



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen FBTO Zorgverzekeringen N.V. te Leeuwarden en Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist  
Zaak : Eigen risico, verplicht en vrijwillig eigen risico, lege DBC's  
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2017, artt. 19 tot en met 23 Zvw, 2.17 tot en met 2.19 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2017  
Zaaknummer : 201902267  
Zittingsdatum : 23 september 2020

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. H.A.J. Kroon)

---

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker,  
tegen

- 1) FBTO Zorgverzekeringen N.V. te Leeuwarden, en
- 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist,  
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij brief van 22 april 2020 heeft verzoeker de Ombudsman Zorgverzekeringen gevraagd een uitspraak te doen. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft het dossier doorgestuurd naar de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie).
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft in de brief van 22 juli 2020 zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 28 juli 2020 aan verzoeker gezonden.
- 2.3. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 23 september 2020 gehoord.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2017 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen Gezichtsorg, Orthodontie en Tand 2 (hierna gezamenlijk: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.
- 3.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker met diverse e-mailberichten verzocht het verplicht en vrijwillig eigen risico over de jaren 2017 en 2018 te voldoen. Op 21 maart 2018 is met verzoeker een betalingsregeling afgesproken. Verzoeker heeft een bedrag van totaal € 772,52 in drie gelijke termijnen aan de ziektekostenverzekeraar voldaan.  
Op 4 mei 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar het ontvangen bedrag van totaal € 772,52 overgemaakt naar de bankrekening van verzoeker. Op 28 mei 2018 is genoemd bedrag via automatische incasso van de bankrekening van verzoeker afgeschreven, waarop verzoeker deze betaling op 4 juni 2018 heeft laten storneren.
- 3.3. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar gevraagd het verplicht en vrijwillig eigen risico voor het jaar 2017 niet van hem te vorderen. De ziektekostenverzekeraar heeft bij e-mailberichten van diverse data aan verzoeker meegedeeld dat hij gehouden is het verplicht en vrijwillig eigen risico voor het jaar 2017 te voldoen.

4. Geschil

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie gevraagd te beslissen dat:  
(i) hij het verplicht en vrijwillig eigen risico voor het jaar 2017 niet aan de ziektekostenverzekeraar hoeft te betalen, en

(ii) de ziektekostenverzekeraar gehouden is aan hem een schadevergoeding te betalen van € 889,59.

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. Dit blijkt uit artikel 18 van de zorgverzekering.

6. Beoordeling

6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en het Besluit zorgverzekering (Bzv) over het verplicht en vrijwillig 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.

6.2. Verzoeker is sinds 2013 bekend met onder andere hartritmestoornissen, waarvoor hij onder behandeling is bij een medisch specialist, verbonden aan een ziekenhuis. In het jaar 2017 heeft hij geen bezoek aan het ziekenhuis gebracht. Wel heeft er op 30 november 2017 een telefonisch contact plaatsgevonden. Kennelijk is naar aanleiding hiervan door het ziekenhuis een DBC-zorgproduct gedeclareerd met een looptijd van 1 december 2017 tot en met 30 maart 2018. Hierdoor is het verplicht en vrijwillig eigen risico van zowel 2017 als 2018 volledig aangesproken.

6.3. Verzoeker voert aan dat in de voorwaarden van de zorgverzekering staat dat de aanvangsdatum van de behandeling in dit verband leidend is. In 2017 heeft geen behandeling plaatsgevonden, zodat hij het verplicht en vrijwillig eigen risico van dat jaar niet aan de ziektekostenverzekeraar is verschuldigd.

Omdat de ziektekostenverzekeraar de regeling van de 'lege' DBC-zorgproducten niet heeft verwoord in de voorwaarden van de zorgverzekering, heeft hij zich schuldig gemaakt aan misbruik van omstandigheden, onrechtmatige daad en discriminatie. Patiënten waarbij een behandeling de jaarwisseling overschrijdt worden immers anders behandeld dan patiënten waarbij dit niet het geval is. Verzoeker vordert daarom een schadevergoeding ten bedrage van € 889,59. Dit is nogmaals het bedrag van het verplicht en vrijwillig eigen risico, plus wettelijke rente en incassokosten.

6.4. De ziektekostenverzekeraar voert aan dat verzoeker jaarlijks afspraken heeft gehad met de cardioloog. Er hebben behandelingen en onderzoeken plaatsgevonden op 4 januari 2013, in januari 2014 en op 10 april 2014. Na de spoedbehandeling werd een vervolg-DBC geopend op 5 januari 2013. Deze liep tot 4 januari 2014. In januari 2014 vond een onderzoek plaats aan de kransslagader. Vanwege de niet toegestane paralleliteit bij Cardiologie, werd het eerdere traject afgesloten en startte een nieuw traject op 10 januari 2014 (het ging hierbij niet om ritmestoornissen). Deze DBC werd afgesloten op 21 januari 2014. Het volgende onderzoek betrof weer de ritmestoornissen, waarvoor opnieuw een (spoed) DBC werd geopend en gesloten op 14 april 2014. Op 15 april 2014 werd voor deze zorgvraag de vervolg-DBC geopend. Deze DBC had nog een looptijd van 365 dagen, en eindigde op 14 april 2015.

Vervolgens heeft verzoeker waarschijnlijk in de periode van augustus tot december 2015 contact gehad met het ziekenhuis, of het ziekenhuis bezocht. Voor die periode is een vervolg-DBC gedeclareerd. Die moet aansluiten op het traject. Daarom is een 'lege' DBC geopend vanaf 15 april 2015 met een looptijd van 120 dagen. De gedeclareerde vervolg-DBC heeft als openingsdatum 13 augustus 2015 en als sluitingsdatum 10 december 2015.

6.5. Verzoeker is gezien door de cardioloog op 5 januari 2017. Deze datum valt in de periode van 5 december 2016 tot 3 april 2017. Het ziekenhuis heeft driemaal een 'lege' DBC geopend na de sluiting op 10 december 2015 van eerder genoemde vervolg-DBC. De behandeldatum ligt in de daarop aansluitende vierde periode van 120 dagen en moet dus als vervolg-DBC worden

gedeclareerd. De DBC voor het bezoek op 5 januari 2017 wordt daarom gedeclareerd als vervolg-DBC met als startdatum 5 december 2016. Voor de behandelingen in januari 2018 geldt hetzelfde. Deze DBC moet als vervolg-DBC aansluitend worden gedeclareerd, omdat de behandeling opnieuw valt in de periode van 120 dagen aansluitend op drie 'lege' DBC's van 120 dagen. De vervolg-DBC heeft daarom als ingangsdatum 30 november 2017. Het is dus niet het telefoongesprek eind 2017 dat ervoor zorgt dat deze ingangsdatum moet worden gebruikt, maar de behandeling in januari 2018. Die valt namelijk in de periode van 120 dagen die aansluit op de drie 'lege' DBC's. De kosten van deze vervolg-DBC zijn volgens de ziektekostenverzekeraar terecht ten laste gebracht van het eigen risico 2017.

- 6.6. De commissie stelt voorop dat zij niet bevoegd is te oordelen over de juistheid van de door de zorgaanbieder ingediende declaratie. Aangezien de zorgaanbieder rechtstreeks bij de ziektekostenverzekeraar heeft gedeclareerd, heeft verzoeker niet vooraf inzage gehad in de nota en heeft hij niet de mogelijkheid gehad betaling hiervan te weigeren. De financiële consequenties komen - in de vorm van het eigen risico - echter wel voor rekening van verzoeker. De vraag die ter beantwoording voorligt, is daarom of de ziektekostenverzekeraar bij de zorgaanbieder had moeten aandringen op correctie.
- 6.7. In Nederland worden medisch-specialistische behandeltrajecten vanaf de diagnose tot het eind van de behandeling voorzien van een code, de zogenoemde Diagnose Behandel Combinatie (DBC). Deze regeling is op januari 2005 ingevoerd door de overheid. Een DBC omvat het gehele behandeltraject inclusief verpleging en verzorging, verband- en hulpmiddelen en de tijdens de behandeling plaatsgevonden paramedische zorg en geneesmiddelen. Een DBC is niet gebonden aan kalenderjaren. Artikel 23 Zvw bepaalt dat kosten van zorg worden toegerekend aan het jaar waarin de zorg of dienst is genoten. Als de zorg of dienst in twee of meer kalenderjaren wordt genoten, worden de kosten toegerekend aan het jaar waarin de zorg of dienst is aangevangen.
- 6.8. Vast staat dat het ziekenhuis een DBC-zorgproductcode heeft gedeclareerd met een ingangsdatum van 30 november 2017 en een einddatum van 30 maart 2018. De ziektekostenverzekeraar heeft een en ander nagevraagd bij het ziekenhuis. Gebleken is dat het ziekenhuis drie zogenoemde 'lege' DBC-zorgproducten heeft geopend van elk 120 dagen. Binnen 120 dagen na het laatste gesloten DBC-zorgproduct heeft verzoeker het ziekenhuis bezocht, namelijk in januari 2018. Daarop is door het ziekenhuis een nieuw DBC-zorgproduct geopend, dat terugwerkte tot het laatst gesloten 'lege' DBC-zorgproduct. Deze is daarom geopend op 30 november 2017. De ingangsdatum is bepalend voor de verschuldigheid van het verplicht en vrijwillig eigen risico, en deze ligt in het jaar 2017. Het eigen risico was nog niet vol gemaakt en de kosten van medisch specialistische zorg zijn hiervan niet uitgesloten.
- 6.9. Verzoeker heeft aangevoerd dat bovenstaande systematiek niet duidelijk is omschreven in de voorwaarden van de zorgverzekering. Dit is juist, echter hierin is wel opgenomen op basis waarvan vergoeding van kosten plaatsvindt en dit komt er – samengevat – op neer dat aanspraak bestaat voor zover voor de medisch specialistische zorg tarieven in rekening zijn gebracht die rechtsgeldig zijn. En dit laatste is het geval. De DBC-systematiek volgt namelijk uit de Wet marktordening gezondheidszorg. De hierop gebaseerde regelgeving voorziet in de mogelijkheid van 'lege' DBC-zorgproducten. De ziektekostenverzekeraar is niet gehouden alle toepasselijke regelgeving over te nemen of toe te lichten in de polisvoorwaarden. Voor zover het gaat om het reeds genoemde artikel 23 Zvw, heeft de ziektekostenverzekeraar in de artikelen 5.5 en 6.9 van de zorgverzekering vastgelegd dat de startdatum van een DBC-zorgproduct bepalend is voor de toerekening van het verplicht en vrijwillig eigen risico. Daarmee heeft hij voldoende informatie gegeven.
- 6.10. Anders dan verzoeker meent, heeft de ziektekostenverzekeraar, door zich te beroepen op de regelgeving op het gebied van de DBC-systematiek, geen misbruik van omstandigheden gemaakt. Verzoeker heeft ook niet toegelicht waarom hij meent dat dit wél het geval is. Ook heeft de ziektekostenverzekeraar niet onrechtmatig gehandeld. Het ziekenhuis mocht een vervolg-DBC in rekening brengen en de ziektekostenverzekeraar was gehouden de betreffende kosten te

vergoeden, ware het niet dat deze onder het verplicht en vrijwillig eigen risico vallen. Dit laatste volgt uit de wet, zodat niet valt in te zien waaruit het gestelde onrechtmatig handelen of nalaten bestaat. Dit is echter wel een vereiste in het kader van een onrechtmatige daad.

- 6.11. Tot slot is niet gebleken dat de ziektekostenverzekeraar verzoeker anders heeft behandeld dan andere verzekerden, en hem daarmee heeft gediscrimineerd. De DBC-systematiek geldt voor alle medisch specialistische zorg en voor iedereen die hiervan gebruik maakt. Evenzo is de regeling van het eigen risico van toepassing op iedereen die verzekerd is op basis van een verzekering tegen ziektekosten, gebaseerd op de Zvw. Dit neemt niet weg dat de gevolgen, in financiële zin, kunnen verschillen.

Heeft de behandeling een incidenteel karakter, dan valt deze in het jaar waarin de aanvangsdatum ligt. Niet valt in te zien waarom dit discriminerend zou zijn. Ook niet als het eigen risico in een volgend jaar wordt verhoogd of verlaagd. De ingangsdatum is immers ook dan bepalend. Voor zover de behandeling doorloopt kan het zijn dat – afhankelijk van de ingangsdatum – in twee achtereenvolgende jaren het eigen risico is verschuldigd. Dit is inherent aan de gekozen systematiek en kan evenmin als discriminerend worden betiteld. Als verzoeker zich met de toepasselijke systematiek niet kan verenigen dient hij zich te wenden tot de wetgever. Een en ander valt buiten de bevoegdheid van de commissie. Dit geldt eveneens voor het gegeven dat chronische patiënten mogelijk benadeeld worden omdat zij het (verplicht) eigen risico van jaar tot jaar verschuldigd zijn. Het al dan niet nemen van een vrijwillig eigen risico is overigens een keuze van de verzekeringnemer. Dat niet voorziene kosten van zorg hierdoor voor eigen rekening blijven, is niet discriminerend ten opzichte van anderen, die hebben gekozen voor geen dan wel een kleiner vrijwillig eigen risico.

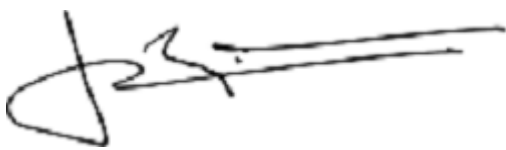
Voor toewijzing van de door verzoeker gevorderde schadevergoeding op grond van misbruik van omstandigheden, onrechtmatige daad dan wel discriminatie bestaat, gelet op hetgeen hiervoor is overwogen, geen aanleiding.

- 6.12. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 30 september 2020,



H.A.J. Kroon

# BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

# 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. 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

**Let op!** Start u na deze spoedeisende zorg een nieuwe planbare behandeling?

Controleer dan eerst met welk ziekenhuis FBTO afspraken heeft gemaakt. U doet dit eenvoudig via de Zorgzoeker op [zorgzoeker.fbto.nl](http://zorgzoeker.fbto.nl) of neem contact met ons op. Zo voorkomt u dat u de rekening eerst zelf of een deel van de rekening moet betalen.

#### **4.4 Soms moet u iets terugbetalen**

Het komt soms voor dat wij aan de zorgverlener of zorginstelling meer betalen dan waarop u volgens de verzekeringsovereenkomst recht heeft. Dit gebeurt bijvoorbeeld als u zelf een deel van het bedrag moet betalen vanwege een eigen bijdrage of eigen risico. U (verzekeringnemer) moet dan geld aan ons terugbetalen. Dit innen wij via een automatische incasso. Door deze verzekering met ons aan te gaan, wordt u (verzekeringnemer) namelijk geacht ons een machtiging te hebben verleend.

#### **4.5 Als u zorgbemiddeling nodig heeft**

U heeft recht op zorgbemiddeling. Dit betekent dat u bijvoorbeeld informatie krijgt over behandelingen, over wachttijden en over kwaliteitsverschillen tussen zorgverleners of zorginstellingen. Op basis van die informatie:

- kunt u zelf uw keuze maken, óf
- bemiddelen wij voor u met de zorgverlener of zorginstelling over de wachtlijsten. En regelen wij voor u een afspraak. Dit noemen wij wachtlijstbemiddeling.

Ook als u een nieuwe zorgverlener of zorginstelling zoekt, bijvoorbeeld omdat u verhuisd bent, heeft u recht op zorgbemiddeling. Wij helpen u dan om deze zorgverlener of zorginstelling te vinden. Wilt u zorgbemiddeling en/of wachtlijstbemiddeling? Neem dan contact met ons op op [www.fbto.nl/contact-fbto-zorgteam](http://www.fbto.nl/contact-fbto-zorgteam).

## **Artikel 5 Wat zijn uw verplichtingen?**

### **5.1**

Hieronder leest u aan welke verplichtingen u moet voldoen. Schaadt u onze belangen door deze verplichtingen niet na te komen? Dan heeft u geen recht op zorg.

### **5.2 Algemene verplichtingen**

U heeft recht op zorg als u aan de volgende verplichtingen voldoet:

- a. Gaat u voor zorg naar een ziekenhuis of polikliniek? Dan moet u zich legitimeren met één van de volgende geldige documenten:
  - rijbewijs;
  - paspoort;
  - Nederlandse identiteitskaart;
  - vreemdelingendocument.
- b. Wil onze medisch adviseur weten waarom u bent opgenomen? Dan moet u aan uw behandelend arts of medisch specialist vragen om dit door te geven aan onze medisch adviseur.

- c. U moet alle informatie geven die wij nodig hebben en medewerking verlenen aan het verkrijgen van deze informatie. Dit is voor onze medisch adviseurs of voor mensen die met controle of onderzoek belast zijn. Uiteraard houden wij hierbij rekening met de privacyregelgeving.
- d. U moet meewerken, als wij kosten willen verhalen op een aansprakelijke derde.
- e. U bent verplicht om (mogelijke) onregelmatigheden of fraude door zorgverleners (bijvoorbeeld in declaraties) bij ons te melden.
- f. U bent verplicht een verwijzing of verklaring te overleggen in de gevallen waarin deze noodzakelijk is. De verwijzing of verklaring is alleen geldig indien u zich binnen een jaar na afgifte heeft gemeld bij de zorgverlener naar wie u bent doorverwezen. Zolang u met dezelfde zorgvraag bij dezelfde zorgverlener onder behandeling blijft, hoeft u geen nieuwe verwijzing of verklaring te overleggen.
- g. U bent verplicht ons vooraf om toestemming te vragen in de gevallen waarin dit noodzakelijk is. Na een positieve medische beoordeling geven wij onze toestemming in de vorm van een machtiging. Heeft u een geldige machtiging en stapt u over naar een andere zorgverzekeraar? Dan neemt uw nieuwe zorgverzekeraar de machtiging over en vergoedt de behandeling volgens de daar geldende verzekeringsvoorwaarden.

### **5.3 Verplichtingen als u gedetineerd bent**

- a. Bent u gedetineerd? Meld ons binnen 30 dagen nadat u bent opgepakt, wanneer deze detentie is ingegaan (ingangdatum) en hoe lang deze duurt.
- b. Bent u in vrijheid gesteld? Meld ons dan binnen 2 maanden daarna, op welke datum u bent vrijgelaten.

### **5.4 Verplichtingen als u zelf nota's declareert**

Ontvangt u zelf nota's van een zorgverlener, zorginstelling of leverancier? Stuur ons dan de originele en duidelijk gespecificeerde nota's (bewaart u een kopie voor uw eigen administratie). U kunt de originele nota's ook scannen en digitaal bij ons aanleveren. Wij accepteren geen kopienota's, herinneringen, pro-formanota's, begrotingen, kostenramingen en dergelijke. Wij vergoeden alleen wanneer wij een originele en duidelijk gespecificeerde nota voorzien van de behandelcode hebben ontvangen. De behandelcodes worden opgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).

Declareert u (verzekeringnemer) de nota's digitaal? Dan bent u (verzekeringnemer) verplicht de originele nota's te bewaren tot 1 jaar nadat wij deze hebben ontvangen. Het kan zijn dat wij deze originele nota's bij u opvragen.

De zorgverlener die u behandelt, moet de nota's op zijn naam hebben uitgeschreven. Is de zorgverlener een rechtspersoon (zoals een stichting, maatschap of bv)? Dan moet op de nota specifiek staan wie (bijvoorbeeld welke arts of specialist) u heeft behandeld. De vergoeding waar u recht op heeft, betalen wij altijd aan u (verzekeringnemer) op het rekeningnummer (IBAN) dat bij ons bekend is. U kunt uw vordering op ons niet aan derden overdragen.

### **5.5 Verplichting: binnen een bepaalde tijd declareren**

Zorg ervoor dat u uw nota's zo snel mogelijk bij ons declareert. Doe dit in ieder geval binnen 12 maanden na afloop van het kalenderjaar waarin u bent behandeld.

**Let op!** Om te bepalen of u recht heeft op de zorg, is de behandeldatum bepalend en/of de leveringsdatum zoals die op de nota staat. Het is dus niet de datum waarop de nota is uitgeschreven die bepalend is.

Wordt een behandeling gedeclareerd in de vorm van een diagnose-behandelcombinatie (DBC)? Dan is het startmoment van de behandeling bepalend voor het recht op zorg. Op het startmoment moet u bij ons verzekerd zijn. Wilt u weten wat voor uw situatie geldt? Neem dan contact met ons op.

Declareert u nota's later dan 12 maanden na afloop van het kalenderjaar waarin u bent behandeld? Dan kunt u een lagere vergoeding krijgen dan waar u volgens de voorwaarden recht op had. Wij nemen nota's niet in behandeling, als u deze later declareert dan 36 maanden na de behandeldatum en/of de datum van levering van de zorg. Dit volgt uit artikel 942, Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek.

### **5.6 Verplichting: geef wijzigingen in uw situatie binnen 1 maand aan ons door**

Verandert er iets in uw persoonlijke situatie? Of in die van een van de andere verzekerden? Dan moet u (verzekeringnemer) dat binnen 1 maand aan ons doorgeven. Het gaat hierbij om alle gebeurtenissen die van betekenis kunnen zijn voor een juiste uitvoering van de basisverzekering. Denk aan eindigende verzekeringsplicht, verhuizing, wijziging van uw rekeningnummer (IBAN), echtscheiding, overlijden of langdurig verblijf in het buitenland. Als wij aan u (verzekeringnemer) een bericht sturen aan uw laatst bekende adres, dan mogen wij ervan uit gaan dat dit bericht u (verzekeringnemer) heeft bereikt.

## **Artikel 6 Wat is uw verplicht eigen risico?**

### **6.1**

Als u 18 jaar of ouder bent en premie verschuldigd bent, heeft u een verplicht eigen risico voor de basisverzekering. De overheid bepaalt hoe hoog dit bedrag is. In 2017 is het verplicht eigen risico € 385,- per verzekerde per kalenderjaar.

### **6.2 Eerste € 385,- van uw zorgkosten betaalt u zelf**

Wij brengen het verplicht eigen risico in mindering op uw recht op zorg. Het gaat hierbij om de kosten die u in de loop van het kalenderjaar vanuit de basisverzekering maakt. Voorbeeld: u wordt behandeld in een ziekenhuis, maar ontvangt geen nota. Dan vergoeden wij deze kosten rechtstreeks aan het ziekenhuis. U (verzekeringnemer) ontvangt vervolgens een nota van ons van € 385,-.

**Let op!** Fysiotherapeutische behandelingen voor een aandoening die staat op een door de minister van VWS vastgestelde lijst “Bijlage 1 bij artikel 2.6 van het Besluit zorgverzekering” (artikel 3 van het hoofdstuk ‘Verzekerde zorg basisverzekeringen’) worden altijd verrekend met het eigen risico. Als de behandeling doorloopt in het volgende jaar, dan begint het eigen risico weer opnieuw te tellen.

### **6.3 Voor sommige zorgkosten geldt geen verplicht eigen risico**

Wij houden geen verplicht eigen risico in op:

- a. de kosten van zorg of overige diensten die in 2017 zijn gemaakt, maar waarvan wij de nota’s pas na 31 december 2018 ontvangen;
- b. de kosten van zorg die huisartsen plegen te bieden. Uitzondering hierop zijn de kosten van met deze zorg samenhangend onderzoek, als dit onderzoek ergens anders wordt verricht en apart in rekening wordt gebracht. De persoon of instelling die dat onderzoek doet, moet gerechtigd zijn hiervoor het tarief te rekenen dat de Nederlandse Zorgautoriteit heeft vastgesteld;
- c. de directe kosten voor verloskundige zorg en kraamzorg;
- d. de kosten van inschrijving bij een huisarts of bij een instelling die huisartsenzorg verleent. Onder inschrijvingskosten verstaan wij:
  - het bedrag dat een huisarts of instelling die huisartsenzorg verleent, rekent om u als patiënt in te schrijven. Dit is ten hoogste het tarief dat als beschikbaarheidstarief is vastgesteld in de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg);
  - vergoedingen die samenhangen met hoe de geneeskundige zorg bij de huisarts, in de huisartsenpraktijk of in de instelling wordt verleend. Of die samenhangen met de kenmerken van het patiëntenbestand of met de locatie van de praktijk of instelling. Dit voor zover wij deze vergoedingen zijn overeengekomen met uw huisarts of instelling en voor zover een huisarts of instelling deze vergoedingen bij ons in rekening mag brengen, als u zich inschrijft;
- e. de kosten van nacontroles van de donor nadat de periode van zorg aan die donor is verstreken. Deze zorgperiode is maximaal 13 weken of, als het om een levertransplantatie gaat, een half jaar;
- f. de kosten van het vervoer van de donor als de donor deze vergoed krijgt via de eigen basisverzekering;
- g. de kosten van ketenzorg die gedeclareerd worden volgens de beleidsregel Prestatiebeposting multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen. Deze beleidsregel is vastgesteld op basis van de Wmg;
- h. de kosten van verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen die plegen te bieden volgens artikel 28 Verpleging en verzorging in de eigen omgeving (extramuraal) van het hoofdstuk ‘Verzekerde zorg basisverzekeringen’.

#### **6.4 Verplicht eigen risico is vrijgesteld**

De directe kosten van de medicatiebeoordeling chronisch gebruik van receptgeneesmiddelen uitgevoerd door een hiervoor door ons gecontracteerde apotheek is vrijgesteld van het verplicht eigen risico.

#### **6.5 Zorgkosten die wij niet vergoeden tellen niet mee voor het verplicht eigen risico**

In sommige gevallen betaalt u zelf een deel van de zorg vanuit de basisverzekering. Bijvoorbeeld bij kraamzorg en bepaalde medicijnen. Deze bedragen staan los van het verplicht eigen risico en tellen dus niet mee voor het volmaken van de € 385,- aan verplicht eigen risico die wij inhouden.

#### **6.6 Verplicht eigen risico gaat in als u 18 jaar wordt**

Wordt u 18 jaar in de loop van het kalenderjaar? Dan gaat uw verplicht eigen risico in op de eerste dag van de maand die volgt op de kalendermaand waarin u 18 jaar wordt. Hoe hoog uw verplicht eigen risico dan is, hangt af van over hoeveel dagen wij verplicht eigen risico mogen inhouden.

#### **6.7 Verplicht eigen risico als uw basisverzekering later ingaat**

Gaat uw basisverzekering in na 1 januari? Dan berekenen wij uw verplicht eigen risico op basis van hoeveel dagen u in dat kalenderjaar verzekerd bent.

#### **6.8 Verplicht eigen risico als uw basisverzekering eerder eindigt**

Eindigt uw basisverzekering in de loop van het kalenderjaar? Dan berekenen wij uw verplicht eigen risico op basis van het aantal dagen van het kalenderjaar dat u wel verzekerd was.

#### **6.9 Verplicht eigen risico bij een diagnose-behandelcombinatie**

Wordt een behandeling gedeclareerd in de vorm van een diagnose-behandelcombinatie (DBC)? Dan is het startmoment van de behandeling ook bepalend voor het verplicht eigen risico dat wij moeten toepassen. Meer over de vergoedingen bij DBC's leest u in artikel 5.5 van deze algemene voorwaarden.

#### **6.10 Verplicht eigen risico in mindering brengen**

Ontvangt u zorg van een gecontracteerde zorgverlener, zorginstelling of een zorgverlener met wie wij een overeenkomst hebben? Dan vergoeden wij de kosten van die zorg direct aan de zorgverlener of zorginstelling. Heeft u nog een bedrag aan verplicht eigen risico openstaan? Dan zal dit bedrag worden verrekend of bij u worden teruggevorderd. Dit kan ook verrekend worden met declaraties ten laste van uw persoonsgebonden budget verpleging en verzorging. Wij innen het bedrag via een automatische incasso. Door deze verzekering met ons aan te gaan, wordt u (verzekeringnemer) namelijk geacht ons een machtiging te hebben verleend.

Als u (verzekeringnemer) het verplicht eigen risico niet op tijd betaalt, kunnen wij administratiekosten, invorderingskosten en wettelijke rente in rekening brengen.

## Artikel 7 Wat is een vrijwillig gekozen eigen risico?

### 7.1

Per kalenderjaar kan een verzekerde van 18 jaar of ouder kiezen voor een vrijwillig eigen risico. U kunt in uw basisverzekering kiezen voor geen vrijwillig eigen risico of voor een vrijwillig eigen risico van € 100,-, € 200,-, € 300,-, € 400,- of € 500,- per kalenderjaar. Kiest u voor een vrijwillig eigen risico? Dan krijgt u een korting op uw premie. Hoeveel korting u krijgt, ziet u in het Premieoverzicht 2017 op onze website. Dit overzicht maakt deel uit van deze polis.

### 7.2 Gevolg vrijwillig gekozen eigen risico

Wij brengen het vrijwillig gekozen eigen risico in mindering op uw vergoeding. Dit doen wij nadat wij het volledige verplicht eigen risico hierop in mindering hebben gebracht. Het gaat om de kosten die u in de loop van het kalenderjaar vanuit de basisverzekering maakt. Voorbeeld: u (verzekeringnemer) kiest naast het verplicht eigen risico voor een vrijwillig eigen risico van € 500,-. Hierdoor is uw totale eigen risicobedrag (€ 385,- + € 500,- =) € 885,-. Ontvangt uw zorgverlener € 950,- van ons voor zorg die u heeft ontvangen? Dan brengen wij hierop het totale eigen risicobedrag in mindering. Deze € 885,- wordt automatisch van de rekening van de verzekeringnemer afgeschreven (zie ook artikel 6.10 van deze algemene voorwaarden).

### 7.3 Voor sommige zorgkosten geldt geen vrijwillig gekozen eigen risico

Wij houden geen vrijwillig gekozen eigen risico in op:

- a. de kosten van zorg die huisartsen plegen te bieden. Uitzondering hierop zijn de kosten van met deze zorg samenhangend onderzoek, als dit onderzoek ergens anders wordt verricht en apart in rekening wordt gebracht. De persoon of instelling die dat onderzoek doet, moet gerechtigd zijn hiervoor het tarief te rekenen dat de Nederlandse Zorgautoriteit heeft vastgesteld;
- b. de directe kosten voor verloskundige zorg en kraamzorg;
- c. de kosten van inschrijving bij een huisarts of bij een instelling die huisartsenzorg verleent. Onder inschrijvingskosten verstaan we:
  - het bedrag dat een huisarts of instelling die huisartsenzorg verleent, rekent om u als patiënt in te schrijven. Dit is ten hoogste het tarief dat als beschikbaarheidstarief is vastgesteld in de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg);
  - vergoedingen die samenhangen met hoe de geneeskundige zorg bij de huisarts, in de huisartsenpraktijk of in de instelling wordt verleend. Of die samenhangen met de kenmerken van het patiëntenbestand of met de locatie van de praktijk of instelling. Dit voor zover wij deze vergoedingen zijn overeengekomen met een huisarts of instelling en voor zover een huisarts of instelling deze vergoedingen bij ons in rekening mag brengen, als u zich inschrijft;
- d. nacontroles van de donor nadat de periode van zorg aan die donor is verstreken. Deze zorgperiode is maximaal 13 weken of, als het om een levertransplantatie gaat, een half jaar;



- e. de kosten van het vervoer van de donor als de donor deze vergoed krijgt via de eigen basisverzekering;
- f. ketenzorg die gedeclareerd wordt volgens de Beleidsregel prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen. Deze beleidsregel is vastgesteld op basis van de Wmg;
- g. de kosten van verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen die plegen te bieden volgens artikel 28 Verpleging en verzorging in de eigen omgeving (extramuraal) van het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen'.

#### **7.4 Zorgkosten die wij niet vergoeden tellen niet mee voor het vrijwillig gekozen eigen risico**

In sommige gevallen betaalt u zelf een deel van de zorg vanuit de basisverzekering. Bijvoorbeeld bij kraamzorg en bepaalde medicijnen. Deze bedragen staan los van het vrijwillig gekozen eigen risico en tellen dus niet mee voor het gekozen bedrag aan eigen risico dat wij inhouden.

#### **7.5 Vrijwillig gekozen eigen risico gaat in als u 18 jaar wordt**

Wordt u 18 jaar in de loop van het kalenderjaar? Dan gaat uw vrijwillig gekozen eigen risico in op de eerste dag van de maand die volgt op de kalendermaand waarin u 18 jaar wordt. Hoe hoog uw vrijwillig gekozen eigen risico dan is, hangt af van over hoeveel dagen wij vrijwillig gekozen eigen risico mogen inhouden.

#### **7.6 Vrijwillig gekozen eigen risico als uw basisverzekering later ingaat**

Gaat uw basisverzekering in na 1 januari? Dan berekenen wij uw vrijwillig gekozen eigen risico op basis van hoeveel dagen u in dat kalenderjaar verzekerd bent.

#### **7.7 Vrijwillig gekozen eigen risico als uw basisverzekering eerder eindigt**

Eindigt uw basisverzekering in de loop van het kalenderjaar? Dan berekenen wij uw vrijwillig gekozen eigen risico op basis van het aantal dagen van het kalenderjaar dat u wel verzekerd was.

#### **7.8 Vrijwillig gekozen eigen risico bij een diagnose-behandelcombinatie**

Wordt een behandeling gedeclareerd in de vorm van een diagnose-behandelcombinatie (DBC)? Dan is het startmoment van de behandeling ook bepalend voor het vrijwillig gekozen eigen risico dat wij in mindering moeten brengen. Meer over de vergoedingen bij DBC's leest u in artikel 5.5 van deze algemene voorwaarden.

#### **7.9 Vrijwillig gekozen eigen risico in mindering brengen**

Ontvangt u zorg van een gecontracteerde zorgverlener, zorginstelling of een zorgverlener met wie wij een overeenkomst hebben? Dan vergoeden wij de kosten van die zorg direct aan de zorgverlener of zorginstelling. Heeft u dan nog een bedrag aan vrijwillig gekozen eigen risico



openstaan? Dan zal dit bedrag worden verrekend of bij u worden teruggevorderd. Dit kan ook verrekend worden met declaraties ten laste van uw persoonsgebonden budget verpleging en verzorging. Wij innen het bedrag via een automatische incasso. Door deze verzekering met ons aan te gaan, wordt u (verzekeringnemer) namelijk geacht ons een machtiging te hebben verleend.

Als u (verzekeringnemer) het vrijwillig gekozen eigen risico niet op tijd betaalt, kunnen wij administratiekosten, invorderingskosten en wettelijke rente in rekening brengen.

### **7.10 Vrijwillig gekozen eigen risico wijzigen**

Wilt u uw vrijwillig gekozen eigen risico aanpassen? Dan kan dat per 1 januari van het volgende kalenderjaar. Geef de wijziging van het vrijwillig gekozen eigen risico dan uiterlijk 31 december aan ons door via [MijnFBTO](#). Deze wijzigingstermijn vindt u ook in artikel 12.5 van deze algemene voorwaarden.

## **Artikel 8 Wat betaalt u?**

### **8.1 Wij stellen uw premie vast**

#### **8.1.1**

Wij stellen vast hoe hoog de premie van uw basisverzekering is. De verschuldigde premie is de premiegrondslag min een eventuele korting vanwege een vrijwillig gekozen eigen risico. De korting berekenen wij op basis van de premiegrondslag.

#### **8.1.2**

Wij heffen premie voor verzekerden van 18 jaar en ouder. Wordt de verzekerde 18 jaar? Dan bent u (verzekeringnemer) premie verschuldigd per de eerste van de maand die volgt op de kalendermaand waarin de verzekerde 18 jaar wordt.

### **8.2 U (verzekeringnemer) betaalt de premie**

U (verzekeringnemer) moet de premie vooruitbetalen. U mag de premie die u (verzekeringnemer) moet betalen, niet verrekenen met uw vergoeding.

Beëindigt u (verzekeringnemer) of beëindigen wij uw basisverzekering tussentijds? Dan betalen wij premie die u te veel heeft betaald, terug. Wij gaan hierbij uit van een maand met 30 dagen. Hebben wij uw verzekering beëindigd vanwege fraude of misleiding (zie ook artikel 20 van deze algemene voorwaarden)? Dan kunnen wij een bedrag voor administratiekosten aftrekken van de premie die wij moeten terugbetalen.

### **8.3 Hoe u (verzekeringnemer) de premie en andere kosten betaalt**

Wij hebben het liefst dat u (verzekeringnemer) de volgende bedragen via een automatische incasso betaalt: