



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen Onderlinge Waarborgmaatschappij
Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid U. te Leiden

Zaak : Eigen risico, verplicht eigen risico, medisch specialistische zorg, staaroperaties, twee
zorgvragen

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2019 en 2020, artt. 19 en 21 Zvw, 2.1, 2.4 en 2.17
Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2019 en 2020, Regeling
informatievoorziening ziektekostenverzekeraars aan consumenten (TH/NR-017)

Zaaknummer : 202001499

Zittingsdatum : 3 februari 2021

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. H.A.J. Kroon en mr. Ritzema)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door C te B,
tegen

Onderlinge Waarborgmaatschappij Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid U. te Leiden, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 21 oktober 2020 heeft verzoekster per brief de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 22 december 2020 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 24 december 2020 aan verzoekster gezonden.
- 2.3. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 3 februari 2021 gehoord.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was zowel in 2019 als in 2020 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorg Zeker Polis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering AV-Top (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.
- 3.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 26 april 2020 bij verzoekster een bedrag van € 303,16 in rekening gebracht ter zake van het verplicht eigen risico 2019.
- 3.3. De ziektekostenverzekeraar heeft op 31 mei 2020 bij verzoekster een bedrag van € 334,36 in rekening gebracht ter zake van het verplicht eigen risico 2020.
- 3.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van laatstgenoemde beslissing gevraagd. Op 1 juli 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar per e-mail aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

4. Geschil

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie gevraagd te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar ten onrechte een bedrag van € 334,36 bij haar vordert ter zake van het verplicht eigen risico 2020.
- 4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

5. Bevoegdheid van de commissie

5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel 4.6 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering.

6. Beoordeling

6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over medisch specialistische zorg en het verplicht eigen risico alsmede die uit de 'Regeling informatievoorziening ziektekostenverzekeraars aan consumenten' (TH/NR-017) van de Nederlandse Zorgautoriteit 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

6.2. De commissie stelt voorop dat zij niet bevoegd is te oordelen over de juistheid van de door de oogkliniek ingediende nota's. Hetzelfde geldt voor de informatievoorziening door de oogkliniek en door de behandelend chirurg. Indien verzoekster meent door hen onjuist of onvolledig te zijn voorgelicht, zal zij hierover bij de kliniek en/of de chirurg haar beklag moeten doen. Wel is de commissie bevoegd ten aanzien van het verplicht eigen risico. De vraag die in dat verband ter beantwoording voorligt, is of de ziektekostenverzekeraar bij de kliniek had moeten aandringen op correctie of verlaging van de nota van de tweede operatie, gelet op hetgeen verzoekster hierover heeft gesteld.

6.3. Verzoekster heeft in januari 2020 een staaroperatie ondergaan aan het ene oog, in maart 2020 gevolgd door een staaroperatie aan het andere oog. De oogkliniek waar beide ingrepen zijn uitgevoerd heeft voor deze zorg twee nota's gedeclareerd. De ziektekostenverzekeraar heeft op 31 maart 2020 een nota ontvangen van € 978,76 voor de periode van 6 december 2019 tot en met 19 maart 2020 en op 28 april 2020 een nota van eveneens € 978,76 voor de periode van 3 maart 2020 tot en met 14 april 2020. Verzoekster heeft niet gesteld dat het opgevoerde DBC-zorgproduct onjuist is, maar alleen dat de verrekening met het verplicht eigen risico niet correct is. Dit omdat al tijdens het eerste intakegesprek, dat plaatsvond in 2019, duidelijk was dat zij aan beide ogen moest worden geopereerd. De kosten van beide ingrepen moeten met het verplicht eigen risico van 2019 worden verrekend omdat toen met het traject is gestart, dan wel met het verplicht eigen risico van 2020 worden verrekend omdat in dat jaar de beide operaties zijn uitgevoerd.

6.4. De commissie overweegt dat verzoekster een staaroperatie aan beide ogen heeft ondergaan. Hoewel inderdaad vooraf vaststond dat zij aan beide ogen moest worden geholpen, betreft het hier twee afzonderlijke ingrepen en was het de oogkliniek toegestaan om voor elke staaroperatie een apart DBC-traject te openen. Binnen de Nederlandse systematiek bestaat weliswaar de mogelijkheid van het openen van een parallelle DBC als sprake is van twee onderscheiden zorgvragen, maar voorwaarde hierbij is dat de beide verrichtingen tijdens één ingreep plaatsvinden. Dat laatste is hier niet het geval. Gezien het voorgaande is de commissie van oordeel dat er voor de ziektekostenverzekeraar geen aanleiding was de nota ter zake de tweede operatie te weigeren dan wel bij de oogkliniek aan te dringen op correctie.

6.5. Uit artikel 3.3.5 van de voorwaarden van de zorgverzekering volgt dat voor het antwoord op de vraag ten laste van welk kalenderjaar de kosten van medisch specialistische zorg komen, de openingsdatum van de DBC/DOT bepalend is. In dit geval is die openingsdatum voor de eerste staaroperatie 6 december 2019 en voor de tweede operatie 3 maart 2020, zodat de kosten dienen

te worden verrekend met het verplicht eigen risico voor de betreffende jaren. Ingevolge het bepaalde in de voorwaarden van de zorgverzekering was verzoekster zowel in 2019 als in 2020 een bedrag van € 385,- aan verplicht eigen risico verschuldigd voor de zorg en overige diensten die ten laste van de zorgverzekering komen. Niet in geschil is dat het verplicht eigen risico zowel in 2019 als in 2020 nog niet was 'volgemaakt'. Daarbij geldt dat de onderhavige kosten niet zijn uitgesloten van het eigen risico. De ziektekostenverzekeraar heeft daarom de bedragen van € 303,16 en € 334,36 terecht verrekend met het nog openstaande verplicht eigen risico 2019 (€ 303,16) en 2020 (€ 334,36).

Voor zover verzoekster stelt dat de ziektekostenverzekeraar coulance moet betrachten, geldt dat de commissie niet bevoegd is hierover te oordelen. Het toepassen van coulance is namelijk voorbehouden aan de ziektekostenverzekeraar, tenzij hij hierbij een beleid van willekeur zou voeren. Dit laatste is echter gesteld noch gebleken.

Informatievoorziening

6.6. Verzoekster heeft in dit verband gesteld dat "de complexe regelgeving noch door de zorgaanbieder, noch door de zorgverzekeraar via voorlichting vóóraf duidelijk is uitgelegd". Voor zover verzoekster met haar stelling doelt op het verschuldigd zijn van het eigen risico, geldt dat de verschuldigdheid van het (verplicht) eigen risico een feit van algemene bekendheid is. Voor zover verzoekster bedoelt te stellen dat de ziektekostenverzekeraar haar over het eigen risico in deze specifieke situatie onvoldoende heeft geïnformeerd, geldt dat het in de eerste plaats aan de verzekerde is kennis te nemen van de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden. Daarnaast dient de zorgaanbieder zijn patiënten - desgevraagd - in te lichten over de verwachten kosten. De ziektekostenverzekeraar heeft hier echter ook een verantwoordelijkheid. Hij moet zijn verzekerde op grond van de 'Regeling informatieverstrekking ziekenverzekeraars aan consumenten' (TH/NR-017) van de Nederlandse Zorgautoriteit informeren over de financiële gevolgen van een (toekomstige) behandeling, doch alleen indien de verzekerde daarom vraagt. Aangezien gesteld noch gebleken is dat verzoekster hierover, voorafgaand aan de behandeling, met de ziektekostenverzekeraar contact heeft gehad, kan laatstgenoemde ten aanzien van de informatievoorziening geen verwijt worden gemaakt.

6.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 10 februari 2021,

G.R.J. de Groot

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

ruimte biedt om patiënten te behandelen. Wanneer een zorgaanbieder vervolgens patiënten kan weigeren, omdat er geen doorleverplicht of een vergelijkbare constructie is vastgelegd in het contract tussen de verzekeraar en de zorgaanbieder, is het voor de consument belangrijk om deze mogelijke consequentie voor het afsluiten van de verzekering te kennen. De in artikel 15 lid 1 bedoelde informatie op de website omvat in ieder geval de (mogelijke) consequenties van de volumeafspraken of het omzetplafond voor verzekerden per type polis. Daarnaast ligt in de rede dat op de website wordt vermeld dat de verzekerde contact kan opnemen met de betreffende afdeling van de verzekeraar en de behandelende zorgaanbieder voor meer informatie. Verzekeraars vermelden, wanneer dit mogelijk gevolgen kan hebben voor de verzekerde, in de polisvoorwaarden in algemene bewoordingen dat (mogelijk) volumeafspraken of omzetplafonds kunnen worden gehanteerd en wat de gevolgen hiervan kunnen zijn. De verzekeraar verwijst, waar van belang, voor nadere informatie naar de website.

Onder 15.2 is bedoeld dat de verzekeraar in of bij het overzicht van gecontracteerde zorgaanbieders, bijvoorbeeld in de zorgkiezer, per zorgaanbieder aangeeft dat er een volumeafpraak of omzetplafond wordt gehanteerd, indien dit (mogelijk) consequenties kan hebben voor de verzekerde. Daarnaast moet in dat geval in algemene termen voor de consument begrijpelijk worden uitgelegd wat de afspraken met de zorgaanbieder voor de verzekerde kunnen betekenen.

Hoewel de NZa niet verwacht dat in het bedoelde overzicht real time wordt bijgehouden of het plafond is bereikt, is het wel belangrijk dat verzekerden weten wanneer zij niet meer (of niet zonder nadere consequenties) terecht kunnen bij een bepaalde zorgaanbieder vanwege het bereiken van een plafond. Daarom is van belang dat de verzekeraar op de website verzekerden erover informeert wanneer hem bekend is geworden dat een met een zorgaanbieder afgesproken plafond is bereikt,[1] indien dit mogelijk consequenties kan hebben voor de verzekerde. Dit behoort tot het informeren over de (mogelijke) consequenties van een volumeafpraak of omzetplafond als bedoeld in artikel 15 van deze regeling. Het ligt voor de hand dat de verzekeraar in dat geval ook informatie verschaft over welke (alternatieve) mogelijkheden er voor verzekerden zijn. Tot slot wijst de NZa erop dat het de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar en zorgaanbieder is om samen afspraken te maken over het informeren van elkaar en verzekerden over het bereiken van een omzetplafond of volumeafpraak.

[1] Of, voor zover mogelijk, wanneer het de verzekeraar bekend is geworden dat het plafond op een bepaalde termijn zal worden bereikt.

16. Inzicht in kosten voor behandeling of dienst

Artikel 16 ziet op alle verschillende situaties waarin de verzekerde (een deel van) de kosten van een behandeling of dienst zelf betaalt. De verzekerde kan bijvoorbeeld een eigen bijdrage verschuldigd zijn voor de zorg, of een deel van de kosten moeten betalen vanwege het eigen risico. Ook kan het zijn dat de verzekeraar de vergoeding van de behandeling of dienst beperkt, omdat de verzekerde kiest om zorg te betrekken bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, terwijl de zorg tijdig geleverd had kunnen worden door een gecontracteerde zorgaanbieder.

De overeenkomst tussen deze verschillende scenario's is dat het voor consumenten belangrijk is om inzicht te hebben in welke eigen betalingen zij kunnen verwachten vóórdat zij kiezen voor een zorgaanbieder, een behandeling en een polis. Een verzekeraar moet hier inzicht in kunnen geven. Dit betekent dat de verzekeraar alle informatie moet kunnen geven die relevant is voor het berekenen van het totaal aan te verwachten kosten.

Per situatie kan de benodigde informatie verschillen. Het kan zijn dat het voor het inzicht van de consument in de toekomstige kosten van een behandeling of dienst niet noodzakelijk is om alle informatie (onderdeel a t/m e) te krijgen.

Wanneer een verzekeraar bijvoorbeeld voor het verrekenen van het eigen risico werkt met een vast tarief voor een type behandeling onafhankelijk van het tarief van een specifieke zorgaanbieder (bijvoorbeeld: een polibezoek heeft een vast tarief voor het eigen risico, ongeacht welke poli bij welke zorgaanbieder), dan hoeft de verzekeraar alleen de onderdelen c, d en e te beantwoorden om de consument een compleet inzicht te geven in de te verwachten kosten.

Er zijn wel een aantal omstandigheden waardoor de verzekeraar soms niet meer dan een inschatting kan geven van de te verwachten kosten. Deze omstandigheden zijn in de uitzonderingsbepalingen gespecificeerd in 16.2, 16.3 en 16.4.

Artikel 16.2 benoemt dat wanneer een consument niet nauwkeurig genoeg kan aangeven welke behandeling of dienst hij verwacht te krijgen, een verzekeraar alleen maar een inschatting geven van de te verwachten kosten. Dit speelt vooral bij behandelingen in de medisch specialistische zorg en ggz, waarbij het vooraf vaak niet duidelijk is welke behandeling een consument nodig heeft en de dbc-code van deze behandeling dus ook nog niet duidelijk is. Zonder deze dbc-code kan de verzekeraar vaak alleen een inschatting geven van de te verwachten kosten, en kan de consument dus geen zekerheid krijgen vooraf over de te verwachten kosten.

Artikel 16.3 beschrijft dat wanneer de verzekeraar geen contract heeft gesloten met een zorgaanbieder, niet verwacht kan worden van de verzekeraar dat deze alle benodigde informatie heeft om de consument een compleet antwoord te kunnen geven op welke kosten de consument kan verwachten van een behandeling of dienst bij deze niet-gecontracteerde zorgaanbieder. In dat geval is het de verantwoordelijkheid van de verzekeraar om de consument uit te leggen dat deze eerst aanvullende informatie bij de zorgaanbieder kan opvragen, zoals het tarief van een behandeling of dienst, en dat de consument daarna met deze informatie terug kan komen bij de verzekeraar om dan alsnog een compleet antwoord te krijgen op de onderdelen bedoeld in artikel 16.1.

Artikel 16.4 geeft aan dat als een zorgverzekeraar niet kan beschikken over de prijslijst van de zorgaanbieder, een zorgverzekeraar ook voor gecontracteerde zorg geen uitspraak kan doen over de huidige of toekomstige tarieven. Daardoor kan de verzekeraar geen complete berekening maken voor de consument op alle onder lid 1 genoemde onderdelen, en geeft de verzekeraar de consument in plaats daarvan een indicatie van de te verwachten kosten. We verwachten hierbij van alle partijen dat ze zich zoveel mogelijk inspannen om de prijslijsten zo vroeg mogelijk op te stellen, zodat ze ten minste beschikbaar zijn vanaf het moment dat de nieuwe prijzen gelden. Verzekeraars moeten kunnen aantonen dat ze zich voldoende hebben ingespannen om de prijslijsten tijdig beschikbaar te krijgen, bijvoorbeeld door hierover bepalingen op te nemen in de contracten tussen verzekeraar en zorgaanbieder en de naleving van deze bepalingen zo nodig af te dwingen. Het is de bedoeling dat deze uitzonderingsbepaling zo weinig mogelijk gebruikt zal hoeven worden.

Daarnaast kunnen eigen bijdrages soms tijdens het jaar aangepast worden, zoals de eigen bijdrages voor medicijnen vanuit het geneesmiddelenvergoedingssysteem. De verzekeraar kan in dat geval alleen aangeven wat de eigen bijdrage op het moment is, zonder dat dit een garantie is voor de toekomstige eigen bijdrage. Ook kan de verzekeraar voor het te verwachten eigen risico niet overzien welke declaraties nog door zorgaanbieders ingediend worden tussen het moment waarop de consument om de te verwachten kosten vraagt en de daadwerkelijke behandeling. In de praktijk kan dit betekenen dat de verzekeraar het te

betalen eigen risico te hoog inschat, omdat de consument/verzekerde in de tussentijd het eigen risico met andere behandelingen of diensten al heeft voldaan.

Artikel 17. Stysteem van eigen risico

In de basisverzekering is een verplicht eigen risico opgenomen. Daarnaast hebben zorgverzekeraars de mogelijkheid om een vrijwillig eigen risico aan te bieden. Verder is het mogelijk om kosten van zorggebruik niet ten laste te brengen van het eigen risico (gedifferentieerd). Dit geldt voor zowel het verplicht als het vrijwillig eigen risico. Deze drie vormen van het eigen risico beïnvloeden elkaar. Voor een verzekerde moet inzichtelijk zijn hoe de verschillende vormen van het eigen risico elkaar beïnvloeden. De methode van verrekening van het eigen risico moet duidelijk zijn, waaronder ook tot wanneer verrekening van het eigen risico nog kan plaatsvinden.

Wanneer de zorgverzekeraar aangeeft voor welke vormen van zorg het eigen risico niet geldt, kan de verzekeraar ter verduidelijking voor de verzekerde hierbij ook aangeven dat kosten van geneesmiddelen, bloedonderzoeken, vlokentesten of ziekenvervoer wel ten laste van het eigen risico komt.

17 lid 1 onder h gaat over hoe hoog het vrijwillig risico is waar de consument bij de verzekeraar voor kan kiezen.

Daarnaast moeten verzekerden goed geïnformeerd worden over de kosten van zorg die zij genoten hebben in verband met de betaling van het eigen risico. De declaratieoverzichten moeten zodanig zijn opgesteld dat deze begrijpelijk en inzichtelijk zijn voor verzekerden zodat zij de gedeclareerde kosten kunnen controleren op juistheid. Met de consumentenomschrijving van de gedeclareerde zorg wordt voor medisch specialistische zorg in ieder geval bedoeld, indien van toepassing:

- de consumentenomschrijving van het dbc-zorgproduct, inclusief de code;
- de consumentenomschrijving van het overige zorgproduct, inclusief de code;
- de consumentenomschrijving van de zorgactiviteit(en), inclusief de code.

Artikel 19. Voorkeursbeleid geneesmiddelen

Voor de verzekerde moet het inzichtelijk zijn welke consequenties het geneesmiddelen/preferentiebeleid van zijn zorgverzekeraar voor hem heeft. Algemeen gesteld houdt het preferentiebeleid in dat een zorgverzekeraar binnen een groep van gelijke geneesmiddelen (middelen met dezelfde werkzame stof en dezelfde dosering) een voorkeursmiddel aanwijst - meestal het goedkoopste geneesmiddel in die groep - dat hij vergoedt. Hierop zijn diverse varianten mogelijk, zoals de laagste prijs in het taxemodel of het preferentiebeleid onder couvert. Daarnaast wordt door verschillende verzekeraars een andere vorm van geneesmiddelenbeleid gevoerd, zoals het model van laagste prijsgarantie of een vast prijsbeleid (ook pakjesmodel genoemd). Informatie over (de variant van) het geneesmiddelenbeleid dat de verzekeraar voert moet beschikbaar zijn zodat de consequenties ervan voor de verzekerde helder zijn. Het moet duidelijk zijn welke geneesmiddelen in welke situatie en onder welke voorwaarden worden verstrekt.

Artikel 20. Afwijzingsgronden

De zorgverzekeraar kan in sommige gevallen een aanvraag voor vergoeding van zorg afwijzen. Voor de verzekerde is het dan belangrijk te weten waarom zijn aanvraag is afgewezen. Daarom moet een afwijzing van vergoeding van zorg volledig, juist, tijdig en begrijpelijk zijn onderbouwd in de afwijzingsbrief.

Het kan zowel gaan om een afwijzing van het vergoeden van zorg vooraf aan de zorgverlening, als afwijzing van een declaratie wanneer deze door verzekerde direct is ingediend bij verzekeraar.

- 3.4.1 Als u een betalingsachterstand heeft van twee maandpremies, dan bieden wij u een betalingsregeling aan. Dit doen wij uiterlijk binnen 10 werkdagen nadat wij de betalingsachterstand hebben vastgesteld.
- 3.4.2 Als u een betalingsachterstand heeft van vier maanden, dan ontvangt u van ons zo spoedig mogelijk de mededeling dat wij voornemens zijn over te gaan tot melding bij het CAK, zoals bedoeld in artikel 18c van de Zvw. Zodra de premieachterstand zes maanden bedraagt gaan wij de melding ook daadwerkelijk doen. Tenzij u binnen vier weken na mededeling laat weten de premieachterstand of de hoogte ervan te betwisten.
- 3.4.3 Wanneer wij ons standpunt na uw betwisting handhaven, kunt u binnen vier weken na ontvangst van deze mededeling een geschil hierover aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) of een burgerlijk rechter voorleggen. Wanneer uw betalingsregeling als bedoeld in artikel 18a Zvw ingaat, nadat ten aanzien van de zorgverzekering een achterstand in de betaling van de premie van vier maanden is ontstaan, laat de zorgverzekeraar de in artikel 18b eerste lid bedoelde melding achterwege, zolang de nieuw te vervallen termijnen worden voldaan (zie artikel 18.b.3 Zvw).
- 3.4.4 Als u een betalingsachterstand heeft van zes maanden of meer, dan melden wij u aan bij het CAK. Dit doen wij onder vermelding van de voor de heffing van de bestuursrechtelijke premie en de voor de uitvoering van artikel 34a van de Zvw noodzakelijke persoonsgegevens van u als verzekeringnemer en van de eventuele verzekerden. Wij doen geen melding als u:
- de premieachterstand op tijd heeft betwist en wij ons standpunt nog niet aan u kenbaar hebben gemaakt;
 - de in het artikel 18b, tweede lid, Zvw genoemde termijn nog niet is verstreken;
 - op tijd een geschil heeft voorgelegd aan de SKGZ of een burgerlijk rechter, en op het geschil niet onherroepelijk is beslist;
 - zich heeft aangemeld bij een professionele schuldhulpverlener en aantoont dat u een schriftelijke overeenkomst tot stabilisatie van uw schulden heeft gesloten.
- 3.4.5 Wij stellen het CAK meteen op de hoogte van de datum waarop:
- de schulden voortvloeiend uit de zorgverzekering volledig zijn of zullen zijn voldaan of tenietgaan;
 - de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen, bedoeld in de Faillissementswet op de verzekeringnemer van toepassing wordt;
 - een overeenkomst is gesloten zoals bedoeld in artikel 18c, tweede lid, onderdeel d van de Zvw (dit is een schriftelijke overeenkomst tot stabilisatie van de schulden van de verzekeringnemer). Deze overeenkomst moet zijn gesloten door tussenkomst van een schuldhulpverlener zoals bedoeld in artikel 48 Wet op het consumentenkrediet. Of wij stellen u als verzekeringnemer en het CAK op de hoogte van de datum waarop een schuldregeling tot stand is gekomen. Aan deze schuldregeling moet, naast u als verzekeringnemer minstens wij als zorgverzekeraar deelnemen.
- 3.4.6 Als wij een incassobureau inschakelen voor de incasso van onze vordering, dan komen alle kosten van invordering voor uw rekening. Zowel de gerechtelijke als buitengerechtelijke kosten. Het bedrag van de buitengerechtelijke kosten is met ingang van 1 juli 2012 vastgesteld op een minimum bedrag van € 40,00. De buitenrechtelijke kosten bent u verschuldigd vanaf het moment waarop u in gebreke bent.
- 3.4.7 U heeft weer recht op (vergoeding van de kosten voor) zorg op de dag volgend op de dag waarop wij het verschuldigde bedrag en de kosten hebben ontvangen.

Voorbeeld

Denk hierbij bijvoorbeeld aan een opname in een ziekenhuis waarbij wij de kosten vergoeden van de opname. U ontvangt van ons vervolgens een rekening voor het betalen van uw verplicht eigen risico en eventueel vrijwillig eigen risico.

3.5 Verplicht eigen risico**3.5.1 Hoogte van het verplicht eigen risico**

Als u 18 jaar of ouder bent, dan heeft u een verplicht eigen risico van € 385,00 per kalenderjaar. De hoogte van het verplicht eigen risico wordt jaarlijks vastgesteld door de overheid en geldt per verzekerde.

Het verplicht eigen risico houdt in dat u de kosten van verzekerde zorg tot dit bedrag zelf moet betalen. Het gaat hierbij om kosten die u in de loop van het kalenderjaar vanuit de basisverzekering maakt.

3.5.2 Voor welke zorg geldt het verplicht eigen risico

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

- a. huisartsenzorg, let u hierbij op dat bijvoorbeeld geneesmiddelen die de huisarts voorschrijft niet onder huisartsenzorg vallen. Ditzelfde geldt voor laboratoriumonderzoek (bijvoorbeeld bij bloedonderzoek) dat samenhangt met de huisartsenzorg. Wanneer dit laboratoriumonderzoek op verzoek van de huisarts door een andere zorgaanbieder wordt uitgevoerd, dan geldt het verplicht eigen risico. De consultatiekosten in het kader van het project NEXT door een psychiater vallen wel buiten het eigen risico;
- b. de directe kosten van kraam- en verloskundige zorg. Kosten van hiermee samenhangende zorg vallen wel onder het eigen risico. U kunt hierbij denken aan ambulancevervoer, geneesmiddelen en onderzoek dat elders wordt verricht en apart in rekening wordt gebracht;
- c. anticonceptie voor verzekerden vanaf 18 tot en met 20 jaar;
- d. verpleging en verzorging (wijkverpleging) omschreven in Rubriek B artikel 21 en 27.1;
- e. vervoer van een donor, indien de donor een zorgverzekering heeft afgesloten en de kosten ten laste van diens zorgverzekering komen. In dat geval vergoeden wij de laagste klasse van het openbaar vervoer. Als er een medische noodzaak is voor vervoer met de auto, vergoeden wij de kosten van het vervoer per auto;
- f. nacontroles van de donor nadat de periode omschreven in artikel 9 opsommingstekes 4, is verstreken;
- g. behandeling op basis van een diagnose knie- of heupoperatie in een door ons geselecteerd ziekenhuis. De lijst met ziekenhuizen die wij hebben geselecteerd vindt u op zorgzekerheid.nl/vergoedingenzoeker;
- h. medicijnen die in het Reglement Farmaceutische zorg door ons zijn aangewezen als voorkeursgeneesmiddelen. Houdt u er wel rekening mee dat de zorgverlening van de apotheek, bijvoorbeeld terhandstellingskosten, het begeleidingsgesprek bij een nieuw geneesmiddel of een inhalatie instructie niet zijn vrijgesteld van het eigen risico. Zie ook in Rubriek B artikel 19;
- i. de medicijncheck door een apotheker;
- j. gecontracteerde multidisciplinaire zorgverlening voor chronische aandoeningen, zogenaamde ketenzorg. Uitzondering hierop is buiten de ketenzorg;
- k. de door ons goedgekeurde programma's Stoppen met roken (exclusief medicatie), deze vindt u op zorgzekerheid.nl/vergoedingenzoeker;
- l. de Gecombineerde Leefstijlinterventie (GLI).

3.5.3 Vanaf wanneer gaat het verplicht eigen risico in

Wordt u in de loop van een kalenderjaar 18 jaar? 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 zoals omschreven in artikel 3.5.4.

3.5.4 Berekening hoogte verplicht eigen risico

Als de verzekering niet start of eindigt op 1 januari, i.v.m. het bereiken van de 18 jarige leeftijd of om een andere reden, dan berekenen wij het eigen risico voor het betreffende kalenderjaar als volgt:

$$\text{Eigen risico} \times \frac{\text{aantal dagen dat de verzekering in het kalenderjaar zal lopen of heeft gelopen}}{\text{aantal dagen in het betreffende kalenderjaar}}$$

De hoogte van het bedrag wordt afgerond in hele euro's.

Voorbeeld

De verzekering gaat in op 1 november van een kalenderjaar i.v.m. het bereiken van de 18 jarige leeftijd. Wij berekenen de hoogte dan tot 1 januari van het daarop volgende kalenderjaar. Dit zijn 61 dagen. Een kalenderjaar telt 365 dagen (uitzondering schrikkeljaar). Het eigen risico is: € 385,00 x 61 gedeeld door 365 is € 64,34 en wordt afgerond op € 64,00.

3.5.5 Verplicht eigen risico bij een diagnose-behandelcombinatie (DBC)

Wordt een behandeling gedeclareerd in een zogeheten DBC, prestatie integrale geboortezorg, prestatie basis-GGZ of ZPP GGZ-zorgproduct? Dan worden deze kosten in mindering gebracht op het verplicht eigen risico van het kalenderjaar waarin de DBC, prestatie integrale geboortezorg, prestatie basis-GGZ of ZPP GGZ-zorgproduct is geopend.

3.5.6 Betaling van het verplicht eigen risico

Als wij de kosten voor uw behandeling rechtstreeks aan de zorgverlener betalen, zullen wij, als dit er is, het nog openstaande verplicht eigen risico verrekenen of terugvorderen. Wanneer wij terugvorderen ontvangt u van ons hierover een schriftelijk verzoek tot betaling binnen 14 dagen of een bericht waarin wij aangeven dat wij het terug te vorderen bedrag binnen 14 dagen zullen incasseren.

Wij vergoeden uitsluitend de kosten die boven het bedrag uitkomen van het verplicht eigen risico en eventueel vrijwillig eigen risico. Het verplicht eigen risico is ook van toepassing op onderdelen van het verzekerde pakket waarbij een maximum bedrag is vermeld tenzij in de voorwaarden anders is bepaald.

3.6 Vrijwillig eigen risico

3.6.1 Wat is vrijwillig eigen risico

Als verzekeringnemer kunt u bij een zorgverzekering kiezen voor een vrijwillig eigen risico, mits de verzekerde 18 jaar of ouder is. U kunt dan kiezen uit een vrijwillig eigen risico van € 0,00; € 100,00; € 200,00; € 300,00; € 400,00 of € 500,00 per kalenderjaar. Het gekozen vrijwillig eigen risico staat op uw polisblad.

Bij het vrijwillig eigen risico moet u de kosten of vergoeding van zorg zelf betalen tot het gekozen bedrag. Dit bedrag komt dus nog bovenop het verplicht eigen risico uit artikel 3.5.1. Bij betaling van zorgkosten waarvoor een eigen risico van toepassing is wordt altijd eerst het verplicht eigen risico aangesproken daarna volgt het vrijwillig eigen risico.

In ruil voor het gekozen vrijwillig eigen risico ontvangt u een bijbehorende korting op uw premie. Voor de korting met betrekking tot het vrijwillig eigen risico kunt u de offertemodule op **zorgzekerheid.nl** raadplegen.

3.6.2 Voor welke zorg geldt het vrijwillig eigen risico

Het vrijwillig eigen risico geldt voor de zorg waarop het verplicht eigen risico van toepassing is (zie artikel 3.5.2).

Uitzondering hierop is artikel 3.5.2 onder g (behandeling op basis van een diagnose knie- of heupoperatie in een door ons geselecteerd ziekenhuis). Daarvoor geldt geen verplicht eigen risico, maar wel het vrijwillig eigen risico.

3.6.3 Wanneer kunt u het gekozen vrijwillig eigen risico wijzigen

U kunt het gekozen vrijwillig eigen risico alleen wijzigen per 1 januari van het nieuwe kalenderjaar. U kunt het vrijwillig eigen risico dus niet met terugwerkende kracht aanpassen van bijvoorbeeld € 500,00 naar € 100,00.

Wij moeten uw wijziging uiterlijk 31 december van het voorafgaande kalenderjaar hebben ontvangen om de wijziging per 1 januari van het nieuwe kalenderjaar in te laten gaan. Dit kunt u doen via **MijnZZ.nl**, telefonisch via 071 – 5 825 825 of bezoek een van onze winkels.

3.6.4 Berekening hoogte vrijwillig eigen risico

Als de zorgverzekering gedurende het jaar aanvangt of eindigt, dan berekenen wij het vrijwillig eigen risico voor het betreffende kalenderjaar als volgt:

$$\text{Vrijwillig eigen risico} \times \frac{\text{aantal dagen dat de verzekering in het kalenderjaar zal lopen of heeft gelopen}}{\text{aantal dagen in het betreffende kalenderjaar}}$$

De hoogte van het bedrag wordt afgerond naar hele euro's.

Voorbeeld 18 jarigen

Er is gekozen voor een vrijwillig eigen risico van € 100,00. De zorgverzekering gaat in op 1 november i.v.m. het bereiken van de 18 jarige leeftijd.

Wij nemen in dit geval niet de volledige € 100,00 als vrijwillig eigen risico. Dit komt doordat hier rekening wordt gehouden met de periode waarover het vrijwillig eigen risico geldt. Hier is dat 61 dagen (= het aantal dagen tot 1 januari van het volgend kalenderjaar).

Een kalenderjaar telt 365 dagen, tenminste als het geen schrikkeljaar is. Het vrijwillig eigen risico bedraagt dan:

$$€ 100,00 \times (61 / 365) = € 17,00 \text{ (afgerond naar hele euro's)}$$

Zorgverzekeringswet

Paragraaf 3.4. Het eigen risico

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 en 2021.

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.

Artikel 22

1. Indien een zorgverzekering niet op 1 januari van een kalenderjaar ingaat of eindigt, is het in dat kalenderjaar voor die overeenkomst geldende bedrag van het verplicht eigen risico en indien dat van toepassing is, vrijwillig eigen risico gelijk aan het voor het gehele kalenderjaar geldende bedrag, vermenigvuldigd met een breuk waarvan de teller gelijk is aan het aantal dagen in dat kalenderjaar waarover de zorgverzekering zal lopen of heeft gelopen, en de noemer aan het aantal dagen in het desbetreffende kalenderjaar.
2. In afwijking van het eerste lid wordt het in het kalenderjaar geldende bedrag van het vrijwillig eigen risico indien dat gedurende het kalenderjaar wijzigt en de verzekeringnemer onmiddellijk voorafgaande aan die wijziging reeds een zorgverzekering met de zorgverzekeraar had gesloten, als volgt berekend:
 - a. ieder bedrag aan vrijwillig eigen risico dat in het desbetreffende kalenderjaar heeft gegolden of zal gelden, wordt vermenigvuldigd met het aantal in dat jaar gelegen dagen waarvoor dat risico gold of zal gelden;
 - b. de op grond van onderdeel a berekende bedragen worden bij elkaar opgeteld;
 - c. het op grond van onderdeel b berekende bedrag wordt gedeeld door het aantal dagen in het kalenderjaar.
3. Het op grond van het eerste of tweede lid berekende bedrag wordt afgerond op hele euro's.

Besluit zorgverzekering

§ 2. Het eigen risico

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. zorg zoals huisartsen die plegen te bieden,
 - c. zorg als bedoeld in artikel 2.10,
 - d. zorg die wordt bekostigd met toepassing van de op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde beleidsregel voor de prestatiebekostiging multidisciplinaire

- zorgverlening chronische aandoeningen,
- e. nacontroles van de donor nadat de periode, bedoeld in artikel 2.5, eerste lid, onderdeel d, is verstreken, en
 - f. de kosten van vervoer, bedoeld in artikel 2.5, tweede lid.
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 zich wendt tot 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.
4. In afwijking van het derde 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 in het derde lid genoemde dag is ingediend.

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.

Artikel 2.19

Het percentage, bedoeld in artikel 21, eerste lid, van de wet, bedraagt 100.