd.

4.3. Verzoeker kan zich niet vinden in de openstaande vordering bij de incassogemachtigde. Het grootste gedeelte van deze vordering is namelijk al voldaan aan de eerste incassogemachtigde. De zorgverzekeraar heeft verzoeker niet geïnformeerd over het feit dat deze incassogemachtigde failliet is gegaan. De vordering die aldaar was ondergebracht, werd overgedragen aan een nieuwe, tweede incassogemachtigde. Dientengevolge werden opnieuw incassokosten en meer rente berekend. Het komt er thans op neer dat de incassogemachtigde van de zorgverzekeraar de vordering met bijna 50% heeft verhoogd. Dit is niet reëel. Verzoeker heeft immers geen invloed op een faillissement van een incassogemachtigde. Bovendien is het niet aan hem te wijten dat de post rente oploopt omdat een incassodossier maandenlang stil ligt. Verzoeker voelt zich gedupeerd door deze manipulatie van de restvordering.

De vordering bij de incassogemachtigde van de zorgverzekeraar dient volgens verzoeker als volgt te worden berekend:

- restvordering op 13 oktober 2013: € 690,79;
- betaald door middel van automatische incasso: € 600,-- (6 x € 100,--);
- nieuwe vordering van april 2014: € 123,39;
- rente: € 10,91 (EU-norm 1,5%).

De restsom bedraagt dan € 214,18.

Doordat nog immer sprake is van een lopend incassodossier, blokkeert de zorgverzekeraar bewust het afsluiten van een andere, betaalbare verzekering tegen ziektekosten. Verzoeker stelt dat het incassotraject al eerder had moeten zijn beëindigd door de zorgverzekeraar.

4.4. De gezondheidssituatie van verzoeker is niet goed. Om te 'overleven' laat hij zich voor eigen rekening als privépatiënt behandelen bij buitenlandse artsen. Verzoeker heeft altijd het volste vertrouwen in de zorgverzekeraar gehad en het contact was altijd goed. Dit is veranderd; thans is de verhouding met de zorgverzekeraar volledig kapot. Verzoeker wenst dat de kwestie wordt opgelost, en dat kan alleen door hem weg te laten gaan bij de zorgverzekeraar.

4.5. In reactie op de brief van de zorgverzekeraar van 15 oktober 2015 stelt verzoeker het volgende. De overgelegde arts- en apotheeknota's zijn niet als declaraties bedoeld, maar enkel als bewijsstukken. Het betreft maar een klein gedeelte van de totale zorgkosten die verzoeker maakt, en die hij niet door de zorgverzekeraar vergoed wenst te krijgen.

Het door de zorgverzekeraar opgestelde financiële overzicht is niet juist en niet controleerbaar. Betalingen aan de incassogemachtigde ontbreken en een bedrag van € 6,17 wordt ten onrechte opgevoerd. Voorts hebben allerlei verrekeningen plaatsgevonden. Opmerkelijk is dat de zorgverzekeraar beweert dat verzoeker geen omgang meer met hem wenst. Dit klopt wel, maar uit het dossier blijkt dat het juist de zorgverzekeraar was die aankondigde niet meer te reageren op de brieven van verzoeker. Voorts merkt de zorgverzekeraar op dat verzoeker niet tevreden is met de zorg die hij in Nederland krijgt. Wat betreft zijn gezondheidstoestand voert verzoeker aan dat hij al jaren leeft met de gevolgen van een zwaar auto-ongeluk. De hiermee gemoeide zorg vindt in zijn geheel in Duitsland plaats. Dit heeft ertoe geleid dat verzoeker vele jaren normaal kon functioneren. Toen hij naar Nederland kwam werd hij echter afgekeurd en ontving hij een WAO-uitkering. Hierdoor was verzoeker op de Nederlandse zorg aangewezen. Dit heeft tot diverse 'ongemakken' geleid.

- 4.6. De zorgverzekeraar stuurde verzoeker een brief met een vergoedingenoverzicht gedateerd 29 oktober 2015, welke brief werd ontvangen op 7 november 2015. Een bedrag van € 198,-- ter zake van het eigen risico wordt in rekening gebracht. Zowel de brief als het vergoedingenoverzicht is onduidelijk. Verzoeker heeft direct een schriftelijke reactie naar de zorgverzekeraar gestuurd. Het toesturen van een declaratie, zonder verdere toelichting, getuigt van brutaliteit en bedrog. Bovendien komt het bedrag van € 198,-- niet voor in het financiële overzicht van 24 september 2015 dat bij de brief aan de commissie was gevoegd. Zodoende zijn de declaratie en het vergoedingenoverzicht een bewijs van de gebrekkige administratie van de zorgverzekeraar. Verzoeker heeft op 7 november 2015 de machtiging tot automatische incasso ingetrokken. Bijdragen worden niet betaald aan de zorgverzekeraar.
- 4.7. Ter zitting heeft verzoeker zijn standpunt herhaald. Verzoeker heeft ter aanvulling aangevoerd dat de incassomethodes van de zorgverzekeraar en diens incassogemachtigde onmenselijk zijn. Voorts heeft verzoeker verklaard dat een regeling van € 50,-- haalbaar is. Wel moeten dan de kosten vervallen.
- 4.8. Nadien heeft verzoeker verklaard dat hij per 1 januari 2016 wenst over te stappen naar een andere verzekeraar, dat de declaratie van € 198,-- dient te worden gecheckt, en dat de achterstand van € 153,65 dient te worden gecorrigeerd. Een bedrag van totaal € 136,54, bestaande uit reiskosten (€ 58,77), het betaalde entreegeld (€ 37,--) en porto-, telefoon- en schrijfkosten (€ 40,77) dient hiertoe op de achterstand in mindering te worden gebracht. Het restant van € 17,11 wordt dan aan de zorgverzekeraar overgemaakt. Verzoeker is verheugd dat de zorgverzekeraar heeft ingezien dat er "iets mis" ging.

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

- 5.1. De overheid heeft in de Zorgverzekeringswet vastgelegd welke zorgkosten ten laste van het verplicht eigen risico komen. De zorgverzekeraar is verplicht te handelen volgens deze wettelijke bepalingen.
In het geval dat de zorgverzekeraar bedragen vanwege administratieve redenen niet automatisch kan incasseren, wordt aan de verzekerde een stornobrief gestuurd om hem hierover te informeren.
- 5.2. Op 28 mei 2011 heeft de eerste overdracht aan de incassogemachtigde plaatsgevonden. Dit betrof een vordering van totaal € 544,04, welk bedrag zag op een declaratie met nummer 17043080, de maandpremies januari en maart 2011, administratiekosten en acceptgirokosten.
- 5.3. Verzoeker heeft de incassogemachtigde op 31 juli 2013 verzocht om een betalingsregeling. Bij brief van 11 september 2013 heeft de incassogemachtigde aan verzoeker medegedeeld akkoord te gaan met een betalingsregeling van € 50,-- per maand.
Ook heeft verzoeker een incassomachtiging afgegeven aan de incassogemachtigde voor een nieuw termijnbedrag in het kader van een regeling. Deze machtiging ging in per 23 december 2013 en betrof een bedrag van € 100,-- per maand.

- 5.4. Met de vergoedingenoverzichten 2014 met volgnummer 1 van 19 januari 2014 (€ 131,26) en volgnummer 2 van 16 maart 2014 (€ 123,39) heeft de zorgverzekeraar medicijnen en laboratoriumonderzoeken van 2013 en 2014 bij verzoeker in rekening gebracht. Verzoeker is het niet eens met de hoogte van deze bedragen omdat de medicijnen en onderzoeken niet het gewenste resultaat voor hem hebben gehad. De zorgverzekeraar stelt deze kosten terecht te hebben verrekend met het verplicht eigen risico en bij verzoeker in rekening te hebben gebracht. Op 14 februari 2014 heeft de zorgverzekeraar het door verzoeker verschuldigde bedrag van € 131,26 niet automatisch kunnen incasseren. Om die reden is op 19 februari 2014 een stornobrief aan verzoeker gestuurd, met daarbij een acceptgiro en het verzoek het bedrag vóór 5 maart 2014 te voldoen. Daarnaast heeft de zorgverzekeraar op 17 april 2014 het door verzoeker verschuldigde bedrag van € 123,39 niet automatisch kunnen incasseren. Om die reden is op 22 april 2014 een stornobrief aan verzoeker gestuurd. Bij deze brief was een acceptgirokaart gevoegd met het verzoek het bedrag vóór 4 mei 2014 te voldoen. Omdat de zorgverzekeraar de betalingen niet voor de uiterste betaaldatum van verzoeker ontving, zijn de vorderingen overgedragen aan de incassogemachtigde.
- 5.5. De (eerste) incassogemachtigde is failliet verklaard op 15 mei 2014. De eindafrekening/laatste doorstorting is door de zorgverzekeraar ontvangen op 19 mei 2014. In afwachting van de afhandeling van de curator heeft het dossier stil gelegen tot 30 september 2014. De door de curator aangewezen nieuwe (tweede) incassogemachtigde was vanaf 1 oktober 2014 in staat om de dossiers voort te zetten. Het dossier van verzoeker is ingevoerd op 7 oktober 2014 onder nummer C20849511. Vanaf dat moment was de tweede incassogemachtigde verantwoordelijk voor de informatievoorziening over het incassodossier. De eerste brief van de tweede incassogemachtigde aan verzoeker dateert van 7 november 2014. Verzoeker denkt dat hij door het faillissement van de eerste incassogemachtigde is benadeeld, in die zin dat als gevolg van de overname van het incassodossier te veel incassokosten bij hem in rekening zijn gebracht. De zorgverzekeraar is dit nagegaan. Hieruit is het volgende gebleken. De vordering bij de tweede incassogemachtigde is als volgt opgebouwd:
- premie januari en maart 2013 ad € 180,57;
 - kosten betaalwijze (acceptgiro) ad € 1,-;
 - zorgkosten ad € 254,65.
- De openstaande vordering bedraagt totaal € 463,22. De incassokosten die in rekening worden gebracht bedragen een vast percentage van de hoofdsom. Als gevolg van de overname van het dossier zijn geen dubbele incassokosten berekend. Verzoeker heeft geen betaalbewijzen overgelegd waaruit blijkt dat hij meer betalingen heeft gedaan dan de incassogemachtigde heeft ontvangen. Het spijt de zorgverzekeraar dat verzoeker niet door de incassogemachtigde is ingelicht over het faillissement en de overdracht van het incassodossier.
- 5.6. Verzoeker stelt dat hij al in 2013 heeft verklaard dat hij wenst over te stappen naar een goedkopere verzekering en daarom heeft opgezegd. Verzoeker heeft op 5 augustus 2013 een GemeentePakket aangevraagd. Destijds heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de gemeente bepaalt of hij voor die verzekering in aanmerking komt. De zorgverzekeraar gaat daar niet over. Vervolgens is er geen aanmelding voor het Gemeente Pakket terug te vinden. De zorgverzekeraar concludeert hieruit dat de gemeente de aanvraag heeft afgewezen. In de verzekeringsvoorwaarden is opgenomen wanneer de zorgverzekering kan worden opgezegd. Dit is jaarlijks (per 1 januari van ieder jaar) en onder bepaalde voorwaarden ook tussentijds mogelijk. Op 7 april 2014 heeft verzoeker telefonisch en per e-mail gemeld dat hij geen enkele reden meer ziet bij de zorgverzekeraar of iedere andere verzekeraar verzekerd te zijn. Iedereen die in Nederland woont of werkt is echter verplicht een zorgverzekering af te sluiten. De zorgverzekeraar heeft verzoeker op 7 april 2014 geantwoord dat schriftelijk opzeggen per 1 januari 2015 mogelijk is als hij dan geen premieachterstand (meer) heeft. Op 1 januari 2015 was nog sprake van een premieachterstand. De zorgverzekering kon om die reden toen niet worden opgezegd/beëindigd.

- 5.7. Naar de stand van 24 september 2015 is sprake van een betalingsachterstand van € 442,39. Dit is inclusief een bedrag van € 6,17 dat nog in rekening moet worden gebracht bij verzoeker.
- 5.8. Ter zitting heeft de zorgverzekeraar verklaard dat bij hem € 198,-- open staat ter zake van het eigen risico 2014, en bij de incassogemachtigde € 435,22. In laatstgenoemd bedrag zijn twee premiebedragen opgenomen. De bijkomende kosten en rente bedragen € 103,63. De betalingen van verzoeker voor het dossier bij de incassogemachtigde zijn ontvangen en verwerkt. Het gaat om een betaling van € 110,15 en vier betalingen van € 100,--. De hoofdsom van het dossier is echter telkens opgehoogd door zorgkosten. De zorgverzekeraar heeft ter aanvulling aangevoerd dat verzoeker voor zorg naar het buitenland mag gaan. De kosten worden dan vergoed volgens de Nederlandse voorwaarden. Thans liggen er enkele buitenlandse nota's van verzoeker, maar deze vallen binnen het nog geheel openstaande eigen risico voor 2015 van € 375,--. De zorgverzekeraar heeft verklaard bereid te zijn met verzoeker een betalingsregeling te treffen voor de achterstand.
- 5.9. Nadien heeft de zorgverzekeraar verklaard dat in eerste instantie drie betalingen van € 100,-- van verzoeker aan de eerste incassogemachtigde, niet waren opgenomen in het financiële overzicht. Deze betalingen zijn alsnog verwerkt, waardoor een achterstand resteerde van € 153,65. Het dossier bij de incassogemachtigde is, zoals ter zitting afgesproken, ingetrokken. De vordering van € 198,-- betreft kosten en honoraria van laboratoriumonderzoek op verzoek van de huisarts. Een specificatie van dit bedrag is overgelegd. De zorgverzekeraar is akkoord gegaan met de door verzoeker voorgestelde verrekening, waardoor een achterstand van € 17,11 resteerde. Dit bedrag werd intussen van verzoeker ontvangen. Voorts is de zorgverzekering per 1 januari 2016 beëindigd. Thans staat bij de zorgverzekeraar geen bedrag meer open. Een toezegging inhoudende dat over 2015 geen zorgkosten meer bij verzoeker in rekening worden gebracht, kan echter niet worden gedaan.
6. De bevoegdheid van de commissie
- 6.1. Gelet op artikel 10 van de zorgverzekering (2013-2015) 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 terecht eigen risicobedragen van verzoeker vordert. Daarnaast zijn partijen verdeeld over de hoogte van de betalingsachterstand, het in rekening brengen van incassokosten en de opzegging van de zorgverzekering door verzoeker.
8. Beoordeling van het geschil
- 8.1. Partijen hebben ter zitting overeenstemming over het geschil bereikt. De betalingsachterstand bedroeg na een tweetal correcties (uitgevoerde betalingen aan de incassogemachtigde en aftrek van door verzoeker gemaakte kosten) per saldo € 17,11, welk bedrag intussen door verzoeker is voldaan. Het dossier bij de incassogemachtigde is gesloten. Voorts is de zorgverzekering met ingang van 1 januari 2016 beëindigd. Hiermede resteren geen geschilpunten meer.
9. Het bindend advies
- 9.1. De commissie stelt hetgeen is omschreven onder 8.1 vast.

Zeist, 27 januari 2016,

P.J.J. Vonk