

Aantal mensen dat zorgpremie en eigen risico niet kan betalen neemt toe

Wie zijn zorgpremie niet betaalt, krijgt de verzekeraar, het incassobureau en de overheid achter zich aan. „Schuldeisers drukken mensen plat.”

Door onze redacteurs

JOKE MAT en DANIELLE PINEDO

ROTTERDAM. Karin, een vijftiger die niet met haar achternaam in de krant wil, was een hardwerkende flexwerker. Eén keer per jaar met vakantie. Etentjes buiten de deur. Een modale woning. Maar sinds zij in 2009 werkloos werd, komt ze structureel 250 euro per maand te kort om haar vaste lasten te kunnen betalen. „Ik denk dag en nacht na over geld.”

Door geldgebrek sloeg ze de betaling van haar zorgpremie twee maanden over. Er volgde een brief van een incassobureau: of zij de achterstallige premie en bijbehorende kosten wilde betalen. Karin beloofde beterschap, maar verzocht ook „om coulance”. Die kreeg ze niet: de zorgverzekeraar dagvaardde haar. Intussen steeg het premiebedrag met 30 procent, naar 158 euro. Ze kan net de helft van dat bedrag opbrengen, zegt ze. Haar betalingsachterstand is opgelopen tot 1.187 euro. Ze denkt dat ze daarom niet meer verzekerd is. „Ik mijd de huisarts en de tandarts.”

De zorgverzekering hangt steeds meer Nederlanders als een molensteen om de nek. Dat komt niet alleen door de economische crisis, maar is ook een gevolg van de invoer

ring van de verplichte zorgverzekering in 2006 en een speciale incassoregeling in 2009, die mensen na zes maanden een forse premieverhoging geeft als ze niet betalen. Ongeveer 290.000 mensen hebben een achterstand van zes maanden of meer, meldt het College voor Zorgverzekeringen (CVZ), de overheidsorganisatie die dit registreert.

De laatste maanden neemt het aantal mensen dat de premiebetaling overslaat of het eigen risico van 220 niet (volledig) betaalt sterk toe. Dat is af te meten aan het stijgende aantal betalingsregelingen dat zorgverzekeraars hun klanten aanbieden. Menzis (2,1 miljoen verzekerden) doet dat zo'n twaalfduizend keer per maand, volgens een woordvoerder is dat twee keer zo vaak als vorig jaar.

In de top-10 van schuldeisers van mensen in de schuldhulpverlening staan zorgverzekeraars inmiddels op de tweede plaats, na de belastingdienst. Na een half jaar krijgen de zorgverzekeraars de achterstallige premie vergoed door het rijk. Voorwaarde is wel dat ze het eerste half jaar al het mogelijke hebben gedaan om de premies zelf te innen.

Het is bij zorgverzekeringen niet zoals met gas, water en licht, dat bij niet-betalen wordt afgesloten. „Je blijft verzekerd”, zegt Nadja Jungmann, lector rechten, schulden en incasso aan de Hogeschool Utrecht.

Vaak schorten zorgverzekeraars wel de dekking van de aanvullende verzekering op, wat kan resulteren in hoge extra (tandarts)rekeningen en extra betalingsproblemen.

Uitzondering is verzekeraar ONVZ (400.000 verzekerden), die

mensen royeert als ze drie maanden geen premie hebben betaald. Per maand schrijft ONVZ ongeveer 150 verzekerden uit.

Wie niet betaalt, krijgt bij de meeste zorgverzekeraars na een of twee maanden in een regeling, waarbij de verzekerde minimaal 25 euro per maand betaalt, over maximaal 36 termijnen. Kan de klant dat niet opbrengen, dan verwijst VGZ door naar een erkende schuldhulpverlener. Wie schuldhulp aanvaardt, ontloopt de premieverhoging van 30 procent.

Zorgschulden staan meestal niet op zichzelf. Ongeveer 941.000 Nederlandse huishoudens hebben problematische schulden, of lopen een groot risico die te ontwikkelen. Wie zijn zorgpremie niet kan betalen, heeft vaak al meer betalingsproblemen. „Mensen zijn zelf verantwoordelijk”, zegt expert Nadja Jungmann. „Daar is geen discussie over. Maar er zijn momenten in de ‘schuldcarière’ dat het niet meer te stoppen valt. Als schuldeisers alles doen wat ze mogen doen, drukken ze mensen plat. Die eindigen dan ver onder de armoedegrens.”

Bij wanbetalers wordt gas afgesloten, maar zorg blijft verzekerd

schuldigde zorgpremie, verhoogd met 30 procent, direct van de bankrekening van de wanbetaler tot de schuld aan de zorgverzekeraar voldaan is of een betalingsregeling is getroffen. Als het CVZ het geld niet kan incasseren, wordt het Centraal Justitieel Incassobureau ingeschakeld.

Advocaat Jehanne Hulsman heeft verschillende cliënten als Karin. Zij vindt dat zorgverzekeraars niet genoeg doen om een oplossing te zoeken. „Wat heeft het voor zin om brieven te sturen? Die belanden op de stapel. Ze moeten kijken waarom het mis gaat. Het zou prettig zijn als verzekeraars toegeven dat sommige cliënten niet kunnen betalen.”

Steeds meer zorgverzekeraars laten mensen ook het eigen risico gespreid te betalen. VGZ (4,1 miljoen verzekerden) betreft premie, eigen risico en eigen bijdragen al na twee maanden in een regeling, waarbij de verzekerde minimaal 25 euro per maand betaalt, over maximaal 36 termijnen. Kan de klant dat niet opbrengen, dan verwijst VGZ door naar een erkende schuldhulpverlener. Wie schuldhulp aanvaardt, ontloopt de premieverhoging van 30 procent.

Zorgschulden staan meestal niet op zichzelf. Ongeveer 941.000 Nederlandse huishoudens hebben problematische schulden, of lopen een groot risico die te ontwikkelen. Wie zijn zorgpremie niet kan betalen, heeft vaak al meer betalingsproblemen. „Mensen zijn zelf verantwoordelijk”, zegt expert Nadja Jungmann. „Daar is geen discussie over. Maar er zijn momenten in de ‘schuldcarière’ dat het niet meer te stoppen valt. Als schuldeisers alles doen wat ze mogen doen, drukken ze mensen plat. Die eindigen dan ver onder de armoedegrens.”

De ingewikkelde incassoregeling voor zorgschulden draagt daaraan bij, zegt Jungmann. De regeling is gericht op mensen die de premie voor hun verplichte zorgverzekering niet willen betalen, maar leidt tot onnodig grote problemen voor mensen die het geld echt niet hebben. „De zorgverzekeraar legt bijvoorbeeld beslag op de zorgtoeslag, zodat iemand de zorgpremie weer kan betalen. Maar die zorgtoeslag kreeg iemand niet voor niets. Dan kan hij zijn zorgrekeningen weer niet betalen.”

Meer kwijt aan zorg

Het verplichte eigen risico in de zorg steeg dit jaar van 170 naar 220 euro. Volgend jaar wordt het 350 euro. Mensen die het eigen risico altijd ‘verbruiken’, bijvoorbeeld door chronische ziekte, betalen elk jaar dat bedrag.

Bij sommige zorgverzekeraars neemt het aantal klanten dat voor het eigen risico een betalingsregeling moet treffen, dit jaar al duidelijk toe.

Bij AGIS (1,3 miljoen verzekerden) bedroeg het aantal nieuwe betalingsregelingen in maart meer dan 10.000, tegen ruim 2.000 een maand eerder en bijna 7.500 in maart 2011. Een woordvoerder schrijft de grote toename vooral toe aan mensen die veel zorg nodig hebben, en daardoor al in maart hun hele eigen risico moesten betalen.

Ook Zilveren Kruis Achmea (2,5 miljoen verzekerden) ziet het aantal betalingsregelingen toenemen. De zorgverzekeraar overweegt klanten die het eigen risico altijd opmaken de mogelijkheid te geven dit standaard in termijnen te betalen.

Bij VGZ (4,1 miljoen verzekerden) is nog geen toename. Dertig procent van de de betalingsproblemen komt door het eigen risico. Dat was vorig jaar ook zo.