

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, en Menzis Zorgverzekeraar N.V. te Wageningen
Zaak : Premie, eigen risico, hoogte betalingsachterstand, verwerking betalingen
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2010-2022, paragraaf 3.3 Zvw
Zaaknummer : 202101823
Zittingsdatum : 22 februari 2023

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

en

Menzis Zorgverzekeraar N.V. te Wageningen, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoekster heeft bij e-mailbericht van 22 juli 2022 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 18 augustus 2022 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 2.2. Bij brief van 11 oktober 2022 heeft de zorgverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie hiervan is op 13 oktober 2022 aan verzoekster gestuurd. Bij e-mailbericht van 2 november 2022 heeft verzoekster op de desbetreffende brief van de zorgverzekeraar gereageerd.
- 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 februari 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.
- 2.4. Na afloop van de hoorzitting heeft de commissie omwille van de duidelijkheid de zorgverzekeraar verzocht twee financiële overzichten naar de stand van de zittingsdatum of later te sturen. Eén overzicht dat betrekking heeft op de premie en één overzicht dat betrekking heeft op het eigen risico.
Bij brief van 8 maart 2023 heeft de zorgverzekeraar de gevraagde informatie verstrekt. Een kopie van deze reactie is op 10 maart 2023 aan verzoekster gestuurd, die daarbij in de gelegenheid is gesteld hierop te reageren. Bij e-mailberichten van 18 maart 2023 en 16 april 2023 heeft verzoekster van de geboden mogelijkheid gebruik gemaakt. Kopieën van deze reacties zijn ter kennisname aan de zorgverzekeraar gestuurd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster is tot op heden bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Menzis Basis (hierna: de zorgverzekering).
- 3.2. De zorgverzekeraar heeft verzoekster bij brieven van verschillende data gewezen op het bestaan van een betalingsachterstand. Verzoekster heeft hiertegen verweer gevoerd en verzocht de vordering ter zake van het verplicht eigen risico 2020 te corrigeren. Onder meer bij e-mailbericht van 23 augustus 2021 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster meegedeeld hiertoe niet over te gaan.

3.3. Verzoekster heeft de zorgverzekeraar om heroverweging van dit standpunt gevraagd. De zorgverzekeraar heeft bij meerdere gelegenheden aan verzoekster meegedeeld zijn standpunt te handhaven.

4. **Standpunt verzoekster**

4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar (i) bij haar voor de jaren 2010 tot en met 2022 te veel eigen risico in rekening heeft gebracht, en (ii) de hoogte van de betalingsachterstand correct moet berekenen.

4.2. Verzoekster stelt in dit verband dat de zorgverzekeraar bij haar van 2010 tot en met 2022 ter zake het verplicht eigen risico telkens een hoger bedrag in rekening heeft gebracht dan zij in het betreffende jaar op grond van de wet maximaal was verschuldigd. Een en ander blijkt uit een door verzoekster opgesteld overzicht. Dit overzicht is gebaseerd op alle betalingen die verzoekster in genoemde jaren aan de zorgverzekeraar en diens incassogemachtigde heeft gedaan.

4.3. Ter zitting heeft verzoekster in aanvulling hierop verklaard dat zij in oktober 2022 via de commissie het zoveelste financiële overzicht van de zorgverzekeraar heeft ontvangen. Alle overzichten die zij tot nu toe heeft gekregen kloppen echter niet. Zo worden in het recente overzicht openstaande bedragen vermeld die al door verzoekster zijn betaald. Daarnaast heeft de zorgverzekeraar meerdere verrekeningen uitgevoerd, maar niet telkens op een juiste wijze. Zo zijn door de zorgverzekeraar onder meer betalingen verrekend met posten die op dat moment al waren overgedragen aan de incassogemachtigde. Hierdoor moet verzoekster de openstaande vordering twee keer betalen, namelijk één keer aan de zorgverzekeraar en één keer aan de incassogemachtigde.

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.

4.5. In reactie op de na afloop van de hoorzitting door de zorgverzekeraar overgelegde stukken stelt verzoekster dat ook de beide financiële overzichten van 7 maart 2023 niet juist zijn. In de eerste plaats wordt voor de jaren 2010 tot en met 2022 nog steeds te veel verplicht eigen risico in rekening gebracht. Daarnaast kloppen de door de zorgverzekeraar genoemde betaalde bedragen niet. Uit haar eigen administratie blijkt dat er veel meer is betaald dan de zorgverzekeraar stelt. Gelet op het feit dat de zorgverzekeraar nog steeds geen duidelijk financieel overzicht heeft opgesteld én het gegeven dat de zorgverzekeraar pas tijdens de hoorzitting heeft verklaard te willen samenwerken, vordert verzoekster thans kwijtschelding van de gehele openstaande vordering.

5. **Standpunt zorgverzekeraar**

5.1. De zorgverzekeraar stelt dat op de polis van verzoekster een betalingsachterstand was ontstaan. Omdat de betalingsachterstand al vóór 1 januari 2013 meer dan zes maanden bedroeg, is zij destijds ook aangemeld als wanbetaler bij het CAK. Na de aanmelding is de betalingsachterstand verder opgelopen, onder andere doordat de door verzoekster verschuldigde bedragen ter zake van het verplicht eigen risico niet (tijdig) werden betaald. Een groot deel van de openstaande vorderingen is sindsdien door de zorgverzekeraar ter incasso overgedragen aan zijn incassogemachtigde.

De betalingsachterstand met betrekking tot de periode van 1 januari 2013 tot en met 31 oktober 2022 bedraagt naar de stand van 11 oktober 2022 € 1.993,07, exclusief incassokosten en rente.

5.2. Verzoekster stelt zich in de aan de commissie overgelegde stukken op het standpunt dat "rekeningen niet kloppen" en "betalingen al zijn gedaan". Voor de zorgverzekeraar is niet helder wat verzoekster hiermee bedoelt, omdat zij haar stellingen niet heeft onderbouwd.

De stelling van verzoekster dat zij vindt dat de zorgverzekeraar te veel verplicht eigen risico bij haar in rekening heeft gebracht is daarentegen wel helder. De zorgverzekeraar kan zich evenwel niet vinden in dit standpunt.

Er hebben meerdere verrekeningen plaatsgevonden waardoor mogelijk bij verzoekster onduidelijkheid is ontstaan. Zo heeft de zorgverzekeraar voor het betalen van het eigen risico 2020 met verzoekster de zogenoemde Gespreid Betalen Eigen Risico-regeling (hierna GBER-regeling) afgesproken. Na drie termijnen werden door verzoekster geen betalingen ter zake meer gedaan waarna de regeling is beëindigd. Ten tijde van de beëindiging van de GBER-regeling was een bedrag voldaan van totaal € 115,50 (3 x € 38,50). Omdat op dat moment ook een zorgkostennota van € 58,57 was ontvangen, is dit bedrag in mindering gebracht op het reeds betaalde bedrag van € 115,50. Na deze verrekening is het restant van € 56,93 (€ 115,50 - € 58,57) aan verzoekster teruggestort. Deze betaling is gedaan op 6 juli 2020.

- 5.3. Naast bovengenoemde verrekening heeft er een verrekening plaatsgevonden voor een bedrag van € 133,37. Aanvankelijk werd de betrokken nota van de apotheek door de zorgverzekeraar verrekend met het verplicht eigen risico 2020 van verzoekster. Genoemd bedrag werd ook door verzoekster voldaan. Nadien heeft de zorgverzekeraar echter een creditnota van de apotheek ontvangen, waarna het door verzoekster betaalde bedrag is verrekend met het verplicht eigen risico 2021. Later werd door een andere zorgaanbieder een nieuwe declaratie ingediend. Omdat het eigen risico 2020 weer was opengevallen, is bij verzoekster opnieuw een bedrag van € 133,37 in rekening gebracht.
Tot slot zijn op verzoek van de Ombudsman Zorgverzekeringen nog enkele betalingen anders boekt. Ook dit heeft ertoe geleid dat posten weer zijn opengevallen.
- 5.4. Ter zitting heeft de zorgverzekeraar verklaard dat hij zich kan voorstellen dat bij verzoekster onduidelijkheid is ontstaan. Deze onduidelijk is mede veroorzaakt door het grote aantal verrekeningen en de door de apotheek verstuurd creditnota. De zorgverzekeraar is bereid uitleg te geven over de door hem uitgevoerde verrekeningen, maar handhaaft zijn standpunt dat nog sprake is van een betalingsachterstand. Van dubbele openstaande posten, zoals door verzoekster is gesteld, is geen sprake. Daarnaast benadrukt de zorgverzekeraar dat bij verzoekster niet meer eigen risico in rekening is gebracht dan wettelijk is toegestaan.
- 5.5. 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.
- 5.6. Bij e-mailbericht van 8 maart 2023 heeft de zorgverzekeraar verklaard dat de betalingsachterstand over de periode van 1 januari 2011 tot en met 31 maart 2023 naar de stand van 7 maart 2023 € 1.645,59, exclusief incassokosten en rente, bedraagt. Hiervan ziet € 141,25 op openstaande premievorderingen. Het restant (€ 1.504,34) heeft betrekking op vorderingen ter zake het verplicht eigen risico. In vergelijking met het financieel overzicht dat op 11 oktober 2022 is overgelegd is de betalingsachterstand verminderd. Dit komt doordat verzoekster meerdere betalingen heeft gedaan en doordat de zorgverzekeraar heeft besloten een drietal vorderingen ter zake van het verplicht eigen risico 2020 ten bedrage van totaal € 81,85 af te boeken.
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 A.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 Zvw, het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over de premie en het verplicht eigen risico zijn vermeld in de bijlage. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Zorgverzekering

- 7.2. Om inzicht te verschaffen in de hoogte van de betalingsachterstand, heeft de zorgverzekeraar na afloop van de hoorzitting twee financiële overzichten naar de stand van 7 maart 2023 overgelegd. Het ene overzicht heeft uitsluitend betrekking op premies terwijl het andere overzicht uitsluitend betrekking heeft op vorderingen ter zake het verplicht eigen risico. Uit beide overzichten blijkt dat verzoekster met betrekking tot de periode van 1 januari 2011 tot en met 31 maart 2023 niet alle verschuldigde bedragen heeft betaald en dat per saldo nog een bedrag openstaat van € 1.645,59, exclusief incassokosten en rente.

- 7.3. Verzoekster heeft gesteld dat het door de zorgverzekeraar genoemde openstaande bedrag niet juist is. Hiertoe heeft zij aangevoerd dat bij haar voor de jaren 2010 tot en met 2022 te veel verplicht eigen risico in rekening is gebracht. Verzoekster heeft haar stelling, behoudens voor het jaar 2020, niet onderbouwd. Wel is het de commissie opgevallen dat in 2013 meer in rekening is gebracht dan het voor dat jaar geldende verplicht eigen risico van € 350,-. Dit verschil wordt veroorzaakt doordat bij verzoekster, naast het verplicht eigen risico, bedragen van € 150,36 en € 99,60 voor een eigen bijdrage in rekening zijn gebracht. Aangezien verzoekster de verschuldigdheid van deze eigen bijdragen niet gemotiveerd heeft bestreden, volstaat de commissie met de constatering dat een eigen bijdrage iets anders is dan het wettelijk verplicht eigen risico, en dat beide daarom naast elkaar kunnen voorkomen, en laat zij dit punt verder rusten.

Dat in de jaren 2011-2019, 2021 en 2022 bij verzoekster meer in rekening is gebracht dan het toepasselijke *eigen risico* blijkt niet uit het financieel overzicht van de zorgverzekeraar van 7 maart 2023. Aangezien verzoekster haar stelling, behoudens voor het jaar 2020, als gezegd niet nader heeft onderbouwd, wordt deze dan ook gepasseerd, althans waar het de jaren 2010 tot en met 2019 en 2021 en 2022 betreft.

- 7.4. Waar het gaat om het eigen risico voor 2020 geldt dat de zorgverzekeraar heeft bestreden dat in dat jaar meer dan € 385,- aan verplicht eigen risico bij verzoekster in rekening is gebracht. Bij brieven van 22 oktober 2021, 2 december 2021 en 11 maart 2022 aan de Ombudsman Zorgverzekeringen en e-mailbericht van 8 maart 2023 aan de commissie heeft de zorgverzekeraar een toelichting gegeven, waaruit blijkt dat in 2020 meerdere verrekeningen en correcties hebben plaatsgevonden, waarop hierna wordt ingegaan.

De zorgverzekeraar heeft in de eerste plaats gesteld dat verzoekster in 2020 voor de gespreide betaling van het verplicht eigen risico de zogenoemde GBER-regeling had afgesproken. Deze regeling hield in dat bij verzoekster gedurende tien maanden een bedrag van € 38,50 per maand zou worden geïncasseerd. Omdat verzoekster na drie termijnen geen betalingen meer deed is deze regeling voortijdig beëindigd. De zorgverzekeraar heeft de betaalde termijnen aan verzoekster terugbetaald onder aftrek van de reeds gemaakte, onder het eigen risico vallende zorgkosten. Ten tijde van de beëindiging van de GBER-regeling was door verzoekster een bedrag voldaan van totaal € 115,50 (3 x € 38,50). Omdat de zorgverzekeraar op dat moment een zorgkostennota van € 58,57 had ontvangen, is deze nota verrekend met het door verzoekster betaalde bedrag van € 115,50. Na de verrekening is een bedrag van € 56,93 (€ 115,50 - € 58,57) aan verzoekster teruggestort. De zorgverzekeraar heeft verklaard dat betaling heeft plaatsgevonden op 6 juli 2020, op een rekeningnummer dat op naam stond van verzoekster. Verzoekster heeft dit noch ontkend noch heeft zij het tegendeel aannemelijk gemaakt. Daarom neemt de commissie als

vaststaand aan dat de zorgverzekeraar het bedrag van € 56,93 op of omstreeks 6 juli 2020 aan verzoekster heeft overgemaakt.

- 7.5. Daarnaast heeft de apotheek in november 2020 bij de zorgverzekeraar een bedrag van totaal € 133,37 (€ 119,57 en € 16,73) gedeclareerd voor aan verzoekster afgeleverde medicatie. Het staat vast dat verzoekster, nadat de zorgverzekeraar € 133,37 met het verplicht eigen risico 2020 had verrekend, dit bedrag heeft betaald. De zorgverzekeraar heeft gesteld dat hij op 1 juli 2021 van de apotheek ter zake van voornoemde declaratie een creditnota heeft ontvangen. Met de ontvangst van deze creditnota verviel de betalingsverplichting van de zorgverzekeraar richting de apotheek. In relatie tot verzoekster werd op dat moment het bedrag dat verzoekster als eigen risico ter zake de nota had voldaan (€ 133,37) zonder rechtsgrond en derhalve onverschuldigd betaald en kon de zorgverzekeraar niet anders dan dit aan verzoekster terugbetalen of verrekenen met andere, nog openstaande vorderingen. De zorgverzekeraar heeft voor dit laatste gekozen en het bedrag van € 133,37 verrekend. Een deel (€ 64,90) is verrekend met het nog openstaande verplicht eigen risico 2020 en het restant (€ 68,47) is verrekend met het eveneens openstaande verplicht eigen risico 2021. Genoemde verrekening is ook terug te vinden op het door de zorgverzekeraar overgelegde financiële overzicht van 7 maart 2023. Door de creditnota en de daaropvolgende verrekening kwam eenzelfde bedrag (€ 133,37) aan verplicht eigen risico 2020 weer open te staan en mocht de zorgverzekeraar andere, door hem ontvangen declaraties hiermee verrekenen. Zo zijn de door de Stichting VUmc ingediende declaraties verrekend met het verplicht eigen risico 2020 en is op 16 oktober 2021 bij verzoekster een bedrag van € 133,37 gevorderd. Laatstgenoemd bedrag is eveneens terug te vinden op het financiële overzicht van 7 maart 2023.
- 7.6. Tot slot heeft er voor 2020 een verrekening plaatsgevonden ten aanzien van een door verzoekster in april 2021 gedane betaling van € 95,78. De zorgverzekeraar heeft verklaard dat hij deze betaling aanvankelijk in mindering heeft gebracht op vorderingen ter zake van het verplicht eigen risico 2020 (€ 16,27 (oorspronkelijke nota € 119,57), € 16,73 en € 48,85)) en het verplicht eigen risico 2021 ((€ 13,93 (oorspronkelijke nota € 95,78)). Nadat verzoekster via de Ombudsman Zorgverzekeringen over de verwerking van deze betaling had gereclameerd, is een en ander aangepast in die zin dat de betaling van € 95,78 nu volledig in mindering is gebracht op de vordering van € 95,78 ter zake van het verplicht eigen risico 2021. Dit brengt met zich dat de oorspronkelijke vorderingen ter zake van het verplicht eigen risico 2020 van totaal € 81,85 (€ 16,27, € 16,73 en € 48,85) weer open kwamen te staan en dat genoemde bedragen derhalve nog door verzoekster waren verschuldigd. In zijn e-mailbericht van 8 maart 2023 heeft de zorgverzekeraar echter verklaard dat hij het bedrag van € 81,85 om hem moverende redenen heeft afgeboekt zodat verzoekster dit niet meer is verschuldigd. De commissie zal in deze beslissing van de zorgverzekeraar niet treden.
- 7.7. Gelet op hetgeen hiervoor is overwogen, in combinatie met de door de zorgverzekeraar overgelegde financiële overzichten van 7 maart 2023, stelt de commissie vast dat bij verzoekster ter zake het verplicht eigen risico 2020 uiteindelijk de volgende bedragen in rekening zijn gebracht: € 58,57 (zie 7.4.), € 115,68 (declaratie 28073397, inclusief € 2,- acceptgirokosten), € 163,90 (declaratie 28909581), € 48,85 (declaratie 29223846) en € 133,37 (declaratie 31063814). Opgeteld is dit € 520,37, hetgeen meer is dan het wettelijk verplicht eigen risico voor 2020. In het financieel overzicht van 7 maart 2023 staat in de kolom van verschuldigde bedragen echter ook '€ 133,37' vermeld vanwege een correctie. Zoals hiervoor onder 7.5. is overwogen, houdt deze correctie verband met een door de apotheek verzonden creditnota. De verwerking van deze creditnota in het financieel overzicht van 7 maart 2023 is niet duidelijk. Dit omdat door de zorgverzekeraar is gesteld dat het bedrag van € 133,37, voordat de creditnota was ontvangen, door verzoekster werd voldaan. Deze mededeling strookt echter niet met het overzicht van 7 maart 2023 waarin sprake is van twee betalingen aan de incassogemachtigde van € 33,-, een verrekening van € 64,90 en kwijtgescholden bedrag van € 33,-. De commissie houdt het er daarom voor dat deze correctie van € 133,37 uitsluitend om administratieve redenen in het overzicht is opgenomen teneinde de verwerking van voornoemde betalingen, verrekening en kwijtschelding te kunnen verantwoorden, en dat derhalve inderdaad totaal € 520,37 aan verplicht eigen risico 2020

bij verzoekster in rekening is gebracht. De vordering ter zake zou daarom met € 133,37 moeten worden verlaagd.

Omdat in de berekening van de € 520,37 een bedrag ter grootte van € 48,85 is betrokken dat inmiddels door de zorgverzekeraar werd kwijtgescholden, is het berekende eigen risico 2020 echter nog maar € 471,52. Rekening houdend met de € 2,- acceptgirokosten die verzoekster verschuldigd is, is dit € 84,52 meer dan het verplicht eigen risico van € 385,-. Dit verschil dient de zorgverzekeraar dan ook in mindering te brengen op de openstaande vordering. Het voorgaande betekent dat met betrekking tot de periode van 1 januari 2011 tot en met 31 maart 2023 per saldo nog een bedrag openstaat van totaal € 1.561,07, exclusief incassokosten en rente. Tot kwijtschelding, dan wel matiging van dit bedrag ziet de commissie geen aanleiding.

Slotsom

7.8. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. Bindend advies

8.1. De commissie beslist dat:

- (i) naar de stand van 7 maart 2023 met betrekking tot de periode van 1 januari 2010 tot en met 31 maart 2023 nog een bedrag openstaat van totaal € 1.561,07, exclusief incassokosten en rente,
- (ii) de zorgverzekeraar aan verzoekster het entreegeld van € 37,- dient te vergoeden, en
- (iii) het meer of anders gevorderde moet worden afgewezen.

Zeist, 16 mei 2023,

M.T.C.J. Nauta-Sluijs

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

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.

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.

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. huisartsenzorg,
 - c. multidisciplinaire eerstelijnszorg waar huisartsenzorg deel van uitmaakt,
 - d. gecombineerde leefstijlinterventie,
 - e. nacontroles van de donor nadat de periode, bedoeld in artikel 2.5, eerste lid, onderdeel d, is verstreken,
 - f. vervoer, bedoeld in artikel 2.5, tweede lid, en
 - g. 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 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.

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.

Indicatie en doelmatigheid

Natuurlijk heeft u alleen recht op een onderzoek of een behandeling als dat nodig is. Om voor zorg in aanmerking te komen moet er een indicatie zijn. Zoals de wet het zegt, u moet 'redelijkerwijs zijn aangewezen' op de zorg. Welke zorg voor u nodig is, wordt objectief bekeken. Die zorg moet bovendien doelmatig zijn. Zorg die onnodig is, of onnodig veel kost in vergelijking met een andere zorgvorm die gelijkwaardig is gezien de indicatie en uw zorgbehoefte, komt niet voor rekening van de verzekering.

Redelijke termijn en afstand

U heeft recht op zorg binnen een redelijke termijn en binnen een redelijke afstand van uw huisadres. Wat redelijk is, hangt af van de vorm en de urgentie van de zorg. U heeft in elk geval recht op zorg binnen de termijn die medisch gezien als maximaal aanvaardbaar wordt beschouwd.

Eigen risico

U heeft een verplicht eigen risico van € 385 per kalenderjaar als u 18 jaar of ouder bent. U kunt naast uw verplicht eigen risico kiezen voor een vrijwillig eigen risico van € 100, € 200, € 300, € 400 of € 500 per kalenderjaar. In dat geval krijgt u een korting op de premiegrondslag. Deze korting bedraagt per maand bij een eigen risico van € 100 een bedrag van € 3, bij een eigen risico van € 200 een bedrag van € 6, bij een eigen risico van € 300 een bedrag van € 9, bij een eigen risico van € 400 een bedrag van € 12, bij een eigen risico van € 500 een bedrag van € 20.

Let op

Sommige behandelingen worden gedeclareerd met een *behandelcode*, in officiële woorden heet dat: DBC-zorgproduct (diagnose behandelcombinatie), bijvoorbeeld de zorg die u in een ziekenhuis krijgt. Een DBC-zorgproduct omvat alle activiteiten en verrichtingen die het ziekenhuis en de medisch specialist uitvoeren voor diagnose en behandeling. Voor een DBC-zorgproduct declareert het ziekenhuis één bedrag. Als een DBC-zorgproduct in 2 jaren achter elkaar valt, dan tellen de kosten van het DBC-zorgproduct mee voor het eigen risico van het jaar waarin het DBC-zorgproduct is begonnen (openingsdatum). Dus als een DBC-zorgproduct wordt geopend in 2020 en gesloten in 2021, dan tellen de kosten van het DBC-zorgproduct mee voor het eigen risico van het jaar 2020. Als na het sluiten van een DBC-zorgproduct een nieuw (vervolg)DBC-zorgproduct wordt geopend, dan moet u voor dat nieuwe DBC-zorgproduct opnieuw eigen risico betalen.

Geen eigen risico

Het (verplicht en vrijwillig) eigen risico geldt niet voor:

- verloskundige zorg en kraamzorg (voor de kosten van laboratoriumonderzoek, geneesmiddelen en (ambulance)vervoer geldt het eigen risico wel). Zorg tijdens en na de bevalling valt onder verloskundige zorg, ongeacht de uitkomst van de zwangerschap (bijvoorbeeld een miskraam). Deze kosten vallen niet onder het eigen risico. Ook kosten die verband houden met het behandelen van aandoeningen die zich tot 6 weken na de bevalling voordoen en verband houden met de zwangerschap, vallen niet onder het verplichte eigen risico,
- hulpmiddelen die in bruikleen worden verstrekt (voor gebruiksartikelen van het hulpmiddel geldt het eigen risico wel),

- de kosten van inschrijving bij een huisarts of bij een instelling die huisartsenzorg verleent,
- huisartsenzorg, multidisciplinaire zorg waar huisartsenzorg deel van uitmaakt, stoppen-met-rokenprogramma en gecombineerde leefstijlinterventie. Door de huisarts aangevraagd laboratorium- en functieonderzoek valt wel onder het eigen risico, als dat onderzoek elders wordt uitgevoerd en apart in rekening wordt gebracht. Voor Geneeskundige Zorg voor Specifieke Patientgroepen geldt het eigen risico ook,
- medicatiebeoordeling chronisch Uitsluitend Recept-geneesmiddelengebruik, als u naar een apotheker of huisarts gaat,
- verpleging en verzorging (wijkverpleging),
- vervoer van de donor bij transplantatie dat wordt genoemd in het artikel 'Transplantatie, bij het 8e en 9e punt van de opsomming onder 'Welke zorg',
- nacontroles van de donor bij transplantatie, nadat de periode genoemd in het artikel 'Transplantatie', bij het 7e punt van de opsomming onder 'Welke zorg', is verstreken,
- medicatie en Nicotine vervangende middelen als onderdeel van een stoppen-met-rokenprogramma, als u deze betreft van een specifiek daarvoor gecontracteerde zorgaanbieder.

Als u een eigen bijdrage heeft of een eigen betaling doet, telt dat niet mee voor het eigen risico. Als de verzekering niet op 1 januari begint of eindigt, wordt het eigen risico naar evenredigheid toegepast. Eerst wordt het verplicht eigen risico toegepast, daarna het vrijwillig eigen risico. Als Menzis uw zorgnota rechtstreeks betaalt aan een zorgaanbieder, betaalt u of verzekeringnemer (ter keuze van Menzis) het eigen risico en de eventueel betaalde eigen bijdrage aan Menzis. U of verzekeringnemer ontvangt dan een nota van Menzis. Het eigen risico of een eigen bijdrage is ook van toepassing als u naar een gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

Voorbeelden

1. U wordt op 20 november 18 jaar. Het eigen risico gaat dan gelden vanaf 1 december. Dat jaar is het eigen risico voor 31/365 deel van toepassing.
2. U heeft een eigen risico van € 385. U wordt behandeld in het ziekenhuis, maar ontvangt geen nota. Menzis vergoedt de kosten rechtstreeks aan het ziekenhuis. U ontvangt dan een nota van Menzis van € 385.
3. U wordt op 20 december 2020 opgenomen in het ziekenhuis, en op 10 januari 2021 weer ontslagen. Het eigen risico wordt nu eenmaal toegepast in het jaar 2020.

Volgorde van de eigen betalingen

Op de vergoeding van een nota kunnen verschillende soorten eigen betalingen van toepassing zijn. De volgorde waarin deze worden toegepast, is als volgt:

1. van een ingediende nota wordt eerst het eventuele niet-verzekerde deel afgetrokken, daarna
2. het eventuele deel dat niet vergoed wordt omdat de zorgaanbieder met Menzis geen contract heeft, daarna
3. de eventuele eigen bijdrage, daarna
4. het nog openstaande deel van het verplichte eigen risico, daarna
5. het nog openstaande deel van het eventuele vrijwillig gekozen eigen risico.