

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen N.V. Univé Zorg te Arnhem
Zaak : Eigen risico, terugbetaling, imagoschade
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2020, artt.19 en 23 Zvw
Zaaknummer : 202101223
Zittingsdatum : 20 april 2022

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

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

2. Verloop van de procedure

2.1. Op 21 december 2021 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) telefonisch laten weten een bindend advies te willen. De commissie heeft verzoeker verzocht het entreegeld van € 37,00 te betalen en schriftelijk toe te lichten waarover hij een uitspraak van de Geschillencommissie wenst. Verzoeker heeft hieraan voldaan en bij ingevuld formulier van 20 januari 2022 schriftelijk bevestigd een bindend advies te wensen. Op 21 januari 2022 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.

2.2. Bij brief van 24 maart 2022 heeft de zorgverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 28 maart 2022 aan verzoeker 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. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoeker en de zorgverzekeraar hebben op 3 april 2022 respectievelijk 12 april 2022 verklaard niet te willen worden gehoord.

3. Vaststaande feiten

3.1. Verzoeker was in 2020 bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering Gewoon ZEKUR Zorg (Natura) (hierna: de zorgverzekering). Het verplicht eigen risico voor deze verzekering is in 2020 € 385,00.

3.2. Bij zorgkostenfactuur van 30 december 2020 heeft de zorgverzekeraar € 187,69 aan verplicht eigen risico voor het jaar 2020 bij verzoeker in rekening gebracht.

3.3. Verzoeker heeft de zorgverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij e-mailbericht van 28 januari 2021 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker meegedeeld zijn beslissing te handhaven.

4. Het geschil

4.1. Verzoeker heeft, naar de commissie het verzoek begrijpt, gevraagd te beslissen dat de zorgverzekeraar:

- (i) meer dan € 385,00 ten laste van het eigen risico 2020 heeft gebracht;
- (ii) het door verzoeker teveel betaalde moet terugbetalen;
- (iii) aan hem een bedrag van € 1.000,00 moet betalen vanwege imagoschade.

5. Bevoegdheid van de commissie

- 5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 10 van de voorwaarden van de zorgverzekering.

6. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) over het eigen risico 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.

Eigen risico 2020

- 6.2. Verzoeker stelt dat de zorgverzekeraar hem een bedrag van totaal € 514,98 aan eigen risico 2020 in rekening heeft gebracht. Dit terwijl zijn eigen risico voor het jaar 2020 maximaal € 385,00 is. Ter onderbouwing van zijn stelling heeft verzoeker een overzicht aangeleverd van de nota's die in 2020 zijn ingediend.
- 6.3. De commissie deelt het standpunt van verzoeker niet. Voor de berekening van het eigen risico is de indieningsdatum van een nota niet bepalend, maar de datum waarop de zorg is genoten of is aangevangen. Dit volgt uit artikel 7.5 van de voorwaarden van de zorgverzekering en artikel 23 van de Zvw.
- 6.4. Bij brief van 26 juli 2021 heeft de zorgverzekeraar een overzicht aangeleverd van het bij verzoeker in rekening gebrachte eigen risico 2018-2020. Uit dit overzicht maakt de commissie op dat verzoeker totaal € 385,00 aan eigen risico in rekening is gebracht voor in 2020 genoten zorg. Verder blijkt uit de door verzoeker aangeleverde zorgkostenfacturen niet dat de zorgverzekeraar meer dan € 385,00 ten laste van het eigen risico 2020 heeft gebracht. De commissie is dan ook van oordeel dat de zorgverzekeraar het eigen risico 2020 correct heeft berekend.

Terugbetaling

- 6.5. Verzoeker heeft de commissie gevraagd te beslissen dat de zorgverzekeraar de bedragen die teveel zijn gevorderd moet terugbetalen. Verzoeker vermeldt echter niet om welke bedragen het hierbij gaat. Uit de door hem aangeleverde informatie zou kunnen worden opgemaakt dat het gaat om het eigen risico 2020 en de premierekening voor de maand januari 2021. De commissie heeft hiervoor al vastgesteld dat verzoeker niet teveel aan eigen risico 2020 in rekening is gebracht. Verder heeft de zorgverzekeraar in zijn brief van 26 juli 2021 laten weten dat de premierekening voor de maand januari 2021 onterecht is en komt te vervallen. Verzoeker heeft niet aannemelijk gemaakt dat hij de premierekening in de tussentijd wel heeft betaald, bijvoorbeeld door het overleggen van een betalingsbewijs. Om deze redenen is de commissie dan ook van oordeel dat dit onderdeel van het verzoek moet worden afgewezen.

Schadevergoeding

- 6.6. Tot slot vraagt verzoeker de commissie te beslissen dat de zorgverzekeraar aan hem een bedrag van € 1.000,00 moet betalen voor imagoschade. Imagoschade is een vorm van immateriële schade. In artikel 15, derde lid, van het toepasselijke reglement van de commissie staat: "De Geschillencommissie kent geen vergoeding toe voor immateriële schade". Om die reden moet ook dit onderdeel van het verzoek worden afgewezen.
- 6.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 4 mei 2022,

H.A.J. Kroon

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

2. Nationale wet- en regelgeving
(bron: <https://wetten.overheid.nl/zoeken>)

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, 2020, 2021 en 2022.

Artikel 23

1. Kosten van zorg of een andere dienst worden toegerekend aan het kalenderjaar waarin de zorg of dienst is genoten, met dien verstande dat de kosten van zorg of een andere dienst die in twee achtereenvolgende kalenderjaren is genoten en door de zorgaanbieder of andere dienstverlener in één bedrag in rekening zijn gebracht, worden toegerekend aan het kalenderjaar waarin de zorg of dienst is aangevangen.
2. Bedragen als bedoeld in artikel 11, derde of vierde lid, die voor rekening van de verzekerde komen, of kosten als bedoeld in artikel 13, eerste lid, voor zover zij voor rekening van de verzekerde blijven, worden bij de beantwoording van de vraag of een voor zijn verzekering geldend verplicht of vrijwillig eigen risico wordt overschreden, buiten aanmerking gelaten.
3. Een zorgverzekeraar brengt kosten van zorg of overige diensten die zowel ten laste van het verplicht als het vrijwillig eigen risico kunnen komen, eerst ten laste van het verplicht eigen risico.

Artikel 7. Verplicht eigen risico

7.1. Hoogte verplicht eigen risico

Als u 18 jaar of ouder bent, dan heeft u een verplicht eigen risico van € 385 per kalenderjaar. De kosten van zorg blijven tot dit bedrag voor uw rekening. Als u in de loop van een kalenderjaar 18 jaar wordt, dan geldt het verplicht eigen risico vanaf de eerste dag van de kalendermaand na de 18e verjaardag. De hoogte van het verplicht eigen risicobedrag wordt in dat geval berekend volgens de berekeningswijze als vermeld in artikel 7.4.

7.2. Voor welke zorgvormen geldt het verplicht eigen risico?

Het verplicht eigen risico geldt voor alle zorgvormen zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden, behalve voor:

- Huisartsenzorg. Het eigen risico geldt wel voor geneesmiddelen. Het eigen risico geldt ook voor onderzoek en diagnostiek die op verzoek van de huisarts door een andere zorgaanbieder worden uitgevoerd en in rekening worden gebracht.
Zie artikel 11, Huisartsenzorg;
- Een gecombineerde leefstijlinterventie zoals omschreven in artikel 13;
- Verpleging en verzorging zoals omschreven in artikel 14;
- Verloskundige zorg door een verloskundige, huisarts of gynaecoloog. Er geldt ook geen eigen risico voor prenatale screening, behalve voor de NIPT. Hiervoor geldt wel het eigen risico. Ook voor de met verloskundige zorg samenhangende kosten geldt het eigen risico. Dit betekent dat geneesmiddelen, bloedonderzoek en ziekenvervoer wel meetellen voor het verplicht eigen risico. Zie artikel 15.1, Verloskundige zorg en artikel 16, Medisch specialistische zorg;
- Kraamzorg. Zie artikel 15.2, Kraamzorg;
- Het stoppen-met-rokenprogramma zoals omschreven in artikel 24;
- De door ons aangewezen voorkeursgeneesmiddelen zoals genoemd in het Reglement farmaceutische zorg. Houdt u er rekening mee dat de dienstverlening van de apotheek, bijvoorbeeld de terhandstellingskosten, het begeleidingsgesprek bij een nieuw geneesmiddel of een inhalatie instructie niet zijn vrijgesteld van dit eigen risico. Zie artikel 35, Geneesmiddelen;
- De door ons geselecteerde zorgaanbieders voor de proeftuin Blauwe Zorg in de regio Maastricht en Heuvelland, voor zover zij de door ons geselecteerde voorkeurslongmedicatie leveren. U vindt de geselecteerde zorgaanbieders en voorkeurslongmedicatie in het Reglement farmaceutische zorg bijlage D en E. Houdt u er rekening mee dat de dienstverlening van de apotheek, bijvoorbeeld de terhandstellingskosten, het begeleidingsgesprek bij een nieuw geneesmiddel of een inhalatie instructie niet zijn vrijgesteld van dit eigen risico. Zie artikel 35, Geneesmiddelen;
- De als voorkeursproduct geselecteerde drinkvoedingen zoals genoemd in het Reglement farmaceutische zorg. Zie artikel 36, Dieetpreparaten;
- Hulpmiddelen in bruikleen. Zie artikel 37, Hulpmiddelen en verbandmiddelen;
- Nacontroles van een nier- of leverdonor, nadat de periode zoals genoemd in artikel 22 punt d, Transplantatie van weefsels en organen is verstreken;
- Vervoer van een donor zoals genoemd in artikel 22, Transplantatie van weefsels en organen;
- Eventuele eigen bijdragen en/of eigen betalingen.

7.3. Voor welke zorgaanbieders en zorgarrangementen geldt het verplicht eigen risico niet?

Wij hebben de mogelijkheid om zorgaanbieders of zorgarrangementen aan te wijzen waarbij u geen of maar een gedeeltelijk bedrag aan verplicht eigen risico verschuldigd bent. Dit geldt ook voor nader aan te wijzen gezondheidsbevorderende of op preventie gerichte zorgarrangementen. Deze informatie vindt u op onze website.

Bijzonder bij Gewoon ZEKUR Zorg is dat de kosten van de anticonceptiepil geleverd door één specifiek voor Gewoon ZEKUR Zorg gecontracteerde online apotheker voor verzekerden tot 21 jaar buiten het verplicht eigen risico vallen. Houdt u er rekening mee dat de dienstverlening van de apotheek, bijvoorbeeld de terhandstellingskosten of het begeleidingsgesprek bij een nieuwe anticonceptiepil, wel onder het eigen risico valt. Zie voor meer informatie ZEKUR.nl.

7.4. Berekening hoogte verplicht eigen risico

Als de zorgverzekering niet start of eindigt op 1 januari, dan berekenen wij het eigen risico als volgt:

$$\text{Eigen risico} \times \frac{\text{aantal dagen dat de zorgverzekering loopt}}{\text{aantal dagen in het betreffende kalenderjaar}}$$

Het berekende bedrag wordt afgerond op hele euro's.

Voorbeeld

De zorgverzekering loopt van 1 januari tot en met 30 januari. In totaal zijn dit 30 dagen. Het kalenderjaar 2020 telt 366 dagen. Het eigen risico is: € 385 x 30 gedeeld door 366 is € 31,56 en wordt afgerond op € 32.

7.5. Berekening verplicht eigen risico

Voor de berekening van het eigen risico, worden de kosten van zorg of een andere dienst toegerekend aan het kalenderjaar waarin de zorg is genoten. Als een behandeling in 2 kalenderjaren valt en de zorgaanbieder de kosten hiervan in 1 bedrag in rekening mag brengen (bijvoorbeeld een diagnose-behandelcombinatie), dan worden deze kosten in mindering gebracht op het eigen risico van het kalenderjaar waarin de behandeling is gestart.

Artikel 8. Vrijwillig eigen risico

8.1. Varianten vrijwillig eigen risico

Als u 18 jaar of ouder bent, dan kunt u kiezen uit een zorgverzekering met een vrijwillig eigen risico van: € 0, € 100 of € 500 per kalenderjaar. De kosten van zorg blijven tot dit bedrag voor uw rekening. Afhankelijk van de hoogte van het gekozen vrijwillig eigen risico ontvangt u een korting op de grondslag van de premie. Het gekozen vrijwillig eigen risico en de eventuele korting staan op het polisblad.

8.2. Voor welke zorgvormen geldt het vrijwillig eigen risico?

Het vrijwillig eigen risico geldt voor dezelfde zorgvormen als vermeld in artikel 7.2.

8.3. Berekening hoogte vrijwillig eigen risico

8.3.1. Als de zorgverzekering niet start of eindigt op 1 januari, dan berekenen wij het vrijwillig eigen risico als volgt:

$$\text{Eigen risico} \times \frac{\text{aantal dagen dat de zorgverzekering loopt}}{\text{aantal dagen in het betreffende kalenderjaar}}$$

Het berekende bedrag wordt afgerond op hele euro's.

Voorbeeld

U heeft gekozen voor een vrijwillig eigen risico van € 100. De zorgverzekering loopt van 1 januari tot en met 30 januari. In totaal zijn dit 30 dagen. Het kalenderjaar 2020 telt 366 dagen. Het vrijwillig eigen risico is: € 100 x 30 gedeeld door 366 is € 8,20 en wordt afgerond op € 8. Het verplicht eigen risico is € 385 x 30 gedeeld door 366 is € 31,56 en wordt afgerond op € 32. Het totale eigen risico bedraagt € 40 (€ 32 verplicht eigen risico en € 8 vrijwillig eigen risico).

- 8.3.2. Als de zorgverzekering niet op 1 januari ingaat en u direct voorafgaande hieraan al een zorgverzekering bij ons had gesloten met een ander vrijwillig eigen risico, dan wordt het totale vrijwillige eigen risico als volgt berekend:
- Ieder bedrag aan vrijwillig eigen risico x aantal dagen dat het vrijwillig eigen risico van toepassing is
 - De som van de onder a genoemde bedragen gedeeld door het aantal dagen in het betreffende kalenderjaar
 - De uitkomst wordt afgerond op hele euro's.

8.4. Wijziging vrijwillig eigen risico

U kunt het vrijwillig eigen risico jaarlijks per 1 januari wijzigen. U moet de wijziging uiterlijk op 31 januari aan ons doorgeven. De wijziging gaat dan met (terugwerkende kracht) in per 1 januari.

8.5. Berekening verplicht en vrijwillig eigen risico

Als er sprake is van een vrijwillig eigen risico dan worden de kosten van zorg eerst in mindering gebracht op het verplicht eigen risico en daarna op het vrijwillig eigen risico. Voor de berekening van het vrijwillig eigen risicobedrag bij behandeling in 2 kalenderjaren, geldt dezelfde bepaling als genoemd in artikel 7.5.

Artikel 9. Buitenland

9.1. U woont of verblijft in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland

Als u woont of tijdelijk verblijft in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland, dan heeft u voor zorg recht op:

- Zorg volgens het wettelijke verzekeringspakket in een EU-/EER-land of verdragsland, als dit voor u van toepassing is. Dit recht op zorg is geregeld in de EU-socialezekerheidsverordening of een sociaalzekerheidsverdrag;
- Zorg door een gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling;
- Vergoeding van de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Wij vergoeden de kosten tot maximaal het bedrag dat u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Zie artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Let op

Als er sprake is van acute zorg die verleend wordt door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, dan heeft u recht op een vergoeding tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven of de in Nederland geldende redelijke marktprijs. Voor voorzienbare zorg die naar verwachting niet of niet op tijd kan worden geleverd door een gecontracteerde zorgaanbieder, kunnen wij de vergoeding voor de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder aanvullen tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven of de in Nederland geldende redelijke marktprijs.

Europese gezondheidskaart (EHIC)

Op de achterzijde van uw zorgpas staat de EHIC. Als u op vakantie naar een EU-/EER-land of Zwitserland gaat, dan heeft u hiermee recht op noodzakelijke medische zorg in het vakantieland. U kunt de EHIC gebruiken in Australië voor spoedeisende medische zorg. U mag deze EHIC alleen gebruiken als u bij ons verzekerd bent. Als u deze EHIC in het buitenland gebruikt, terwijl u weet of kunt weten dat deze niet meer geldig is, dan zijn de kosten van zorg voor uw rekening. Heeft u geen zorgpas met EHIC? Dan kunt u deze gratis aanvragen.

9.2. U woont of verblijft in een land dat geen EU-/EER-land of verdragsland is

Als u woont of tijdelijk verblijft in een land dat geen EU-/EER-land of verdragsland is, dan kunt u voor zorg in uw woonland of in het land van tijdelijk verblijf kiezen uit:

- Zorg door een gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling;
- Vergoeding van de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Wij vergoeden de kosten tot maximaal het bedrag dat u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Zie artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Let op

De kosten van een behandeling in het buitenland kunnen hoger zijn dan de kosten in Nederland. Wij vergoeden de kosten tot maximaal het bedrag dat u zou krijgen als de behandeling in Nederland zou plaatsvinden. Houdt u er daarom rekening mee dat u voor behandelingen in het buitenland mogelijk een (groot) gedeelte van de kosten zelf moet betalen.

9.3. Toestemming en/of verwijzing

Wilt u zich in het buitenland laten behandelen? Als u voor deze behandeling 1 of meer nachten in een ziekenhuis of andere instelling wordt opgenomen, dan heeft u vooraf onze toestemming nodig. U heeft ook toestemming nodig voor zorg in het buitenland waarvoor dit in de zorgartikelen (artikel 11 tot en met 40) is vermeld. U vindt in deze artikelen ook of u een verwijzing of voorschrift nodig heeft.

Heeft u onze toestemming niet nodig, maar wilt u wel graag vooraf weten of uw behandeling in het buitenland voor vergoeding in aanmerking komt. Dan kunt u ons vragen om dit voor u te beoordelen. Kijk voor meer informatie op onze website.

U heeft geen toestemming nodig als u onverwacht wordt opgenomen en de behandeling redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot u in uw woonland bent teruggekeerd. Als u 1 of meer nachten wordt opgenomen, dan moet u (laten) bellen met onze alarmcentrale. Het telefoonnummer vindt u in de App, op uw zorgpas en op onze website.

Artikel 10. Klachten en geschillen

10.1. Heeft u een klacht? Leg uw klacht voor aan de afdeling Klachtenmanagement

U kunt er van uit gaan dat wij alles rond uw zorgverzekering goed regelen. Toch kan het voorkomen dat niet alles naar wens is. Wij staan open voor uw klachten en suggesties. U kunt hiervoor bellen met onze klantenservice. Kijk voor het telefoonnummer op onze website. U kunt uw klacht ook schriftelijk voorleggen aan de afdeling Klachtenmanagement, Postbus 1256, 5602 BG Eindhoven. De afdeling Klachtenmanagement handelt namens de directie.

Tips bij het indienen van een klacht

- Geeft u zo precies mogelijk aan wat er is gebeurd, waarover u ontevreden bent, wat volgens u de beste oplossing is en wanneer u het beste bereikbaar bent.
 - Stuur alle relevante stukken mee. Stuur geen originele stukken met uw klacht mee. U kunt de originele stukken namelijk zelf nog nodig hebben.
 - Als u uw klacht niet zelf wilt of kunt indienen, dan is het ook mogelijk dit door iemand anders te laten doen. Om uw privacy te beschermen, hebben wij wel uw schriftelijke toestemming nodig. Pas daarna nemen wij uw klacht in behandeling.
-

U ontvangt van ons binnen 30 dagen een reactie op uw klacht. Als u niet tevreden bent met de beslissing of als u binnen 30 dagen geen reactie heeft ontvangen, dan kunt u uw klacht of geschil voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), Postbus 291, 3700 AG Zeist, www.skgz.nl. U kunt het geschil ook voorleggen aan de bevoegde rechter.

10.2. Klachten over onze formulieren

Vindt u een formulier overbodig of ingewikkeld? U kunt hiervoor bellen met onze klantenservice. Kijk voor het telefoonnummer op onze website. Het is ook mogelijk om uw klacht hierover schriftelijk voor te leggen aan de afdeling Klachtenmanagement, Postbus 1256, 5602 BG Eindhoven.

U kunt uw klacht ook voorleggen aan de Nederlandse Zorgautoriteit ter attentie van de Informatielijn/het Meldpunt, Postbus 3017, 3502 GA Utrecht, e-mail: info@nza.nl. Op de website van de Nederlandse Zorgautoriteit, www.nza.nl, is aangegeven hoe u een klacht over formulieren kunt indienen.