

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

prof. dr. mr. A. de Ruijter, mr. H.A.J. Kroon en mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs

Zaaknummer: 202400299

Partijen

A. te B., hierna te noemen: verzoeker,

en

CZ Zorgverzekeringen N.V. te Tilburg, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoeker heeft bij klachtenformulier van 2 februari 2024 een zaak voorgelegd aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ). Bij brieven van 14 en 19 februari 2024 heeft verzoeker aanvullende informatie gezonden. Met het klachtenformulier van 20 april 2024 heeft verzoeker zich nogmaals tot de SKGZ gewend. Een medewerker van de Ombudsman Zorgverzekeringen heeft op 31 december 2024 tijdens een telefonisch contact met verzoeker met hem afgesproken de kwestie door te sturen naar de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) omdat bemiddeling niet mogelijk was. Een en ander heeft de Ombudsman Zorgverzekeringen bij brief van dezelfde datum aan verzoeker bevestigd. Op 2 januari 2025 heeft een intakegesprek plaatsgevonden, dat bij brief van dezelfde datum aan verzoeker is bevestigd. Op 16 januari 2025 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 1.2. Bij brief van 28 februari 2025 heeft de zorgverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op dezelfde dag aan verzoeker gestuurd.
- 1.3. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 16 april 2025 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gezonden.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoeker was in 2022 bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de CZ Zorg-op-maatpolis (natura) (hierna: de zorgverzekering).
- 2.2. Verzoeker heeft in 2022 een telefonisch consult gehad bij de longpoli in het ziekenhuis. Het ziekenhuis heeft hiervoor bij de zorgverzekeraar een nota ter hoogte van € 164,79 ingediend, die door de zorgverzekeraar is vergoed, waarbij hij een bedrag van € 123,24 ten laste van het verplicht eigen risico van verzoeker heeft gebracht. Verzoeker is hiervan door de zorgverzekeraar bij brief van 27 oktober 2022 in kennis gesteld.

- 2.3. Verzoeker heeft de zorgverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brieven van 13 en 17 oktober 2023 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

3. Standpunt verzoeker

- 3.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar het bedrag van € 164,79 niet aan het ziekenhuis had mogen vergoeden en dat hij dit niet (deels) ten laste van het verplicht eigen risico had mogen brengen.
- 3.2. Verzoeker heeft hiertoe in het klachtenformulier van 2 februari 2024 gesteld dat hij slechts een zeer kort telefoongesprek heeft gevoerd. Hiervoor heeft het ziekenhuis een exorbitant bedrag van € 164,79 bij de zorgverzekeraar in rekening gebracht. Uit navraag bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) is verzoeker gebleken dat het ziekenhuis hierbij een onjuiste DBC-zorgproductcode heeft gebruikt. Deze code mag namelijk niet worden gebruikt bij geplande afspraken voor consulten of belconsulten. De klachtenbehandelaar van de zorgverzekeraar heeft in eerste instantie bevestigd dat dit inderdaad zo is. Uiteindelijk was de schriftelijke reactie van de zorgverzekeraar echter dat het wel mag. Verzoeker vindt de uitleg die hierbij wordt gegeven erg vreemd. Het zou voor een patiënt wel mogen. De zorgverzekeraar lijkt zich in bochten te wringen om iets wat krom is recht te praten. Daarbij is eenzelfde telefoongesprek van eerder in het jaar niet doorberekend. Dit ontdekte verzoeker toen hij een en ander uitzocht. Waar niet voor hoeft te worden betaald, krijgt iemand niet te zien. Verzoeker vindt dit weinig transparant.
- 3.3. Ter zitting heeft verzoeker in aanvulling hierop verwezen naar artikel 24, vijfde lid, van de Regeling medisch-specialistische zorg. Hij heeft gekeken naar andere kosten die aan hem zijn berekend. Op 10 juni 2022 is ook € 164,79 in rekening gebracht. Dat bedrag is vergoed zonder dat dit ten laste is gebracht van het verplicht eigen risico. Zowel de zorgverlener als de zorgverzekeraar moet de patiënt informeren over de te verwachten kosten; dit is verplicht volgens de NZa. Verzoeker heeft een klacht over de declaratie bij de zorgverzekeraar ingediend, maar het eerste dat deze zegt is dat hij hierover moet bellen met het ziekenhuis. Hij heeft dit al diverse keren meegemaakt, bijvoorbeeld bij begeleidende gesprekken van de apotheek. Daarbij werd alleen gezegd: *“hier heeft u het zakje en volgende”*. Toen hij hiervan melding maakte, moest hij het van de zorgverzekeraar ook eerst bespreken met de apotheek. Bij het ziekenhuis werd hij een keer met de ambulance verplaatst van de huisartsenpost naar 500 meter verder, en het ziekenhuis heeft hiervoor 11 kilometer gedeclareerd. Door de zorgverzekeraar werd ook in die situatie alleen verwezen naar het ziekenhuis. De zorgverzekeraar komt zijn taak, te weten het controleren van declaraties, niet goed na. Hij legt deze taak bij de verzekerde neer door die te verwijzen naar het ziekenhuis of de apotheek. Verzoeker werd, na contact met het ziekenhuis, door de afdeling facturatie weer terugverwezen naar de zorgverzekeraar. Desgevraagd heeft verzoeker verklaard dat hij een maand na het uitleveren van het apneuapparaat door het ziekenhuis werd gebeld hoe het ging. Dit gesprek is niet gefactureerd. Na een paar maanden werd hij weer gebeld, en dit gesprek werd wel gefactureerd. Verzoeker zei toen alleen dat het nog niet zo goed ging, waarop de mevrouw die hem belde verklaarde dat zij hem over een paar maanden weer zou bellen. Daarvoor kan dit bedrag niet in rekening worden gebracht. In de beschrijving van de DBC die is gedeclareerd staat dat het belconsult niet mag worden gebruikt ter vervanging van een face-to-face consult.

4. Standpunt zorgverzekeraar

- 4.1. De zorgverzekeraar heeft verklaard dat het door het ziekenhuis berekende bedrag terecht is vergoed en dat dit (deels) ten laste mocht worden gebracht van het verplicht eigen risico van verzoeker. Hij heeft hiertoe in de heroverweging van 13 oktober 2024 aangevoerd dat ziekenhuizen volgens landelijke afspraken niet elke afspraak of behandeling apart in rekening

brengen. De afspraken en behandelingen worden gedeclareerd met een zogenoemde Diagnose Behandel Combinatie (DBC). Een DBC-traject loopt 42, 90 of 120 dagen en start vanaf het moment dat de patiënt voor het eerst het betreffende specialisme met een zorgvraag bezoekt. Het tarief van het DBC-traject is een gemiddelde van alle zorgkosten. Bij verzoeker heeft een kort telefonisch contactmoment plaatsgevonden. Hiervoor mag het ziekenhuis met gebruikmaking van de DBC-systematiek het toepasselijke tarief declareren. De duur van het (bel)consult heeft hierop geen invloed. Het tarief geldt ook als de hierin opgenomen zorg niet helemaal wordt verbruikt. Het bedrag van de rekening komt overeen met het DBC-zorgproduct dat het ziekenhuis bij de zorgverzekeraar heeft gedeclareerd. De rekening is daarmee correct en het vergoede bedrag komt ten laste van het verplicht eigen risico van verzoeker.

- 4.2. In een ongedateerde brief, gericht aan verzoeker, heeft de zorgverzekeraar aanvullend een reactie gegeven op een door verzoeker gestuurd artikel met de link [https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC 720738 22/1/](https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_720738_22/1/). Bij artikel 24 staat onder punt 5 een opmerking over het DBC-zorgproduct bij een belconsult:

"5. Belconsult ter vervanging van een eerste polikliniekbezoek (190164) en belconsult ter vervanging van een herhaal-polikliniekbezoek (190162). Een consult waarbij een patiënt voor een zorgvraag een poortspecialist, SEH-arts KNMG, anesthesist als pijnbestrijder, interventieradioloog, klinisch geneticus, arts-assistent, verpleegkundig specialist, physician assistant of klinisch technoloog consulteert middels een belverbinding. Dit consult dient ter vervanging van een regulier face-to-face polikliniekbezoek en dient om die reden zowel zorginhoudelijk als qua tijdsduur te voldoen aan de voorwaarden die ook gelden voor het reguliere face-to-face polikliniekbezoek. Van dit consult vindt inhoudelijke verslaglegging plaats in het medisch dossier van de patiënt."

Bij punt 1 staat echter aangegeven dat een 'consult of spreekuur met patiënten' niet mag worden aangemerkt als een polikliniekbezoek. Omdat het 'belconsult' dat voor verzoeker in rekening is gebracht ter vervanging dient van een polikliniekbezoek, is hij van mening dat dit belconsult volgens bovenstaande omschrijving niet terecht is, en dat in zijn situatie dus geen belconsult in rekening gebracht had mogen worden. De vraag is evenwel wat er specifiek wordt bedoeld met een 'consult of spreekuur met patiënten' en of dit vergelijkbaar is met het belconsult tussen verzoeker en het ziekenhuis. Het in artikel 24 vermelde 'consult of spreekuur met patiënten' is een spreekuur waarvan meerdere patiënten gebruik kunnen maken. Als een patiënt echter op een afgesproken tijdstip is gebeld voor een zorgvraag waarvoor hij/zij is doorverwezen, betreft dit geen spreekuur met patiënten. De tijd is immers specifiek voor die patiënt ingepland. Een belconsult moet inhoudelijk hetzelfde zijn als een polikliniekbezoek. Bij verzoeker was sprake van een specifiek afgesproken tijdstip waarop hij is gebeld over zijn zorgvraag. Dit had niet tot doel om als spreekuur te dienen waarvan meerdere patiënten gebruik konden maken, maar was specifiek gericht op het vaststellen en/of uitvoeren van maatregelen om een veronderstelde of bestaande ziekte en de bijbehorende gezondheidsklacht(en) van verzoeker te behandelen. Hiermee is in zijn geval geen sprake van 'een consult of spreekuur met patiënten'. Het belconsult ter vervanging van het herhaal-polikliniekbezoek is dan ook correct in rekening gebracht.

- 4.3. In zijn reactie aan de commissie van 28 februari 2025 heeft de zorgverzekeraar aanvullend verklaard dat ziekenhuiszorg naar zijn aard ook bij een minimale inzet al vrij kostbaar is, en dat één consult, ook telefonisch, in de praktijk al snel rond de € 100,-- kost. In de DBC-systematiek waarvoor de overheid heeft gekozen kan met een aantal activiteiten die verschillen in frequentie en tijdsinzet toch worden uitgekomen bij dezelfde DBC. Zo geldt er vaak één DBC voor zowel één als twee (telefonische) consulten, en is dezelfde DBC ook van toepassing als één of de beide consulten in het ziekenhuis plaatsvinden en/of toevallig wat langer zijn. De prijsafspraken is dus bedoeld als passend gemiddelde. De medisch adviseur van de zorgverzekeraar geeft aan dat - op basis van de informatie in het dossier - de DBC en daarmee het in rekening gebrachte gecontracteerde tarief lijken te kloppen. Zij ziet ook geen goedkopere consultatie-DBC bij deze indicatie. Er is volgens haar bijvoorbeeld geen DBC voor één consultatie bij de indicatie van een

slaapstoornis, specialisme longziekten. Voor de volledigheid heeft de zorgverzekeraar gekeken naar OpenDis data van de NZa. Het gemiddeld tarief voor deze DBC was in 2022 € 175,--. Het door de zorgverzekeraar gecontracteerde tarief voor de desbetreffende DBC was derhalve niet onredelijk hoog. Ook als deze nota lager was uitgevallen (met een andere DBC met een lager tarief), geldt overigens dat de zorgverzekeraar andere zorgkosten van verzoeker in 2022 heeft vergoed, waardoor het verplicht eigen risico van verzoeker nog steeds zou zijn aangesproken. Zo heeft er, aansluitend aan de periode van de ziekenhuis DBC waarover dit dossier gaat, nog een zorgtraject gelopen vanuit hetzelfde ziekenhuis, waarbij voor de periode van 10 juni tot en met 7 oktober 2022 nog een keer dezelfde DBC met hetzelfde tarief is gedeclareerd. Daarnaast is er een nota van het ziekenhuis voor de periode 12 juli 2022 tot en met 9 oktober 2022 voor een consult cataract. Verder zijn er nog een paar nota's farmacie. Dit geschil heeft dus geen impact op het in rekening gebrachte verplicht eigen risico van verzoeker over 2022. Hij heeft juridisch gezien eigenlijk geen belang bij deze kwestie. Dat hij het bedrag van € 164,79 principieel te hoog vindt voor de zorg die hij heeft gehad, kan de zorgverzekeraar zich voorstellen. De zorgverzekeraar kan echter niet vaststellen dat de nota en het bedrag onjuist zijn. Daarom is hierover geen contact opgenomen met het ziekenhuis. Als verzoeker de situatie toch onbevredigend vindt zou hij mogelijk zelf kunnen vragen aan het ziekenhuis om schriftelijke uitleg over de DOT ten opzichte van het belconsult, en hij kan vragen of en wat er over dit zorgmoment geregistreerd staat in zijn medisch dossier. Als verzoeker een antwoord krijgt wat hij niet kan plaatsen, wil de zorgverzekeraar uiteraard alsnog meekijken, maar voor zijn eigen risico over 2022 maakt dit dus zonder meer niet uit.

- 4.4. Ter zitting heeft de zorgverzekeraar in aanvulling hierop nog aangevoerd hij begrijpt dat verzoeker het er niet mee eens is dat voor een kort consult dergelijke hoge kosten worden gedeclareerd. De medisch adviseur heeft ernaar gekeken en die kan op basis van de DBC niet concluderen dat het niet klopt. Het landelijk tarief ligt gemiddeld hoger dan het gecontracteerde tarief. Het is niet de bedoeling dat iemand wordt terugverwezen, maar het is wel aan de verzekerde om contact op te nemen met de zorgverlener over een declaratie omdat beiden weten wat er is gebeurd. Als ze er onderling niet uitkomen kan er altijd een klachtenprocedure bij de zorgverzekeraar worden gestart en dan kan deze contact opnemen met de zorgverlener. Als de klacht erg rauw is, ziet de zorgverzekeraar liever eerst een schriftelijke vastlegging door de zorgverlener. Als die er niet is, wordt het een welles-nietes verhaal met de zorgverlener, omdat de zorgverzekeraar er immers niet bij was. Na het vergoeden van de nota die nu in geschil is, was het eigen risico van verzoeker volledig gebruikt en dan worden de volgende consulten niet meer ten laste gebracht van het eigen risico. Het is niet zo dat de zorgverzekeraar zijn kritiek niet serieus neemt. Hij kan echter niet alle uitingen over iets dat mogelijk niet goed loopt op zich nemen. De afdeling facturatie van een ziekenhuis kent niet de achtergrond van een declaratie. Daarom is de enige mogelijkheid het indienen van een klacht bij de zorgverlener zelf en het aangaan van een gesprek, en daarvan uit kan de zorgverzekeraar er iets mee.

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 A.22. van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 5.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

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 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. Door de zorgverzekeraar is de stelling betrokken dat verzoeker geen belang heeft bij de behandeling van zijn zaak, omdat – kort gezegd – het verplicht eigen risico voor 2022 toch zou zijn ‘volgemaakt’, zij het met andere zorgkosten. De commissie overweegt dat een verzekerde inzicht dient te hebben in de juistheid van het ten laste gebrachte eigen risico. Om die reden heeft verzoeker belang bij de behandeling door de commissie van zijn verzoek. De commissie overweegt verder dat de keuze van de wetgever voor de DBC-systematiek niet het onderwerp kan zijn van de onderhavige procedure. Eventuele principiële bezwaren hiertegen zal verzoeker elders moeten uiten. De vraag die hier ter beantwoording voorligt, is of de zorgverzekeraar gehouden was de nota te vergoeden en of het notabedrag (deels) mocht worden verrekend met het verplicht eigen risico 2022 van verzoeker. De commissie overweegt ten aanzien daarvan als volgt.
- 6.3. Het staat vast dat verzoeker voor het jaar 2022 een verplicht eigen risico had van € 385,-. Ten tijde van het contact met de zorgaanbieder was dit eigen risico nog niet geheel 'volgemaakt'. Daarnaast geldt dat de kosten van medisch specialistische zorg niet zijn uitgesloten van het verplicht eigen risico. De zorgverzekeraar heeft bij brief van 27 oktober 2024 aan verzoeker een bedrag van € 288,50 ter zake van het verplicht eigen risico 2022 in rekening gebracht. Daarvan betreft € 123,24 de in het geding zijnde nota van het ziekenhuis, blijkens het bij die brief gevoegde kostenoverzicht ter hoogte van € 164,79, met vermelding: *“Longziekten: 1 of 2 polikliniekbezoeken/consultaties op afstand bij een slaapstoornis 10-02-2022 t/m 09-06-2022”*. Verzoeker is van mening dat het door de zorgaanbieder in rekening gebrachte bedrag exorbitant hoog is, aangezien hij slechts een zeer kort telefonisch gesprek heeft gehad met de longpoli. Om die reden mochten de kosten volgens hem niet in deze omvang door het ziekenhuis bij de zorgverzekeraar worden gedeclareerd, en kunnen deze door de zorgverzekeraar ook niet (tot een bedrag van € 123,24) ten laste van het verplicht eigen risico 2022 worden gebracht.
- 6.4. De commissie stelt voorop dat zij niet bevoegd is te oordelen over de juistheid van de door het ziekenhuis ingediende declaratie. Verzoeker is kennelijk van mening dat het in rekening gebrachte bedrag niet in verhouding staat tot het contactmoment dat hij heeft gehad. Hoe het ook zij, omdat het ziekenhuis rechtstreeks bij de zorgverzekeraar heeft gedeclareerd, heeft verzoeker niet vooraf inzage gehad in de nota en heeft hij niet de mogelijkheid gehad hierover met de zorgaanbieder het gesprek aan te gaan en betaling te weigeren. De financiële consequenties komen - in de vorm van het verplicht eigen risico - echter wel voor zijn rekening. De vraag die ter beantwoording voorligt, is daarom of de zorgverzekeraar betaling van de nota had moeten weigeren dan wel bij het ziekenhuis had moeten aandringen op correctie.
- 6.5. Het staat vast dat de zorgverzekeraar, naar aanleiding van de melding van verzoeker dat de nota te hoog was, de declaratie van het ziekenhuis heeft gecontroleerd. Hij heeft onder andere uitgezocht in welke gevallen het betreffende DBC-product mag worden gedeclareerd. In zijn hiervoor onder 4.2 genoemde brief heeft de zorgverzekeraar voorts de verwijzing door verzoeker naar artikel 24, eerste en vijfde lid, van de Regeling medisch-specialistische zorg betrokken en gemotiveerd dat het belconsult ter vervanging van het herhaal-polikliniekbezoek correct in rekening is gebracht. De commissie kan de zorgverzekeraar hierin volgen. Aangezien een specifieke belafsprake was gemaakt, en verzoeker zelf heeft verklaard met de longpoli te hebben gesproken, bestond voor de zorgverzekeraar geen aanleiding aan de grondslag voor de declaratie te twijfelen. De zorgverzekeraar heeft tevens het tarief gecontroleerd via Open DIS data, en het

door hem met het ziekenhuis overeengekomen tarief bleek ook niet uitzonderlijk hoog, namelijk iets lager dan het gemiddelde tarief voor de betreffende DBC. De commissie concludeert dat de zorgverzekeraar zich aldus voldoende heeft ingespannen om de ontvangen nota op juistheid te controleren. Hetgeen verzoeker heeft gesteld kan niet leiden tot een andere uitkomst. Dat voor een tweede gesprek met de longpoli geen kosten ten laste van het eigen risico zijn gebracht, maakt dit niet anders. De zorgverzekeraar heeft ter zake toegelicht, in zijn reactie aan de commissie van 28 februari 2025, dat voor een tweede zorgtraject, met betrekking tot de periode 10 juni tot 7 oktober 2022 nog een keer dezelfde DBC met hetzelfde tarief is gedeclareerd. De commissie begrijpt van de zorgverzekeraar dat de kosten hiervan niet ten laste van het eigen risico 2022 zijn gebracht omdat dat toen al volledig was 'volgemaakt'.

Voor zover verzoeker meent dat de zorgaanbieder fout heeft gehandeld, met name omdat het belconsult inhoudelijk niet gelijk was aan een regulier face-to-face polikliniekbezoek, kan hij zich tot het ziekenhuis wenden. Hierover kan de commissie, als gezegd, geen uitspraak doen. Het voorgaande leidt tot de conclusie dat de verrekening met het verplicht eigen risico 2022 terecht heeft plaatsgevonden.

Slotsom

6.6. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 20 mei 2025,

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 er sprake is van beperkte in de wet aangegeven gronden. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.

BIJLAGE – Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

Hoofdstuk III Zorgactiviteiten

Artikel 23. Algemene registratiebepalingen

1. De beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert, is verantwoordelijk voor het vaststellen of er bij de behandeling van een patiënt aan de medische indicatievereisten wordt voldaan op basis van de Zorgverzekeringswet. Daarnaast is hij/zij ook verantwoordelijk om dit op een juiste wijze vast te leggen bij de registratie van de zorgactiviteit.
2. De verleende zorg wordt vastgelegd in door de NZa vastgestelde enkelzijdig omschreven zorgactiviteiten. De omschrijvingen en definities zoals omschreven in deze regeling zijn hierbij leidend.
3. De zorgactiviteit wordt vastgelegd op de kwalificatiecode van de beroepsbeoefenaar die de zorg feitelijk heeft geleverd. Deze verplichting geldt alleen voor beroepsbeoefenaren die de poortfunctie uitvoeren (NR artikel 1 sub dd). Deze verplichting geldt niet voor arts-assistenten.
4. Zorgactiviteiten zijn vorm- en locatieonafhankelijk, tenzij in de regeling of zorgactiviteitsomschrijving anders vermeld staat.
5. Indien meerdere specialismen bijdragen aan het uitvoeren van één zorgactiviteit, wordt deze zorgactiviteit door één betrokken beroepsbeoefenaar gebruikt voor de afleiding van een dbc-zorgproduct.
6. Een uitgevoerde zorgactiviteit mag slechts aan één subtraject worden gekoppeld.
7. Wanneer dubbelzijdige aandoeningen aan beide zijden operatief behandeld worden en hiervoor een parallel zorgtraject wordt geopend, dan worden vanaf het moment dat één van de operatieve subtrajecten is afgesloten alle erop volgende zorgactiviteiten binnen één zorgtraject geregistreerd.
8. Zorgactiviteiten die (binnen) 120 dagen na de ingangsdatum van deze regeling worden beëindigd, mogen alleen geregistreerd worden in overlopende subtrajecten (subtrajecten gestart in jaar t-1 en doorlopend in jaar t).
9. Verpleegdagen worden gekoppeld aan het subtraject van de beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert en verantwoordelijk is voor de klinische opname. Alle verpleegdagen die horen bij de klinische opname worden binnen hetzelfde zorgtraject aan een subtraject gekoppeld.

Uitzonderingen hierop zijn:

- Een klinische overdracht van de patiënt aan een beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert van een ander medisch specialisme. Wanneer dit expliciet uit het medisch dossier blijkt, worden de opvolgende verpleegdagen gekoppeld aan het subtraject.
- van de overnemende beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert. Kinderen met een SKION-stratificatie die een allogene stamceltransplantatie of immuun effectorcel therapie ondergaan en voorafgaand aan de transplantatie- of infusiefase al klinisch opgenomen zijn. De verpleegdagen worden dan vanaf de start van de conditionering aan het zorgtraject voor de stamceltransplantatie of immuun effectorcel therapie gekoppeld.

Artikel 24. Zorgactiviteitsomschrijvingen

Voor de volgende zorgactiviteiten gelden specifieke omschrijvingen en/of aanvullende registratievoorwaarden.

1. *Polikliniekbezoek* (190007, 190008, 190013 en 190060)

Bij een 'eerste polikliniekbezoek' (190007 en 190060) en bij een 'herhaal-polikliniekbezoek' (190008 en 190013) is sprake van:

- face-to-face contact tussen patiënt en poortspecialist, SEH-arts, anesthesist als pijnbestrijder, interventieradioloog, klinisch geneticus, arts-assistent, verpleegkundig specialist, physician assistant of klinisch technoloog en;

- 'hulp door of vanwege het ziekenhuis', waarbij de locatie (polikliniekbezoek, SEH, buitenpolikliniek, verpleeghuis, thuissituatie) tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder overeengekomen wordt.

De volgende zorgactiviteiten worden niet aangemerkt als een polikliniekbezoek:

- medische keuring;
- intercollegiaal consult;
- medebehandeling van een patiënt;
- overname van een klinische patiënt;
- intake gesprek voor een (klinische) opname;
- uitvoeren van een vooraf ingeplande verrichting zonder een consult;
- consult of spreekuur met patiënten;
- diagnostiek (zoals laboratorium- of röntgenonderzoeken) op verzoek van derden (bijvoorbeeld huisarts);

Een polikliniekbezoek is één bezoek, ongeacht de tijdsduur en de inhoud. Bij meerdere polikliniekbezoeken op één kalenderdag dient er sprake te zijn van afzonderlijke (niet aansluitende) polikliniekbezoeken. Als er meerdere zorgvragen worden besproken tijdens één polikliniekbezoek door één beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert, wordt slechts één polikliniekbezoek vastgelegd. Als meerdere zorgvragen worden besproken tijdens één polikliniekbezoek door meerdere beroepsbeoefenaren die de poortfunctie uitvoeren van verschillende medisch specialismen, is het toegestaan dat elke beroepsbeoefenaar een eigen polikliniekbezoek registreert.

Een polikliniekbezoek wordt niet tijdens een dagverpleging, langdurige observatie zonder overnachting, verpleegdag of klinische zorgdag in de thuissituatie (klinische opname) geregistreerd, tenzij er sprake is van een herhaal-polikliniekbezoek voor een ander specialisme tijdens een niet geplande klinische opname, dat vóór de opname al is ingepland.

2. Eerste polikliniekbezoek (190007 en 190060)

Een polikliniekbezoek waarbij een patiënt voor de eerste keer voor een nieuwe zorgvraag een poortspecialist, SEH-arts, anesthesist als pijnbestrijder, interventieradioloog, klinisch geneticus, arts-assistent, verpleegkundig specialist, physician assistant of klinisch technoloog consulteert.

Deze raadpleging is gericht op het vaststellen van een diagnose en het geheel van maatregelen dat moet worden genomen om een veronderstelde of bestaande ziekte en de bijbehorende gezondheidsklacht(en) te behandelen.

Een zorgtraject bevat maximaal één eerste polikliniekbezoek, tenzij tijdens een lopend zorgtraject een nieuwe (separate) zorgvraag besproken wordt, waarvoor – op grond van andere (registratie)bepalingen uit deze regeling – het openen van een parallel zorgtraject niet mogelijk of toegestaan is. In dat geval kan een zorgtraject meerdere eerste polikliniekbezoeken bevatten.

3. Herhaal-polikliniekbezoek (190008 en 190013)

Een polikliniekbezoek waarbij een patiënt niet voor de eerste keer voor dezelfde zorgvraag een poortspecialist, SEH-arts, anesthesist als pijnbestrijder, interventieradioloog, klinisch geneticus, arts-assistent, verpleegkundig specialist, physician assistant of klinisch technoloog consulteert. Deze raadpleging is gericht op het vaststellen en/of uitvoeren van maatregelen om een veronderstelde of bestaande ziekte en de bijbehorende gezondheidsklacht(en) te behandelen.

Een herhaal-polikliniekbezoek wordt in hetzelfde zorgtraject geregistreerd als waarin het eerste polikliniekbezoek heeft plaatsgevonden, tenzij dit – op grond van andere (registratie)bepalingen uit deze regeling - niet mogelijk is.

4. Screen-to-screen consult ter vervanging van een eerste polikliniekbezoek (190165) en screen-to-screen consult ter vervanging van een herhaal-polikliniekbezoek (190166)

Een consult waarbij een patiënt voor een zorgvraag een poortspecialist, SEH-arts, anesthesist als pijnbestrijder, interventieradioloog, klinisch geneticus, arts-assistent, verpleegkundig specialist, physician

assistent of klinisch technoloog consulteert middels een videoverbinding. Dit consult dient ter vervanging van een regulier face-to-face polikliniekbezoek en dient om die reden zowel zorginhoudelijk als qua tijdsduur te voldoen aan de voorwaarden die ook gelden voor het reguliere face-to-face polikliniekbezoek. Van dit consult vindt inhoudelijke verslaglegging plaats in het medisch dossier van de patiënt.

5. Belconsult ter vervanging van een eerste polikliniekbezoek (190164) en belconsult ter vervanging van een herhaal-polikliniekbezoek (190162)

Een consult waarbij een patiënt voor een zorgvraag een poortspecialist, SEH-arts, anesthesist als pijnbestrijder, interventieradioloog, klinisch geneticus, arts-assistent, verpleegkundig specialist, physician assistant of klinisch technoloog consulteert middels een belverbinding. Dit consult dient ter vervanging van een regulier face-to-face polikliniekbezoek en dient om die reden zowel zorginhoudelijk als qua tijdsduur te voldoen aan de voorwaarden die ook gelden voor het reguliere face-to-face polikliniekbezoek. Van dit consult vindt inhoudelijke verslaglegging plaats in het medisch dossier van de patiënt.

6. Schriftelijke consultatie ter vervanging van een eerste polikliniekbezoek (190167) en Schriftelijke consultatie ter vervanging van een herhaal-polikliniekbezoek (190163)

Een consult waarbij een patiënt voor een zorgvraag een poortspecialist, SEH-arts, anesthesist als pijnbestrijder, interventieradioloog, klinisch geneticus, arts-assistent, verpleegkundig specialist, physician assistant of klinisch technoloog schriftelijk consulteert (bijvoorbeeld e-mail of chat). Een schriftelijk consult dient ter vervanging van een regulier face-to-face polikliniekbezoek en dient om die reden zowel zorginhoudelijk als qua tijdsduur te voldoen aan de voorwaarden die ook gelden voor het reguliere face-to-face polikliniekbezoek. Dat betekent dat een consultatie uit meerdere schriftelijke informatie-uitwisselingen kan bestaan, maar dat deze per polikliniekbezoek dat het vervangt éénmaal mag worden vastgelegd. Van dit consult vindt inhoudelijke verslaglegging plaats in het medisch dossier van de patiënt.

7. Herhaalconsult door (medisch) vertegenwoordiger van een patiënt voor wie persoonlijke aanwezigheid een te grote verstoring van dagelijks functioneren en welzijn betekent (190065)

Een herhaalconsult waarbij de (medisch) vertegenwoordiger van de patiënt een beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert consulteert. Reden hiervoor is dat de aanwezigheid van de patiënt bij het consult volgens de beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert het dagelijks functioneren en welzijn van de patiënt ernstig zou verstoren. De consultatie heeft betrekking op een zorgvraag waarvoor de beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert de patiënt eerder heeft gezien tijdens een polikliniekbezoek. Deze raadpleging is gericht op het vaststellen en/of uitvoeren van maatregelen om een veronderstelde of bestaande ziekte en de bijbehorende gezondheidsklacht(en) van de patiënt te behandelen. Dit consult kan op afstand plaatsvinden en een regulier herhaal-polikliniekbezoek door de (medisch) vertegenwoordiger vervangen. Bij een consult op afstand wordt zowel zorginhoudelijk als qua tijdsduur voldaan aan de voorwaarden die ook gelden voor het reguliere herhaal-polikliniekbezoek door de (medisch) vertegenwoordiger. Van dit consult vindt inhoudelijke verslaglegging plaats in het medisch dossier van de patiënt.

8. Groepsconsult tussen beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert en patiënt waarbij meerdere patiënten aanwezig zijn (gezamenlijk medisch consult) (190040)

Dit gezamenlijk consult wordt gehouden in plaats van een regulier consult tussen de patiënt en de beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert. Deze activiteit wordt niet naast een polikliniekbezoek of consult op afstand vastgelegd.

9. Consult samen beslissen (190098)

Een consult 'samen beslissen' tussen een beroepsbeoefenaar die de poortfunctie uitvoert en de patiënt of diens vertegenwoordiger. Bij 'samen beslissen' worden in een gezamenlijk proces beslissingen genomen over behandelopties. In dit proces informeert de zorgverlener over de verschillende behandelopties en worden gezamenlijk de voorkeuren van de patiënt besproken. Deze kennis en voorkeuren worden geïntegreerd om gezamenlijk tot een besluit te komen. Dit blijkt uit de verslaglegging in het medisch dossier van de patiënt. Deze zorgactiviteit wordt geregistreerd in plaats van ieder polikliniekbezoek, screen-to-screen consult of belconsult in het kader van het samen beslissen proces. Hierbij gaat het specifiek om consulten waarvoor anders één van de volgende zorgactiviteiten geregistreerd kon worden: 190007, 190008, 190013, 190060, 190065, 190162, 190164, 190165 of 190166.

10. Consultatie van familie, naasten, huisarts of verwijzer van de patiënt t.b.v. consultatieve psychiatrie (190024)

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, 2021 en 2022.

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.

- Als uw verzekering wijzigt in een betalingsperiode die u (verzekeringnemer) vooraf betaald hebt, dan verrekenen wij de teveel betaalde premie over het aantal overgebleven dagen in die betalingsperiode, met de premie die u moet betalen voor de nieuwe verzekering(en).
- Wij kunnen in een betalingsperiode die u (verzekeringnemer) vooraf betaald hebt, uw verzekering beëindigen, omdat u zich tegenover ons schuldig maakt aan (een poging tot) misdrijf, overtreding, oplichting, misleiding, fraude, dwang of bedreiging. In deze gevallen krijgt u (verzekeringnemer) over het overgebleven gedeelte van die betalingsperiode van het betaalde bedrag niets terug.

A.11. Verandering van premiegrondslag

Wij kunnen de premiegrondslag veranderen. De hoogte van de premie verandert dan ook. Wij delen u (verzekeringnemer) deze verandering ten minste 7 weken voordat deze ingaat mee. In artikel A.5.4 kunt u de opzegmogelijkheden lezen die hierbij gelden.

A.12. Verplicht eigen risico

A.12.1. Hoogte eigen risico

Als u 18 jaar of ouder bent, hebt u voor de zorgverzekering een verplicht eigen risico van € 385,- voor een heel jaar. Als de verzekering ingaat of eindigt na 1 januari of als u na 1 januari 18 jaar wordt, is het verplicht eigen risico van dat jaar lager. Zie daarvoor ook artikelen A.12.6. en A.12.7.

Verplicht eigen risico betekent dat u de eerste € 385,- aan kosten die u als vergoeding uit uw zorgverzekering zou ontvangen, zelf moet betalen. Pas als u dit hebt gedaan, krijgt u de overige kosten die onder de dekking van uw zorgverzekering vallen van ons vergoed.

Een eigen risico is iets anders dan een (wettelijke) eigen bijdrage. Eigen risico en (wettelijke) eigen bijdragen kunnen naast elkaar van toepassing zijn op de verzekerde zorg.

A.12.2. Verrekening eigen risico

- De kosten van zorg worden verrekend met het verplicht eigen risico van het jaar waarin de zorg is geleverd.
Wordt in 2 achtereenvolgende jaren gebruik gemaakt van de zorg en op één rekening, in één bedrag in rekening gebracht dan worden

de kosten van deze zorg verrekend met het verplicht eigen risico van het eerste jaar.

- Rekeningen worden met het eigen risico verrekend als deze uiterlijk op 31 december van het jaar na behandeling of na opening van de DBC bij ons binnen zijn. Een behandeling op 1 april 2021 mag dus niet meer verrekend worden met het eigen risico als wij de rekening na 31 december 2022 ontvangen.

Let op!

De kosten van een DBC-zorgproductcode (behalve de eerstelijns DBC-zorgproductcodes) tellen alleen mee voor het verplicht eigen risico van het jaar waarin een DBC-zorgproductcode is begonnen (opening van de DBC-zorgproductcode). Dit geldt echter niet voor Overige Zorg Producten (OZP's) voor medisch specialistische of specialistische psychiatrische zorg.

A.12.3. Geen eigen risico

Sommige kosten tellen niet mee voor het verplicht eigen risico. Die kosten krijgt u dus al wel van ons vergoed, ook al hebt u uw verplicht eigen risico van € 385,- nog niet vol gemaakt. De volgende kosten tellen niet mee voor het verplicht eigen risico:

1. De kosten van huisartsenzorg. Het verplicht eigen risico geldt weer wel voor kosten van zorg die met huisartsenzorg te maken hebben, maar waarbij de zorg ergens anders wordt uitgevoerd en apart in rekening wordt gebracht. Deze zorg moet dan wel uitgevoerd worden door een persoon of instelling die een tarief mag vragen dat door de NZa is vastgesteld.

Voorbeeld:

U maakt in een jaar voor € 75,- aan kosten die onder de dekking van uw zorgverzekering vallen. Het gaat om € 30,- aan kosten voor een consult bij de huisarts. Deze kosten tellen niet mee voor het verplicht eigen risico. Daarnaast gaat het om € 45,- aan kosten voor bloedafname en bloedonderzoek, op verwijzing van de huisarts. Het bloedprikken en laboratoriumkosten voor het bloedonderzoek tellen wel mee voor het verplicht eigen risico. U moet dan € 45,- zelf betalen. De € 30,- voor het huisartsenconsult worden wel door ons vergoed.

2. De kosten van verloskundige zorg en kraamzorg artikelen B.5., B.6. en B.7.

Let op!

Het verplicht eigen risico geldt weer wel voor:

- De NIPT uit artikel B.5.3.;
- opname in een instelling na de bevalling

(bijvoorbeeld als u als gezonde moeder in het ziekenhuis blijft terwijl uw kind met medische noodzaak opgenomen is);

- kosten die hiermee te maken kunnen hebben, maar die in een ander artikel van onze verzekeringsvoorwaarden zijn opgenomen, zoals IVF, ambulancevervoer, medicijnen, hulpmiddelen en (laboratorium of diagnostisch) onderzoek dat niet door de huisarts is gedaan en ook niet door hem in rekening is gebracht.
3. De kosten van zorg voor u als donor vanaf 13 weken (bij levertransplantatie vanaf 6 maanden) na de opname ter selectie of de verwijdering van het transplantatiemateriaal. (zie artikel B.4.7.2.). Het gaat hierbij om zorg die verband houdt met de orgaantransplantatie.
4. De kosten van vervoer van de donor bij orgaantransplantatie als deze vervoerskosten onder zijn eigen zorgverzekering vallen (zie artikel B.4.7.2.).
5. De kosten van inschrijving bij een huisarts of bij een instelling die huisartsenzorg verleent. Onder kosten van inschrijving vallen:
- een bedrag voor de inschrijving als patiënt. Wij vergoeden maximaal het tarief dat hiervoor op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg (rekening houdend met fiscale wetgeving) is vastgesteld;
 - kosten die te maken hebben met:
 - de manier waarop de geneeskundige zorg in de huisartsenpraktijk of de instelling wordt verleend;
 - de kenmerken van het patiëntenbestand;
 - de plaats van de praktijk of instelling.
- Wij moeten hierover met de huisarts of instelling wel een contract hebben afgesloten. In dat contract moeten wij ook hebben afgesproken dat zij deze kosten bij uw inschrijving in rekening mogen brengen.
6. De kosten van ketenzorg.
7. De kosten van wijkverpleging (zie ook artikel B.26.).
8. Hulpmiddelen die wij u in bruikleen geven. Hiervoor zijn geen kosten verschuldigd. Daarom geldt hiervoor het verplicht eigen risico niet. Het verplicht eigen risico geldt weer wel voor de kosten van de verbruiksartikelen en gebruikskosten die samenhangen met het hulpmiddel dat wij u in bruikleen geven.
9. De gehele of gedeeltelijke kosten van zorg en overige diensten als u een programma voor diabetes, depressie, hart- en vaatziekten, chronisch obstructief longlijden, overgewicht, dementie, trombosezorg, incontinentiezorg of

stoppen met roken hebt gevolgd, dat wij hebben aangewezen.

Wij hebben hier de kosten voor een Stoppen-met-roken (SMR) programma voor aangewezen inclusief de medicijnen of nicotinevervangende middelen (farmacotherapie) als onderdeel van een SMR programma (zie artikel B.21.2.) en voorgeschreven door een gecontracteerde zorgverlener SMR.

Deze kosten worden wel verrekend met het vrijwillig eigen risico.

10. De kosten van de app Skinvision (zie artikel B.4.3.). Deze kosten worden wel verrekend met het vrijwillig eigen risico.

11. De kosten voor door ons aangewezen zorg als u gebruik maakt van een voor deze zorg gecontracteerde zorgverlener.

Uitsluitend in de Zorgverzekering Natura Select hebben wij hiervoor de volgende zorg aangewezen:

- Fysiotherapie bij Claudicatio Intermittens. Zie artikel B.8.4.
- Bekkenfysiotherapie bij urine-incontinentie. Zie artikel B.8.2.

In de artikelen van de betreffende zorg kunt u de nadere voorwaarden lezen. Op uw polisblad kunt u zien of u een Zorgverzekering Natura Select hebt afgesloten.

Deze kosten worden wel verrekend met het vrijwillig eigen risico.

Daarnaast geldt geen verplicht eigen risico (en ook geen vrijwillig eigen risico) voor de zorg die onder de vergoeding van uw aanvullende verzekering(en) valt.

Voor medisch specialistische zorg uit de aanvullende verzekering (artikel D.1.) geldt het verplicht eigen risico weer wel voor bijvoorbeeld vooronderzoeken, nacontroles of laboratoriumonderzoek als deze niet onder de DBC van de ingreep vallen.

A.12.4. Kosten voor eigen rekening

Kosten die u op grond van de verzekeringsvoorwaarden zelf moet betalen, tellen niet mee voor het door u te betalen verplicht eigen risico. Het kan hier bijvoorbeeld gaan om (wettelijke) eigen bijdragen.

A.12.5. Betaling aan zorgverlener en eigen risico

Als een gecontracteerde zorgverlener rechtstreeks bij ons declareert, kunnen wij uw kosten rechtstreeks aan de zorgverlener vergoeden. Als u nog een (deel van het) eigen risico moet betalen, vorderen wij dit bedrag bij u terug of verrekenen dit met u.

Als u zelf de rekening naar ons instuurt of als de zorgverlener niet gecontracteerd is voor de betreffende zorg, betalen wij aan u als er nog een (deel van het) eigen risico openstaat. U ontvangt van ons dan het bedrag waar u voor verzekerd bent, minus het nog openstaande eigen risico. U moet zelf zorgen voor een volledige en tijdige betaling aan de zorgverlener.

A.12.6. Als de zorgverzekering in de loop van het jaar begint, eindigt of verandert

Als uw zorgverzekering in de loop van het jaar begint of eindigt, betaalt u een evenredig deel van het verplicht eigen risico voor dat deel van het jaar dat de zorgverzekering liep, afgerond op hele euro's.

Wij tellen het aantal dagen van het jaar dat de zorgverzekering loopt en delen dit door het totaal aantal dagen in dat jaar (dat is 365 dagen en 366 dagen bij schrikkeljaren). De uitkomst hiervan vermenigvuldigen wij met € 385,-. De uitkomst wordt afgerond op hele euro's.

Voorbeeld verplicht eigen risico:

Uw zorgverzekering begint op 23 september 2022. Van 23 september 2022 tot en met 31 december 2022 is 100 dagen. 2022 is geen schrikkeljaar en kent dus 365 dagen. Uw verplicht eigen risico wordt dan:

- € 385,- : 365 = € 1,0547 eigen risico per dag
- € 1,0547 x 100 dagen = € 105,47 eigen risico dat jaar (niet afgerond)
- € 105,47 ronden wij af. De uitkomst is dan € 105,-. Dat is uw verplicht eigen risico voor dat jaar.

Let op!

Wanneer u binnen een jaar verschillende aangesloten zorgverzekeringen hebt bij ons met een verschillend vrijwillig gekozen eigen risico, moeten de naar rato berekende eigen risicobedragen voor dat jaar bij elkaar worden opgeteld.

Voorbeeld verplicht en vrijwillig eigen risico:

Uw eerste zorgverzekering loopt van 1 januari 2022 t/m 30 juni 2022; dit zijn 181 dagen. U hebt dan alleen het verplichte eigen risico van € 385,-.

Uw tweede zorgverzekering loopt van 1 juli 2022 t/m 31 december 2022 dit zijn 184 dagen. U kiest dan, naast het verplichte eigen risico voor een vrijwillig eigen risico van € 300,-.

Uw (verplicht) eigen risico voor de eerste zorgverzekering wordt dan:

- € 385,- : 365 = € 1,0547 eigen risico per dag
- € 1,0547 x 181 dagen = € 190,90 eigen risico; dat is afgerond € 191,-.

Uw (verplicht en vrijwillig) eigen risico voor uw 2^e zorgverzekering wordt dan:

- € 385,- + € 300,- = € 685,-
- € 685,- : 365 = € 1,8767 eigen risico per dag
- € 1,8767 x 184 dagen = € 345,31 eigen risico; dat is afgerond € 345,-.

Voor deze 2 periodes tellen wij beide eigen risico bedragen bij elkaar op: € 191,- + € 345,- = € 536,-. Dat is uw eigen risico (verplicht + vrijwillig) voor het gehele jaar.

A.12.7. Als u 18 jaar wordt

Tot 18 jaar is het verplicht eigen risico € 0,-. Vanaf 18 jaar is dat € 385,- voor een heel jaar. Als de hoogte van uw verplicht eigen risico in de loop van het jaar verandert en u direct voor de wijziging al een zorgverzekering bij ons had, geldt een evenredig deel als verplicht eigen risico, afgerond op hele euro's.

De hoogte van het verplicht eigen risico wordt dan als volgt berekend:

- Wij vermenigvuldigen het bedrag van het verplicht eigen risico met het aantal dagen van dat jaar dat dit verplicht eigen risico gaat gelden;
- De uitkomst daarvan delen wij door het totaal aantal dagen in dat jaar (dat is 365 dagen en 366 dagen bij schrikkeljaren);
- Dat bedrag ronden wij af op hele euro's.

Voorbeeld:

U hebt een zorgverzekering afgesloten voor u en uw zoon. Op 5 november 2022 wordt uw zoon 18 jaar. Vóór 5 november 2022 had hij geen verplicht eigen risico (€ 0,-) en vanaf 5 november 2022 een verplicht eigen risico van € 385,-. Vanaf 5 november resteren dat jaar nog 57 dagen. Het eigen risico voor uw zoon bedraagt dat jaar dan:

- € 385,- : 365 dagen = € 1,0547 eigen risico per dag.
- € 1,0547 x 57 dagen = € 60,12 eigen risico; dat is afgerond € 60,-. Dit is dan het resterende deel van het eigen risico voor dat jaar, geldend vanaf het moment dat uw zoon 18 jaar is geworden.

A.12.8. Eerst verplicht en daarna vrijwillig eigen risico

Met de kosten die onder de dekking van de zorgverzekering vallen, maakt u eerst het verplichte eigen risico vol. Als dat is verrekend, komen de kosten voor rekening van het eventueel gekozen vrijwillige eigen risico. Staat dat ook op € 0,- dan krijgt u de kosten die u maakt en die onder de dekking van uw zorgverzekering vallen vanaf dat

moment daadwerkelijk vergoed van ons.

A.12.9. Gespreide betaling

U (verzekeringnemer) kunt het verplicht eigen risico gespreid betalen.

Wanneer kunt u deelnemen?

- U hebt op 1 januari bij ons een zorgverzekering;
- U hebt een zorgverzekering met alleen een verplicht eigen risico; u hebt dus niet gekozen voor een vrijwillig eigen risico;
- U bent 18 jaar of ouder;
- Uw aanvraag voor gespreide betaling is voor 1 februari van het jaar waarop het verplicht eigen risico betrekking heeft, bij ons binnen;
- U bepaalt welke verzekerden, genoemd op uw polisblad, u voor deze regeling aanmeldt. Deze deelnemende verzekerden meldt u bij de aanvraag tegelijkertijd aan;
- U betaalt vanaf het 1e kwartaal van het deelnamejaar in 10 termijnen.

Voorwaarden tijdens deelname

- Deelname wordt jaarlijks verlengd, behalve als u voor 1 februari van het volgende jaar aangeeft dat en voor welke verzekerden u wilt stoppen met deze betalingsregeling.
- U ontvangt een eindafrekening in het 1e kwartaal van het volgende jaar. Hebt u teveel betaald aan verplicht eigen risico, dan betalen wij het (resterende) bedrag uiterlijk in datzelfde kwartaal aan u terug. Als hierna nog rekeningen bij ons binnenkomen die met uw verplicht eigen risico van het afgelopen jaar moeten worden verrekend, dan vorderen wij dat bedrag direct bij u terug.

Einde van de deelname

- Als u niet meer wilt deelnemen, meldt u zich bij ons af.
- Wij kunnen de deelname beëindigen als:
 - niet meer wordt voldaan aan bovenstaande voorwaarden;
 - u niet tijdig betaalt;
 - uw verzekeringssituatie wijzigt in die zin dat de verzekeringnemer of aantal deelnemers verandert.
- Eindigt deelname voor deze betalingsregeling gedurende het jaar, dan ontvangt u direct een eindafrekening. Teveel betaald verplicht eigen risico betalen wij dan aan u terug. Als u nog verplicht eigen risico moet betalen, dan betaalt u dat direct in één keer aan ons. Als hierna nog rekeningen bij ons binnenkomen die met uw verplicht eigen risico moeten worden verrekend, dan vorderen wij dat bedrag direct bij u

terug.

A.13. Vrijwillig gekozen eigen risico

A.13.1. Voorwaarden vrijwillig eigen risico

De artikelen A.12.2., A.12.3. punt 1 tot en met 8 en A.12.4 tot en met A.12.8. over het verplicht eigen risico gelden ook voor het vrijwillig eigen risico van uw zorgverzekering. Daarnaast gelden voor het vrijwillig eigen risico de hierna genoemde verzekeringsvoorwaarden.

A.13.2. Lagere premie

Naast het verplichte eigen risico, kunt u als u 18 jaar of ouder bent bij uw zorgverzekering kiezen voor een vrijwillig eigen risico. Hoe hoger dit vrijwillig eigen risico, hoe lager de premie die u (verzekeringnemer) voor uw zorgverzekering betaalt.

U kunt kiezen voor een vrijwillig eigen risico van € 100,-, € 200,-, € 300,-, € 400,-, of € 500,- per jaar.

Bij een Zorgverzekering Natura JUST kunt u alleen kiezen voor een vrijwillig eigen risico van € 300,- of € 500,- per jaar.

Bij een Zorgverzekering Natura Select kunt u alleen kiezen voor een vrijwillig eigen risico van € 500,- per jaar.

Op aanvullende verzekeringen is geen eigen risico van toepassing.

A.13.3. Als u 18 jaar wordt

Wij vragen u uiterlijk in de maand vóór de 18^e verjaardag voor welke hoogte van het vrijwillig eigen risico u wilt kiezen vanaf de 18^e verjaardag. Reageert u niet of niet op tijd op deze vraag, dan berekenen wij de premie voor uw zorgverzekering zonder vrijwillig eigen risico.

A.14. Algemene verplichtingen

A.14.1. Als u verplichtingen niet nakomt

U hebt bepaalde algemene verplichtingen tegenover ons. Deze verplichtingen zijn genoemd in dit artikel. Als u onze belangen schaadt, doordat u deze verplichtingen niet nakomt, hebt u geen recht op dekking van zorg. Ook kunnen wij de vergoedingen die u eerder van ons voor zorg ontving, terugvorderen en hebt u geen recht meer op de zorg of de vergoeding die u nog moet ontvangen voor rekeningen die zijn ingediend.