



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem
Zaak : Onduidelijke niet-gespecificeerde vordering(en), schadevergoeding
Zaaknummer : 201500049
Zittingsdatum : 2 december 2015

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden zorgverzekering 2007-2009, paragraaf 3.3 Zvw)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door C te B,

tegen

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

2. De verzekeringssituatie

2.1. Verzoeker is tot op heden bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de VGZ Zorgverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Tevens heeft verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar ten behoeve van zijn minderjarige zoon een zorgverzekering afgesloten. Verder waren ten behoeve van verzoeker - en zijn minderjarige zoon - bij de ziektekostenverzekeraar verschillende aanvullende ziektekostenverzekeringen afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Alle hiervoor genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten 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. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar verzocht over te gaan tot kwijtschelding van de bestaande betalingsachterstand. Bij brief van 14 november 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dit verzoek niet in te willigen en de vordering te handhaven.

3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormeld standpunt gevraagd. Bij brief van 15 december 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te handhaven.

3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.

3.4. Bij brief van 17 juni 2015 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar dient over te gaan tot (i) kwijtschelding van de betalingsachterstand, respectievelijk teruggave van de teveel betaalde bedragen, en (ii) vergoeding van de in de onderhavige procedure gemaakte kosten (hierna: het verzoek).

3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 37,- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar 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.

3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 17 september 2015 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 23 september 2015 aan verzoeker gezonden.

- 3.7. Verzoeker is in de gelegenheid gesteld te reageren op het onder 3.6 bedoelde standpunt van de ziektekostenverzekeraar. Van de geboden mogelijkheid heeft verzoeker geen gebruik gemaakt.
- 3.8. 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.
- 3.9. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben op respectievelijk 28 september en 23 november 2015 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.10. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 2 december 2015 telefonisch gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker ontving op enig moment een brief van de ziektekostenverzekeraar met het verzoek een bedrag van totaal € 501,34 te voldoen ter zake van openstaande zorgkosten. Na vele contacten met de ziektekostenverzekeraar is het verzoeker gebleken dat de vordering van € 501,34 betrekking heeft op zorgkosten uit 2007, 2008 en 2009. Teneinde incassokosten te voorkomen heeft hij voor genoemd bedrag een betalingsregeling afgesproken. Verzoeker meent evenwel dat hij dit bedrag niet aan de ziektekostenverzekeraar hoeft te betalen, aangezien hij alle verschuldigde premies en zorgkosten heeft voldaan.
- 4.2. Verzoeker stelt dat hij in 2008 met de ziektekostenverzekeraar een betalingsregeling is overeengekomen voor de op dat moment openstaande zorgkosten. Deze kosten hadden betrekking op het verplicht eigen risico vanwege behandelingen fysiotherapie en de geneesmiddelen Sofradex oordruppels en Amplodipine. Een medewerker van de ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brief van 14 november 2014 bevestigd dat verzoeker de in 2008 afgesproken betalingsregeling goed is nagekomen.
- 4.3. Verzoeker heeft sterk de indruk dat de ziektekostenverzekeraar verschillende kosten, waarvoor in 2008 voornoemde betalingsregeling is afgesproken, thans opnieuw in rekening brengt. Om die reden wenst verzoeker van de ziektekostenverzekeraar een gespecificeerd overzicht te ontvangen, met daarop vermeld alle kosten die vanaf 2006 ten behoeve van hem zijn vergoed ten laste van de zorgverzekering, met als doel een en ander te kunnen controleren. Tot op heden laat de ziektekostenverzekeraar echter na een zodanig overzicht te verstrekken zodat verzoeker niet weet welke kosten door de verschillende zorgverleners zijn gedeclareerd en of deze juist zijn.
- 4.4. Gelet op het voorgaande stelt verzoeker dat hij het bedrag van € 501,34 niet aan de ziektekostenverzekeraar is verschuldigd en vordert hij de reeds door hem betaalde bedragen terug. Daarnaast vordert verzoeker vergoeding van de kosten die hij vanwege de onderhavige procedure maakt.
- 4.5. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat de communicatie tussen hem en de ziektekostenverzekeraar niet goed is verlopen. Tot op heden heeft de ziektekostenverzekeraar zijn openstaande vordering niet gespecificeerd waardoor verzoeker niet kan controleren of de vorderingen terecht in rekening zijn gebracht. Het is niet redelijk om van een verzekerde te verlangen dat hij verder onderzoekt waar de posten op zien. Het is aan de ziektekostenverzekeraar zijn vorderingen te onderbouwen.
- 4.6. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft in het verleden met verzoeker verschillende betalingsregelingen getroffen. Op 20 mei 2014 is met verzoeker een betalingsregeling afgesproken voor een totaalbedrag van € 338,81. Voorts is met verzoeker op 9 december 2014 een betalingsregeling afgesproken voor een totaalbedrag van € 501,34. Verzoeker betwist dat hij laatstgenoemd bedrag verschuldigd is omdat hij de zorgkosten uit 2007, 2008 en 2009 reeds door middel van een in 2008 afgesproken betalingsregeling heeft voldaan. Deze stelling is echter niet correct.
- 5.2. Met betrekking tot het verzoek de zorgkostennota's nader te specificeren, merkt de ziektekostenverzekeraar op dat hij niet beschikt over gedetailleerde informatie over de zorg die wordt genoten door zijn verzekerden. Op de zorgkostennota's die zorgverleners aan de ziektekostenverzekeraar sturen staat nooit informatie over de aard, de omvang en de frequentie van de behandeling. Onder meer op 11 mei 2015 is aan verzoeker een specificatie gezonden met daarop alle bij de ziektekostenverzekeraar beschikbare informatie over de genoten zorg.
- 5.3. Gelet op het voorgaande ziet de ziektekostenverzekeraar geen aanleiding de bestaande betalingsachterstand kwijt te schelden onderscheidenlijk verzoeker te compenseren voor de door hem gemaakte kosten.
- 5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat de vorderingen van de jaren 2007, 2008 en 2009 zijn voldaan met een betalingsregeling. Naar de datum van de hoorzitting staat enkel een bedrag op van € 314,10 ter zake van het eigen risico 2015.
- 5.5. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het onderhavige verzoek dient te worden afgewezen.
6. De bevoegdheid van de commissie
- 6.1. Gelet op de artikelen 10 van de zorgverzekering en 7 van de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.
7. Het geschil
- 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is (i) over te gaan tot kwijtschelding van de bestaande betalingsachterstand, respectievelijk teruggave van de door verzoeker te veel betaalde bedragen, en (ii) hem gemaakte de kosten in verband met de onderhavige procedure te vergoeden.
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 als volgt:

“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. De (wijze van) premiebetaling voor de aanvullende verzekering is geregeld in artikel 3 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering. Hierbij is onder meer geregeld dat de premie voor de aanvullende ziektekostenverzekering bij vooruitbetaling is verschuldigd.

9. Beoordeling van het geschil

9.1. De ziektekostenverzekeraar heeft bij verzoeker een bedrag van totaal € 501,34 gevorderd ter zake van zorgkosten uit 2007, 2008 en 2009. Verzoeker stelt dat hij deze zorgkosten al heeft voldaan door middel van een in 2008 afgesproken betalingsregeling. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 14 november 2014 erkend dat met verzoeker in 2008 een betalingsregeling werd overeengekomen en dat deze betrekking had op het eigen risico 2007 en 2008 vanwege behandelingen fysiotherapie en de medicijnen Sofradex Oordruppels en Amlodipine. Verdere details over de afgesproken regeling, zoals of deze door verzoeker correct is nagekomen, en de data van de behandelingen fysiotherapie, ontbreken. Daarbij was in 2007 nog geen sprake van een verplicht eigen risico, maar van de no-claimregeling. Dat verzoeker toen een vrijwillig eigen risico had, is gesteld noch gebleken. Onder deze omstandigheden, en nu essentiële informatie ontbreekt, komt de commissie tot het oordeel dat de zorgkosten uit 2007 en 2008 zijn vervallen. Voor zover verzoeker deze zorgkosten door middel van de op 9 december 2014 afgesproken betalingsregeling heeft voldaan, heeft hij recht op teruggave van hetgeen is betaald.

9.2. Uit de overgelegde stukken is de commissie niet gebleken dat verzoeker de zorgkosten uit 2009 reeds heeft voldaan. Zodoende is de commissie van oordeel dat verzoeker de betreffende bedragen wel is verschuldigd aan de ziektekostenverzekeraar. Het argument van verzoeker dat hij deze kosten niet is verschuldigd omdat de ziektekostenverzekeraar, ondanks herhaalde verzoeken daartoe, deze zorgkostennota's niet nader heeft gespecificeerd, kan verzoeker niet baten. De ziektekostenverzekeraar heeft immers bij brief van 11 mei 2015 aan verzoeker een overzicht gezonden van de afgewikkelde zorgkostennota's uit 2009. Op dit overzicht staat vermeld door wie de kosten zijn gedeclareerd, op welke datum de kosten zijn gemaakt, en het door de zorgverlener gedeclareerde bedrag. Niet valt in te zien waarom deze informatie niet toereikend zou zijn voor controledoeleinden. Indien verzoeker nadere vragen heeft met betrekking tot één of meer declaraties, kan hij de betrokken zorgaanbieder, met wie hij een behandelovereenkomst is aangegaan, daarover benaderen. Gelet op het voorgaande is de commissie van oordeel dat de ziektekostenverzekeraar, binnen de kaders van de Wet bescherming persoonsgegevens, de afgewikkelde zorgkostennota's voldoende heeft gespecificeerd.

9.3. Voorts vordert verzoeker de in verband met de onderhavige procedure door hem gemaakte kosten. Ten aanzien hiervan merkt de commissie op dat volgens vaste jurisprudentie van de commissie slechts die kosten voor vergoeding in aanmerking komen waarvan het redelijk is dat deze zijn gemaakt en waarvan bovendien de omvang redelijk is (zie ook GcZ, 8 april 2009, 2008.02573). Kosten ter vergoeding van – samengevat – het tijdsbeslag dat gemoeid is met het opstellen van processtukken ten behoeve van de onderhavige procedure, beschouwt de commissie niet als kostenposten in vorenstaande zin die voor vergoeding in aanmerking komen. Om deze reden meent de commissie dat de gevorderde schadevergoeding niet voor toewijzing in aanmerking komt.

Conclusie

9.4. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen, in die zin dat de zorgkosten uit 2007 en 2008 zijn vervallen. Voor zover verzoeker deze zorgkosten door middel van de op 9 december 2014 afgesproken betalingsregeling al (gedeeltelijk) heeft voldaan, heeft hij recht op teruggave van de hiermee gemoeide bedragen. Het meer of anders gevorderde dient te worden afgewezen.



9.5. Aangezien het verzoek deels wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,-- aan verzoeker te vergoeden.



10. Het bindend advies



10.1. De commissie wijst het verzoek toe op de wijze als hierboven in 9.4 is vermeld.

10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden het entreegeld van € 37,--.

Zeist, 16 december 2015,



H.A.J. Kroon

