



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen N.V. Univé Zorg te Arnhem
Zaak : Schadevergoeding
Zaaknummer : 201600150
Zittingsdatum : 18 januari 2017

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. P.J.J. Vonk, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden zorgverzekering 2014-2015)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

N.V. Univé Zorg te Arnhem, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Verzoeker was tot en met 31 december 2015 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 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. De zorgverzekeraar heeft verzoeker bij brief van 1 april 2015 medegedeeld dat een bedrag van € 1.397,64 open staat ter zake van premie, zorgkosten, termijnen in het kader van een betalingsregeling, en acceptgirokosten.
- 3.2. De zorgverzekeraar heeft verzoeker bij brief van 5 mei 2015 verzocht een bedrag van € 680,02 te betalen.
- 3.3. De zorgverzekeraar heeft verzoeker op 24 juni 2015 aangemeld als wanbetaler bij het Zorginstituut Nederland (hierna: Zorginstituut).
- 3.4. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormeld standpunt gevraagd. Bij brief van 5 augustus 2015 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat het openstaande bedrag € 368,29 bedraagt en hem verzocht dit bedrag te betalen.
- 3.5. De zorgverzekeraar heeft verzoeker met ingang van 1 september 2015 afgemeld als wanbetaler bij het Zorginstituut.
- 3.6. Bij brief van 8 september 2015 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker de overeengekomen betalingsregeling voor het openstaande bedrag van € 100,54 bevestigd.
- 3.7. De zorgverzekeraar heeft verzoeker bij brief van 11 december 2015 medegedeeld dat een bedrag van € 149,90 ter zake van een viertal zorgkostennota's open staat.
- 3.8. Bij brief van 24 december 2015 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker de overeengekomen betalingsregeling voor het openstaande bedrag van € 149,90 bevestigd.

- 3.9. Verzoeker heeft zich bij klachtenformulier van 19 januari 2016 tot de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen gewend.
- 3.10. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft bemiddeld. Dit heeft ertoe geleid dat de zorgverzekeraar heeft besloten verzoeker te compenseren voor de - onterecht gebleken - aanmelding bij het Zorginstituut over de maanden juli en augustus 2015. Voorts heeft de zorgverzekeraar medegedeeld dat geen sprake (meer) is van een betalingsachterstand.
- 3.11. Bij e-mailbericht van 14 september 2016 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is aan hem een ruimere schadevergoeding te verlenen (hierna: het verzoek).
- 3.12. 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.
- 3.13. De zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 1 december 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 16 december 2016 aan verzoeker gezonden.
- 3.14. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 20 december 2016 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De zorgverzekeraar heeft op 3 januari 2017 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.15. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 18 januari 2017 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord.
- 3.16. Verzoeker heeft de commissie bij brief van 19 januari 2017 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is ter kennisname aan de zorgverzekeraar gezonden.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker is vanaf 2006 verzekerd bij de zorgverzekeraar. Hij heeft de premies altijd tijdig voldaan. Het is vaak voorgekomen dat deze premies, en overigens ook andere bedragen, zijn betaald zonder vermelding van een kenmerk. Verzoeker was simpelweg niet op de hoogte van het feit dat een betalingskenmerk moet worden vermeld. Hij heeft altijd zijn naam en klantnummer bij de betalingen opgegeven. De zorgverzekeraar heeft nooit geld teruggestort, zodat ervan mocht worden uitgegaan dat de betalingen goed liepen.

Vanaf ongeveer het jaar 2014 heeft verzoeker het gevoel dat de zorgverzekeraar hem veel rekeningen stuurt. Op enig moment is verzoeker deze rekeningen in twijfel gaan trekken en is de zorgverzekeraar verzocht om alle betalingen te controleren. De zorgverzekeraar is hiertoe overgegaan, maar de conclusie was dat een achterstand bestond van bijna € 1.400,-. Verzoeker heeft dit gecontroleerd en de uitkomst was dat door de zorgverzekeraar als onbetaald opgegeven premies, wel degelijk waren voldaan. Na een klacht over deze achterstand, ontving verzoeker opnieuw een brief van de zorgverzekeraar en daaruit bleek dat de achterstand was teruggebracht naar € 680,02. Vervolgens ontving verzoeker nog een brief en daarin stond dat de achterstand € 268,29 bedroeg. Bovendien werden excuses aangeboden.

Aangezien veel onduidelijkheid bestond over de achterstand, heeft verzoeker bewust niet tijdig betaald. De zorgverzekeraar heeft hierop het Zorginstituut ingeschakeld. Hierdoor was verzoeker twee maanden de hoge bestuursrechtelijke premie verschuldigd. Dit ondanks dat het bedrag van € 326,14 dat door de zorgverzekeraar was genoemd in zijn brief van 10 juli 2015 door verzoeker was betaald op 13 augustus 2015. Het Zorginstituut weigerde met verzoeker te communiceren en verwees hem naar de zorgverzekeraar.

Verzoeker heeft het gevoel dat de zorgverzekeraar geld van hem steelt. Een voorbeeld hiervan is een nota ter zake van zorg die verzoeker heeft genoten in het Oogziekenhuis in Rotterdam. Volgens de zorgverzekeraar is verzoeker hier twee keer geweest en daarom zijn twee rekeningen gestuurd, te weten van € 100,54 en € 84,60. Verzoeker weet zeker dat hij maar één keer in het Oogziekenhuis is geweest. Hij heeft contact opgenomen met het Oogziekenhuis en de medewerker daar heeft verklaard dat maar één rekening ten bedrage van € 84,60 is gedeclareerd op 10 maart 2015. De zorgverzekeraar blijft echter vasthouden aan zijn standpunt. Het zelfde is overigens gebeurd met de kosten van zorg die verzoeker heeft genoten in het Vlietland Ziekenhuis, en met apotheekkosten. Overigens is verzoeker er per toeval achter gekomen dat een bedrag van € 133,63 dubbel is betaald.

Verzoeker heeft uiteindelijk de zorgverzekering in december 2015 opgezegd, en is per 2016 overgestapt naar een andere verzekeraar. Hiervoor diende hij wel de vermeende openstaande posten aan de zorgverzekeraar te betalen. De zorgverzekeraar bleef verzoeker ook in 2016 nog rekeningen sturen.

- 4.2. De kwestie met de zorgverzekeraar heeft een grote weerslag op verzoeker. Verzoeken om een persoonlijk onderhoud met de zorgverzekeraar werden niet ingewilligd. Verzoeker werd naar kantoren verspreid over het hele land verwezen en als hij zich dan tot een medewerker van de zorgverzekeraar aldaar wendde, werd hem steevast medegedeeld dat er geen inzage was in zijn gegevens.

Verzoeker wenst tot een oplossing van de kwestie te komen. Voor de schade die hierdoor is ontstaan, onder meer in de vorm van reiskosten, brief- en portokosten, telefoonkosten, geïnvesteerde tijd en gezondheidsproblemen, wenst verzoeker een verdergaande vergoeding van de zorgverzekeraar te ontvangen. De verleende compensatie van € 91,06 is niet toereikend.

- 4.3. Verzoeker was verbaasd over de uitkomst van de bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen. Na jaren deelde de zorgverzekeraar, zonder een excuus, mede dat verzoeker recht heeft op voornoemd bedrag ter compensatie. Feitelijk geeft de zorgverzekeraar hiermee toe dat hij verkeerd zat en dat verzoeker gelijk had. Dit is een overwinning voor verzoeker. De verleende compensatie dekt de geleden schade absoluut niet. Verzoeker vordert een schadevergoeding van € 7.000,--.

- 4.4. Ter zitting heeft verzoeker zijn standpunt herhaald. Voorts is door verzoeker verklaard dat hij de materiële schade niet kan specificeren. Hij beschikt nog over één bon ter zake van portokosten. Tot slot heeft verzoeker het door de zorgverzekeraar ter zitting gedane aanbod voor een tegemoetkoming afgewezen.

- 4.5. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

- 5.1. Verzoeker is van 1 januari 2009 tot en met 31 december 2015 verzekerd geweest bij de zorgverzekeraar. Over de periode van 1 januari 2009 tot en met 31 mei 2009 had verzoeker ook een aanvullende ziektekostenverzekering afgesloten.

Op 24 februari 2012 is de Wet Schuldsanering Natuurlijke Personen (hierna: WSNP) op verzoeker van toepassing geworden. Dit WSNP-traject liep tot en met 29 augustus 2015 en is beëindigd met een schone lei. De zorgverzekeraar heeft na finale kwijting een bedrag van € 744,91 afgeboekt. Wèl is gebleken dat betalingen van verzoeker uit 2013 zijn geboekt op premies voor februari, april, mei, juni en augustus 2009. Deze maanden vallen in de periode vóór de uitspraak WSNP. Een dergelijke verrekening is juridisch niet toegestaan. De zorgverzekeraar heeft hiervoor excuses aan verzoeker aangeboden. Per saldo heeft verzoeker echter geen financieel nadeel geleden. In 2012 heeft de zorgverzekeraar een saldo-opgave van € 784,50 bij de rechtbank ingediend in het kader van de WSNP. Na afronding van het WSNP-traject heeft de zorgverzekeraar een slotuitkering van € 39,59 ontvangen. Het restant van € 744,91 (€ 784,50 - € 39,59) is in mindering gebracht op het openstaande saldo voor de gehele verzekerde periode van verzoeker. De verrekeningen zijn hierdoor gecorrigeerd.

- 5.2. De zorgverzekeraar heeft in februari 2016 totaal 60 betaalbewijzen van verzoeker ontvangen. Deze bewijzen zijn gecontroleerd. Alle bedragen zijn ontvangen en zijn opgenomen in het financiële overzicht ter zake van de polis van verzoeker.
- 5.3. Verzoeker stelt dat hij alleen op 10 maart 2015 in het Oogziekenhuis Rotterdam is geweest. Hiervoor zou een declaratie van € 84,60 zijn ingediend. De zorgverzekeraar heeft deze declaratie ontvangen, vergoed en verrekend met het verplicht eigen risico 2015 van verzoeker. Volgens verzoeker is de zorgkostennota van € 100,54 voor een declaratie van het Oogziekenhuis Rotterdam met (ingangs)datum 23 juli 2014 onterecht. De zorgverzekeraar is dit nagegaan in zijn administratie en gebleken is dat maar één declaratie van het Oogziekenhuis Rotterdam is ontvangen. Wel is een declaratie van het Vlietland Ziekenhuis met (ingangs)datum 23 juli 2014 ontvangen. Voor deze declaratie is € 100,54 bij verzoeker in rekening gebracht ter zake van het verplicht eigen risico 2014. De zorgverzekeraar is van mening dat deze kosten terecht van verzoeker zijn gevorderd.
- 5.4. Door de verrekeningen is verzoeker ten onrechte aangemeld als wanbetaler bij het Zorginstituut over de periode van juli tot en met augustus 2015. Om hem tegemoet te komen is het verschil tussen de bestuursrechtelijke premie (€ 152,53) en de reguliere premie voor de zorgverzekering (€ 107,-) voor deze twee maanden aan verzoeker vergoed, te weten een bedrag van € 91,06.
- 5.5. Verzoeker heeft inmiddels aan al zijn betalingsverplichtingen voldaan. Er is thans geen sprake meer van een betalingsachterstand.
- 5.6. Verzoeker heeft regelmatig contact met de zorgverzekeraar opgenomen over verschillende onderwerpen, dus niet alleen over het onderhavige geschil. Hij geeft verder geen onderbouwing van de schade die hij meent te hebben geleden of een specificatie van dit bedrag. De zorgverzekeraar is van mening dat verzoeker met de verleende compensatie naar behoren is tegemoetgekomen. Op het verzoek hem een schadevergoeding van € 7.000,- te verlenen gaat de zorgverzekeraar dan ook niet in.
- 5.7. Ter zitting heeft de zorgverzekeraar zijn standpunt samengevat herhaald. Voorts heeft de zorgverzekeraar verklaard het spijtig te vinden dat verzoeker zo boos is. Het is nooit de bedoeling geweest verzoeker onheus te bejegenen of hem te benadelen. De gemaakte fouten zijn gecorrigeerd en er zijn meermaals excuses aangeboden, echter niet in de brief waarin het bedrag van € 91,06 is toegezegd. Tot slot heeft de zorgverzekeraar aangevoerd dat verzoeker ervoor had kunnen kiezen per e-mail te communiceren. Wat betreft de verwijzing naar de regionale vestigingen merkt de zorgverzekeraar op dat het concern over veel kantoren in het land beschikt, maar dat deze voornamelijk actief zijn op het terrein van de schadeverzekeringen en niet op dat van de ziektekostenverzekeringen. Het klopt dat men op deze kantoren geen toegang heeft tot het account van verzoeker. De zorgverzekeraar heeft zich ter zitting bereid verklaard aan verzoeker een tegemoetkoming te verlenen ten bedrage van € 100,- tot € 150,-, al dan niet in de vorm van VVV-bonnen.
- 5.8. 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 10 van de zorgverzekering (2014-2015) 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 is gehouden aan verzoeker een ruimere schadevergoeding toe te kennen dan het reeds betaalde bedrag van € 91,06.

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 3.4 van de zorgverzekering (2014-2015) is de verzekeringnemer de premie bij vooruitbetaling verschuldigd.

8.3. Artikel 1.11 van de zorgverzekering (2014-2015) betreft de uitsluitingen en luidt, voor zover hier van belang:

"U hebt geen recht op:

(...)

- vergoeding van schade die het indirecte gevolg is van ons handelen of nalaten;

(...)"

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 ziektekostenverzekeraar 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 Zorginstituut Nederland. De consequentie hiervan is dat voor de nieuw opkomende maanden een – hogere – bestuursrechtelijke premie van toepassing wordt (in plaats van de premiebetaling aan de ziektekostenverzekeraar), alsmede een ander incassoregime, waarbij onder andere bronheffing en incasso door het CJIB mogelijk zijn. Aan het regime bij het Zorginstituut Nederland komt doorgaans weer een einde zodra de schuld uit de zorgverzekering is ingelost of een schuldregeling wordt getroffen.

9. Beoordeling van het geschil

9.1. Vast staat dat verzoeker tot en met 31 december 2015 bij de zorgverzekeraar was verzekerd. In de verzekerde periode is een verschil van mening ontstaan tussen verzoeker en de zorgverzekeraar over openstaande posten. Er zijn diverse bedragen van verzoeker gevorderd en verzoeker is aangemeld geweest als wanbetaler bij het Zorginstituut. Na bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen is gebleken dat geen sprake meer is van een betalingsachterstand en dat verzoeker ten onrechte is aangemeld bij het Zorginstituut. De zorgverzekeraar heeft aan verzoeker een compensatie verleend van € 91,06 voor deze onterechte aanmelding. Verzoeker wenst echter een vergoeding voor alle door hem geleden schade, waarbij door hem een bedrag is genoemd van € 7.000,--. Deze schade ziet op reiskosten, brief- en portokosten, telefoonkosten, geïnvesteerde tijd en gezondheidsproblemen. De zorgverzekeraar heeft aanvankelijk verklaard geen hogere compensatie aan verzoeker te verlenen, doch heeft ter zitting een aanvullende tegemoetkoming van € 100,-- tot € 150,-- toegezegd. Dit aanbod is door verzoeker evenwel verworpen. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.

9.2. Tussen partijen bestond een verzekeringsovereenkomst en in geval van een toerekenbare tekortkoming in de nakoming hiervan kan een verplichting tot schadevergoeding ontstaan. Hierbij geldt dat de schade kosten moet betreffen waarvan het redelijk is dat deze zijn gemaakt en waarvan de omvang eveneens redelijk is.

De commissie is van oordeel dat de zorgverzekeraar ten aanzien van de aanmelding van verzoeker als wanbetaler bij het Zorginstituut voor de periode van 1 juli tot 1 september 2015 toerekenbaar is tekort geschoten in de nakoming van de verzekeringsovereenkomst. De daaruit voortvloeiende schade, te weten het verschil tussen de bestuursrechtelijke premie en de reguliere, nominale premie, is door de zorgverzekeraar vergoed. Het betreft hierbij een bedrag van € 91,06.

Voor het overige is de commissie van oordeel dat van een redelijk handelend verzekeraar mag worden verwacht dat deze een verzekerde niet naar een kantoor stuurt, alwaar noch kennis met betrekking tot ziektekostenverzekeringen aanwezig is noch de bevoegdheid bestaat gegevens van die verzekerde in te zien opdat zaken kunnen worden uitgezocht en opgelost. In het onderhavige geval heeft verzoeker op advies van de zorgverzekeraar diverse (regio)kantoren bezocht, alwaar hem werd verteld dat er geen inzage in zijn gegevens was en dat hij daar niet kon worden geholpen. Ter zitting heeft de zorgverzekeraar bevestigd dat de betreffende (regio)kantoren geen bevoegdheid ten aanzien van ziektekostenverzekeringen hebben. Het door de zorgverzekeraar gegeven advies was zodoende nutteloos. Verzoeker heeft echter wel kosten moeten maken vanwege het bezoek aan de (regio)kantoren.

Voorts staat vast dat de zorgverzekeraar fouten heeft gemaakt bij de toerekening van betalingen. Derhalve zijn gronden aanwezig te bepalen dat de zorgverzekeraar is gehouden aan verzoeker een schadevergoeding te verlenen.

De zorgverzekeraar heeft niet bestreden dat door verzoeker reiskosten, brief- en portokosten en telefoonkosten zijn gemaakt, en dat hij tijd in de oplossing van deze kwestie heeft moeten investeren, doch heeft uitsluitend gesteld dat de hoogte van de schadevergoeding onredelijk is. Om die reden stelt de commissie de hoogte van de schadevergoeding in goede justitie vast op € 500,--.

Conclusie

9.3. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen in die zin dat de zorgverzekeraar aan verzoeker dient te betalen een schadevergoeding van € 500,--. Het meer of anders gevorderde dient te worden afgewezen.

9.4. Aangezien het verzoek wordt toegewezen dient de zorgverzekeraar het door verzoeker betaalde entreegeld van € 37,-- aan hem te vergoeden.

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek toe op de wijze als onder 9.3 is omschreven.

10.2. De commissie bepaalt dat de zorgverzekeraar gehouden is aan verzoeker het entreegeld van € 37,-- te vergoeden.

Zeist, 22 februari 2017,

P.J.J. Vonk