

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, en ASR Basis Ziektekostenverzekeringen N.V. te Utrecht
Zaak : Eigen risico, vooruitbetaling
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2020 en 2021, artt. 10, 11, 19, 20, 21 Zvw, 2.1, 2.17 en 2.18 Bzv, art. 6:43 BW
Zaaknummer : 202201289
Zittingsdatum : 22 maart 2023

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

en

ASR Basis Ziektekostenverzekeringen N.V. te Utrecht, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoekster heeft bij klachtenformulier van 28 juli 2022 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 23 november 2022 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. Bij brief van 9 januari 2023 heeft de zorgverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op dezelfde datum aan verzoekster 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. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 22 maart 2023 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. Verzoekster was in 2020 en 2021 bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering Vrije Keuze (Combinatie) (hierna: de zorgverzekering).
- 3.2. Vanaf november 2021 probeert verzoekster bij de zorgverzekeraar duidelijkheid te krijgen over de verrekening van het verplicht eigen risico 2020 en 2021. Hiertoe heeft zij de zorgverzekeraar op 9 juni 2021 benaderd, waarop deze haar een overzicht van de betaalde premie stuurde. Op 8 juli 2021 stuurde verzoekster per mail een ingevuld vragenformulier retour, zo ook op 13 juli van dat jaar. Op 26 juli 2021 vroeg zij opnieuw aandacht voor de kwestie door middel van een ingezonden klachtenformulier. Daarnaast zijn er diverse telefonische contacten geweest en heeft de Ombudsman Zorgverzekeringen een brief gestuurd. Een en ander heeft niet ertoe geleid dat de gevraagde duidelijkheid werd geboden.

4. Standpunt verzoekster

- 4.1. Verzoekster heeft aanvankelijk aan de commissie verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is aan haar een bedrag van € 353,41 ter zake van het verplicht eigen risico 2020 en € 31,59 ter zake van het verplicht eigen risico 2021 terug te betalen.

- 4.2. Verzoekster stelde in dat verband vast dat het verplicht eigen risico in beide jaren € 385,- bedroeg. Met betrekking tot het eigen risico 2020 is door haar een bankafschrift overgelegd, waaruit blijkt dat op 23 november 2019 een betaling van € 385,- is gedaan met de omschrijving "Eigen risico 2020 vooruitbetaling". Met betrekking tot het eigen risico 2021 betaalde verzoekster blijkens een door haar overgelegd ongedateerd bankafschrift een bedrag van € 1.795,60 met de omschrijving "Betaling jaarpremie polis xxxxx001 en eigen risico 2021". Op 27 juli 2020 betaalde verzoekster € 9,61 ter zake van het eigen risico. Met valutadatum 29 september 2020 werd € 316,41 automatisch geïncasseerd, onder vermelding van "Omschrijving eigen risico". Voorts werd op 29 november 2021 € 73,38 automatisch geïncasseerd, eveneens onder vermelding van "Omschrijving eigen risico". Laatstgenoemd bedrag bestaat volgens verzoekster uit € 27,39 aan eigen risico 2020, € 31,59 aan eigen risico 2021 en € 14,40 te weinig betaalde premie. Zij concludeert dat de volgende bedragen teveel zijn betaald: € 9,61 + € 316,41 + € 27,39 (eigen risico 2020) en € 31,59 (eigen risico 2021). De terugbetaling, door de zorgverzekeraar, in 2022 heeft volgens verzoekster geen betrekking op het eigen risico 2020, maar op dat voor 2022.
- 4.3. Bij e-mailbericht van 16 februari 2023 heeft verzoekster haar verzoek gewijzigd, waarbij zij heeft verklaard dat de verrekening door de zorgverzekeraar mogelijk wel juist is, en zij aan de commissie heeft verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar ten onrechte de vooruitbetaalde bedragen voor het eigen risico van 2020 en 2021 heeft gebruikt voor andere openstaande vorderingen.
- 4.4. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft verzoekster te kennen gegeven dat alle punten die zij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen, zijn besproken.

5. Standpunt zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar heeft in het kader van het nader commentaar een overzicht overgelegd van de facturen die tussen 1 januari 2017 en 31 december 2022 aan verzoekster zijn gestuurd en de betalingen die van haar zijn ontvangen. Verzoekster heeft in 2019 gekozen voor een vrijwillig eigen risico van € 500,- bovenop het verplichte eigen risico van € 385,-. De overige jaren gold enkel het verplichte eigen risico. De zorgverzekeraar stelt dat uit het overzicht blijkt dat verzoekster niets teveel heeft betaald.
- 5.2. Ter zitting heeft de zorgverzekeraar in aanvulling hierop erkend dat het voor verzoekster heel vervelend is gelopen en dat de zorgverzekeraar niet op de juiste manier heeft verrekend. De zorgverzekeraar heeft geprobeerd inzichtelijk te maken hoe de verrekeningen zijn verlopen. Ter zitting is het door de zorgverzekeraar opgestelde schema nog een keer doorgenomen.
- 5.3. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft de zorgverzekeraar te kennen gegeven dat alle punten die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen, zijn besproken.

6. Bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 17 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 6.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

7. Beoordeling

- 7.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en het Besluit zorgverzekering (Bzv) over het eigen risico alsmede die uit het Burgerlijk Wetboek (BW) over de toerekening van betalingen zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies.
Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Zorgverzekering

- 7.2. De commissie stelt in de eerste plaats vast dat de systematiek van het verplicht eigen risico ertoe leidt dat dit pas verschuldigd wordt zodra zorg of een andere dienst is genoten waarvan de kosten ten laste van de zorgverzekering komen. In 2020 respectievelijk 2021 bedraagt het eigen risico een bedrag van € 385,-. Partijen kunnen over de betaling van dit eigen risico nadere afspraken maken, bijvoorbeeld dat betaling vooraf dan wel achteraf in termijnen geschiedt indien het eigen risico in enig jaar wordt vol gemaakt. Verzoekster heeft aangevoerd dat het eigen risico 2020 en 2021 door haar bij vooruitbetaling werd voldaan. De zorgverzekeraar heeft dit niet bestreden.
- 7.3. Uit het bepaalde in artikel 6:43, eerste lid, BW volgt dat toerekening geschiedt op de verbintenis welke de schuldenaar bij betaling aanwijst. Dit betekent dat de zorgverzekeraar het kenmerk dat een verzekerde meegeeft aan een betaling moet respecteren. Op 23 november 2019 heeft verzoekster bij een betaling als omschrijving meegegeven "Eigen risico 2020 vooruitbetaling". Bij de betaling van € 1.795,60 was de omschrijving "Betaling jaarpremie polis xxxx001 en eigen risico 2021". De zorgverzekeraar had, bij ontvangst van de beide betalingen, de mogelijkheid deze te accepteren en te gebruiken voor de betaling van een eventueel in 2020 respectievelijk 2021 verschuldigd eigen risico dan wel niet akkoord te gaan met vooruitbetaling en de bedragen van € 385,- terug te storten.
- 7.4. Tussen partijen staat niet ter discussie dat verzoekster in 2020 en 2021 kosten heeft gemaakt die op grond van artikel 5 van de voorwaarden van de zorgverzekering ten laste komen van die verzekering en vallen onder het verplicht eigen risico van € 385,-. Voor beide jaren geldt dat hiermee het eigen risico volledig werd vol gemaakt. Zoals hiervoor is geconcludeerd, werd het bedrag van € 385,- ("Eigen risico 2020 vooruitbetaling") reeds op 23 november 2019 voldaan. De zorgverzekeraar heeft gesteld dat dit bedrag is geboekt op het nog openstaande (vrijwillig) eigen risico over 2019. Het gaat hierbij om een bedrag van € 57,88 op 3 januari 2020 en een bedrag van € 375,04 op 26 maart 2020. De verschuldigdheid van beide bedragen is door verzoekster niet bestreden. Met het verrekenen van het (vrijwillig) eigen risico over 2019 is het verschuldigde eigen risico over 2020 weer opengevallen. De zorgverzekeraar heeft een gedeelte hiervan op 27 juli 2020 (€ 9,61) en 28 september 2020 (€ 316,41) bij verzoekster in rekening gebracht.
- 7.5. Uit de stukken blijkt voorts dat in de betaling van € 1.795,60 op 16 november 2020 een bedrag van € 370,60 was begrepen voor het eigen risico voor 2021. De zorgverzekeraar heeft dit niet gereserveerd voor het eigen risico 2021, maar geboekt op het nog openstaande eigen risico over 2020. Het restant van het eigen risico 2021 werd op 25 november 2021 voldaan door middel van een automatische incasso. Van het bedrag van € 73,38 werd een deel al verrekend met het eigen risico 2020.
- 7.6. Verzoekster heeft bij de betalingen op 23 november 2019 respectievelijk 16 november 2020 in de woorden van artikel 6:43, eerste lid, BW de verbintenis aangewezen, te weten: betaling eigen risico 2020 respectievelijk 2021. Gelet daarop heeft de zorgverzekeraar ten onrechte de vooruitbetaalde bedragen van € 385,- en € 370,60 geboekt op ten tijde van ontvangst van de vooruitbetalingen openstaande vorderingen op verzoekster. Ter zitting heeft de commissie het financieel overzicht van de zorgverzekeraar met partijen doorgenomen. Er is consensus over het feit dat verzoekster onder aan de streep niet teveel aan eigen risico heeft betaald. Naar het oordeel van de commissie voert het om die reden te ver om de verwerking van de diverse betalingen te corrigeren.

- 7.7. De commissie ziet in de handelwijze van de zorgverzekeraar wel aanleiding te bepalen dat deze aan verzoekster het door haar betaalde entreegeld moet vergoeden. De commissie merkt nog op dat het, ondanks de diverse verzoeken van verzoekster, tot aan het indienen van het nader commentaar heeft geduurd voordat de zorgverzekeraar duidelijkheid bood over de verwerking van de betalingen. De commissie begrijpt dat dit bij verzoekster tot wrevel heeft geleid, maar kan hieraan geen consequenties verbinden. Ter zitting heeft de zorgverzekeraar toegezegd naast het entreegeld uit coulance ook de reiskosten van verzoekster naar de zitting te vergoeden.

Slotsom

- 7.8. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. Bindend advies

- 8.1. De commissie beslist dat:

- (i) de zorgverzekeraar ten onrechte de vooruitbetaalde bedragen voor het eigen risico van 2020 en 2021 heeft gebruikt voor andere vorderingen;
- (ii) de zorgverzekeraar aan verzoekster het entreegeld van € 37,- en de reiskosten van € 25,- moet vergoeden.

Zeist, 1 juni 2023

A.I.M. van Mierlo

Informatie voor partijen

Staat in de uitspraak een schrijffout, rekenfout of andere duidelijke vergissing? Dan kan elke partij de geschillencommissie vragen om dit te verbeteren. Dat moet gebeuren binnen tien dagen na de verzending van de uitspraak. De beslissing van de geschillencommissie kan niet ter discussie worden gesteld.

Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als sprake is van ernstige gebreken. Meer informatie staat op de website www.rechtspraak.nl.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving

2. Voorwaarden zorgverzekering

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

1. De zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet omvatten de vormen van zorg of diensten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, met uitzondering van vormen van zorg of diensten die voor de verzekerden kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift.
2. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
3. Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
4. Onder de zorg en overige diensten, bedoeld in het eerste lid, valt niet forensische zorg als bedoeld in artikel 1.1, tweede lid, van de Wet forensische zorg of forensische zorg als aangemerkt in of krachtens een algemene maatregel van bestuur.
5. In afwijking van het tweede lid vallen onder de zorg en overige diensten, bedoeld in de artikelen 2.4, 2.6, 2.8 of 2.9, ook de zorg en diensten die bij ministeriële regeling zijn aangewezen onder de daarbij geregelde voorwaarden en gedurende een daarbij aan te geven termijn van maximaal veertien jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.

Artikel 2.17

1. Kosten van het gebruik van zorg en overige diensten die buiten het verplicht eigen risico vallen, betreffen kosten van:
 - a. verloskundige zorg en kraamzorg,
 - b. de niet-invasieve prenatale test en het structureel echoscopisch onderzoek in het tweede trimester,
 - c. huisartsenzorg,
 - d. multidisciplinaire eerstelijnszorg waar huisartsenzorg deel van uitmaakt,
 - e. gecombineerde leefstijlinterventie,
 - f. de zorg waarop ingevolge dit hoofdstuk aanspraak bestaat aan de donor nadat de periode, bedoeld in artikel 2.5, eerste lid, onderdeel d, is verstreken, voor zover die zorg verband houdt met de opname, bedoeld in artikel 2.5, eerste lid, onderdeel d,
 - g. vervoer, bedoeld in artikel 2.5, tweede lid, en
 - h. verpleging en verzorging als bedoeld in artikel 2.10.
2. De zorgverzekeraar kan bepalen dat kosten van het gebruik van zorg en overige diensten als bedoeld in artikel 11 van de wet geheel of gedeeltelijk buiten het verplicht eigen risico vallen, indien:
 - a. de verzekerde gebruik maakt van een door de zorgverzekeraar aangewezen zorgaanbieder,
 - b. de verzekerde een bij ministeriële regeling aangewezen gezondheidsbevorderend of op preventie gericht programma volgt, voor zover dat programma is aangewezen door de zorgverzekeraar en de kosten betrekking hebben op de aandoening waarvoor de verzekerde dat programma heeft gevolgd, of
 - c. de verzekerde gebruik maakt van door de zorgverzekeraar aangewezen farmaceutische zorg of hulpmiddel.
3. De dag, bedoeld in artikel 19, vierde lid, van de wet, is 31 december.

Artikel 2.18

1. De kosten van inschrijving bij een huisarts of bij een instelling die huisartsenzorg verleent, vallen buiten het vrijwillig eigen risico.
2. Onder kosten van inschrijving worden verstaan:
 - a. een bedrag ter zake van de inschrijving als patiënt, tot ten hoogste het tarief dat op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg als beschikbaarheidstarief is vastgesteld;
 - b. vergoedingen die samenhangen met de wijze waarop de geneeskundige zorg in de praktijk van de huisarts of in de instelling wordt verleend, met de kenmerken van het patiëntenbestand of met de locatie van de praktijk of de instelling, voor zover deze vergoedingen tussen de zorgverzekeraar van de verzekerde en zijn huisarts of instelling zijn overeengekomen en de huisarts of instelling deze vergoedingen krachtens eerderbedoelde overeenkomst bij de inschrijving van een verzekerde in rekening mag brengen.

Zorgverzekeringswet

Artikel 19

1. Iedere verzekerde van achttien jaar of ouder heeft een verplicht eigen risico van € 385 per kalenderjaar.
2. Het bedrag, genoemd in het eerste lid, wordt jaarlijks geïndexeerd overeenkomstig het verschil in geraamde uitgaven voor de zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, tussen het kalenderjaar waarop het verplicht eigen risico betrekking zal hebben en vergelijkbare uitgaven voor het jaar voorafgaand aan dat kalenderjaar.
3. Indien het geïndexeerde bedrag naar beneden afgerond € 5 of een veelvoud daarvan verschilt van het in het eerste lid genoemde bedrag, wordt dit bedrag bij ministeriële regeling gewijzigd, waarna het in die regeling genoemde bedrag in de plaats treedt van het in het eerste lid genoemde bedrag.
4. Rekeningen voor kosten van zorg of overige diensten worden slechts op het verplicht eigen risico in mindering gebracht, indien deze door de zorgverzekeraar zijn ontvangen voor een bij algemene maatregel van bestuur te bepalen dag van het kalenderjaar volgend op het kalenderjaar waarop het verplicht eigen risico betrekking heeft, tenzij het aan de verzekerde te wijten is dat de rekening niet voor die dag is ingediend.
5. In afwijking van het vierde lid is de zorgverzekeraar gerechtigd het verplicht eigen risico in rekening te brengen indien het aan de verzekerde te wijten is dat de rekening niet voor de bij algemene maatregel van bestuur bepaalde dag is ingediend.
6. Bij algemene maatregel van bestuur wordt bepaald op welke wijze het verplicht eigen risico in mindering wordt gebracht.
7. Het tweede en derde lid blijven buiten toepassing voor de jaren 2019 tot en met 2025.

Artikel 20

1. De zorgverzekeraar biedt van iedere zorgverzekering met een bepaalde combinatie van te verzekeren prestaties als bedoeld in artikel 11, eerste lid, een variant zonder vrijwillig eigen risico aan.
2. De zorgverzekeraar kan voor de verzekering van een persoon van achttien jaar of ouder varianten van de zorgverzekering aanbieden met een vrijwillig eigen risico van € 100, € 200, € 300, € 400 of € 500 per kalenderjaar, waartegenover hij een korting op de grondslag van de premie verleent.
3. De korting mag afhangen van:
 - a. de omvang van het voor de verzekerde gekozen vrijwillig eigen risico;
 - b. het aantal kalenderjaren waarvoor een vrijwillig eigen risico voor de verzekerde gegolden heeft.
4. De zorgverzekeraar neemt in zijn modelovereenkomst op welke premiekorting bij welk vrijwillig eigen risico voor welk aantal kalenderjaren geldt.
5. Indien de zorgverzekeraar een of meer van de door hem aangeboden vrijwillige eigen risico's laat vervallen, geeft de zorgverzekeraar de verzekeringnemers die een zorgverzekering met zo'n vrijwillig eigen risico hebben afgesloten, de mogelijkheid om te kiezen voor een zorgverzekering met een lager of zonder vrijwillig eigen risico.

Artikel 21

- 1.** Het percentage van de kosten van zorg of overige diensten dat ten laste gaat van het verplicht eigen risico, wordt bij algemene maatregel van bestuur vastgesteld.
- 2.** In afwijking van het eerste lid kunnen bij algemene maatregel van bestuur vormen van zorg of overige diensten worden aangewezen waarvoor de kosten geheel, gedeeltelijk of in het geheel niet onder het verplicht eigen risico vallen.
- 3.** In afwijking van het eerste lid kunnen bij algemene maatregel van bestuur vormen van zorg of overige diensten worden aangewezen waarvan de zorgverzekeraar, onder bij die maatregel te bepalen voorwaarden, kan bepalen dat de kosten geheel of gedeeltelijk buiten het verplicht eigen risico vallen.
- 4.** De zorgverzekeraar kan vormen van zorg of overige diensten aanwijzen waarvan de kosten niet onder het vrijwillig eigen risico vallen, met dien verstande dat bij algemene maatregel van bestuur vormen van zorg of overige diensten kunnen worden aangewezen waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk buiten het vrijwillig eigen risico vallen.

Zorgverzekeringswet

Artikel 10

Het krachtens de zorgverzekering te verzekeren risico is de behoefte aan:

- a. geneeskundige zorg, waaronder de integrale eerstelijnszorg zoals die door huisartsen en verloskundigen pleegt te geschieden;
- b. mondzorg;
- c. farmaceutische zorg;
- d. hulpmiddelenzorg;
- e. verpleging;
- f. verzorging, waaronder de kraamzorg;
- g. verblijf in verband met geneeskundige zorg;
- h. vervoer in verband met het ontvangen van zorg of diensten als bedoeld in de onderdelen a tot en met g, dan wel in verband met een recht op zorg op grond van de Wet langdurige zorg.

Artikel 11

1. De zorgverzekeraar heeft jegens zijn verzekerden een zorgplicht die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit:
 - a. de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft, of
 - b. vergoeding van de kosten van deze zorg of overige diensten alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten.
2. In de zorgverzekering kunnen combinaties van verzekerde prestaties als bedoeld in het eerste lid, onderdeel a of b, worden opgenomen.
3. Bij algemene maatregel van bestuur worden de inhoud en omvang van de in het eerste lid bedoelde prestaties nader geregeld en kan voor bij die maatregel aan te wijzen vormen van zorg of overige diensten worden bepaald dat een deel van de kosten voor rekening van de verzekerde komt.
4. In de algemene maatregel van bestuur kan worden bepaald dat bij ministeriële regeling:
 - a. vormen van zorg of overige diensten kunnen worden uitgezonderd van de in het eerste lid bedoelde of in de maatregel nader omschreven prestaties;
 - b. de inhoud en omvang van de prestaties bestaande uit zorg als bedoeld in artikel 10, onderdelen a, c en d, nader wordt geregeld;
 - c. nadere regels kunnen worden gesteld over het deel van de kosten dat voor rekening van de verzekerde komt.
5. Een zorgverzekeraar kan modelovereenkomsten aanbieden waarin, in geringe afwijking van het bepaalde bij of krachtens het eerste en derde lid, bepaalde om ethische of levensbeschouwelijke redenen controversiële prestaties buiten de dekking van de zorgverzekering blijven.

Burgerlijk Wetboek Boek 6

Artikel 43

1. Verricht de schuldenaar een betaling die zou kunnen worden toegerekend op twee of meer verbintenissen jegens een zelfde schuldeiser, dan geschiedt de toerekening op de verbintenis welke de schuldenaar bij de betaling aanwijst.
2. Bij gebreke van zodanige aanwijzing geschiedt de toerekening in de eerste plaats op de opeisbare verbintenissen. Zijn er ook dan nog meer verbintenissen waarop de toerekening zou kunnen plaatsvinden, dan geschiedt deze in de eerste plaats op de meest bezwarende en zijn de verbintenissen even bezwarend, op de oudste. Zijn de verbintenissen bovendien even oud, dan geschiedt de toerekening naar evenredigheid.