

# Bindend advies

## Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(prof. dr. mr. A. de Ruijter, mr. drs. J.W. Heringa en mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs)

Zaaknummer: 202400116

### Partijen

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

en

- 1) OHRA Zorgverzekeringen N.V. te Tilburg,
  - 2) OWM CZ Groep U.A. te Tilburg,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

### 1. Samenvatting

- 1.1. Verzoekster heeft aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te beslissen dat zij niet gehouden is het bij haar in rekening gebrachte verplicht eigen risico 2023, ter zake van de declaratie van de MKA-chirurg, te betalen. De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat verzoekster hiertoe wel is gehouden, omdat de declaratie van de MKA-chirurg, op basis waarvan het eigen risico in rekening is gebracht, terecht is geweest.
- 1.2. De commissie overweegt dat vast staat dat de ziektekostenverzekeraar, naar aanleiding van de melding van verzoekster dat geen 3D-foto is gemaakt, telefonisch contact heeft opgenomen met de zorgaanbieder om de declaratie te controleren. Gebleken is hierbij dat de nota is opgebouwd uit twee delen. Eén deel heeft betrekking op het consult. Aangezien verzoekster zelf heeft toegelicht de zorgaanbieder te hebben bezocht, bestond voor de ziektekostenverzekeraar geen aanleiding aan dit onderdeel van de declaratie te twifelen. Voor zover het gaat om het tweede deel, het "beoordelen röntgengebitsonderzoek", is uit navraag bij de zorgaanbieder gebleken dat dit deel in rekening is gebracht omdat de MKA-chirurg de door de tandarts gemaakte röntgenfoto heeft beoordeeld. Hoewel verzoekster van mening is dat een ander onderzoek - namelijk het maken van een 3D-foto - had moeten plaatsvinden, betekent dit nog niet dat de ziektekostenverzekeraar reden had te twifelen aan de ontvangen declaratie, gelet op de door de zorgaanbieder gegeven toelichting. De ziektekostenverzekeraar heeft zich voldoende ingespannen om de juistheid van de nota te controleren. Voor zover verzoekster het niet eens is met het inhoudelijke oordeel van de MKA-chirurg om geen 3D-foto te maken, kan zij zich tot deze wenden. Hierover kan de commissie geen uitspraak doen. Het verzoek wordt afgewezen.
- 1.3. Hierna wordt eerst het verloop van de procedure geschetst, daarna volgen de vaststaande feiten en wordt ingegaan op de bevoegdheid van de commissie. Nadat de standpunten van partijen kort zijn weergegeven volgt de beoordeling, en uiteindelijk de uitspraak.

## 2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoekster heeft bij e-mailbericht van 12 april 2024 de commissie gevraagd een uitspraak te doen. Op 1 mei 2024 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. Bij brief van 29 mei 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 30 mei 2024 aan verzoekster gestuurd.
- 2.3. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 24 juli 2024 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.

## 3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2023 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de OHRA Zorgverzekering Combinatie (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering OHRA Tandengaan 250 (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).  
De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.
- 3.2. Verzoekster is door de tandarts doorverwezen naar de MKA-chirurg. Verzoekster heeft de MKA-chirurg bezocht, die de kosten rechtstreeks bij de ziektekostenverzekeraar heeft gedeclareerd. De ziektekostenverzekeraar heeft deze kosten ten laste gebracht van het verplicht eigen risico 2023 van verzoekster, en haar hierover bericht met het vergoedingenoverzicht van 12 oktober 2023.
- 3.3. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 14 december 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

## 4. Standpunt verzoekster

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar het bedrag van € 159,98 met betrekking tot het verplicht eigen risico 2023 niet van haar mag vorderen.
- 4.2. Verzoekster heeft ter toelichting onder meer haar brief aan de MKA-chirurg van 13 oktober 2023 overgelegd, waarin zij stelt dat zij door haar tandarts naar de MKA-chirurg is doorverwezen voor het maken van een 3D-foto in verband met een "persisterende apicale radiolucentie". Op 18 september 2023 had zij daar een afspraak. Voorafgaand heeft verzoekster de vraag gekregen een medicijnenlijst af te geven. Bij aankomst bij de receptie moest verzoekster deze lijst wederom invullen. Toen zij werd binnengeroepen, vroeg de assistente haar opnieuw welke medicijnen zij gebruikte. Verzoekster vertelde dat zij na een verwijzing door haar tandarts kwam voor een 3D-foto. Volgens de assistente zou dit niet in de brief staan. Zij plaatste vervolgens met een dunne naald een prikje naast de stifttand van verzoekster, en kwam tot de conclusie dat deze was ontstoken. Verzoekster was hiervan al op de hoogte, en slikte om die reden op voorschrift van haar tandarts antibiotica. Na ongeveer vier minuten stond verzoekster weer in de wachtruimte. Haar bezoek aan de MKA-chirurg bleek zinloos te zijn geweest. De arts heeft hiervoor echter wel een rekening naar de ziektekostenverzekeraar gestuurd en deze heeft hierop het verplicht eigen risico 2023 ingehouden.
- 4.3. In haar brief aan de SKGZ van 6 januari 2024 heeft verzoekster aanvullend toegelicht dat de rekening nooit door de ziektekostenverzekeraar had moeten worden voldaan aan de MKA-chirurg. De ziektekostenverzekeraar had op de hoogte moeten zijn van de kosten van een 3D-foto, en had

verzoekster dit moeten vertellen. In dat geval was zij niet naar de MKA-chirurg gegaan. Bovendien wil zij niet betalen voor een 3D-foto, terwijl deze niet is gemaakt.

- 4.4. Ter zitting heeft verzoekster in aanvulling hierop nog aangevoerd dat zij inmiddels naar een andere tandarts is gegaan die wel een 3D-foto heeft gemaakt, en intussen heeft zij een voortreffelijke tand. Er is volgens verzoekster sprake van een verdienmodel bij de MKA praktijk in kwestie. Er is totaal niet verteld wat de kosten zouden zijn. Iedereen wist dat er een 3D-foto gemaakt zou moeten worden, maar dat is niet doorgegeven. Nu wordt verzoekster geconfronteerd met hoge kosten.

## 5. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat het verplicht eigen risico 2023 terecht bij verzoekster in rekening is gebracht. Hij heeft hiertoe in zijn heroverweging van 14 december 2023 aangevoerd dat de MKA-chirurg het bedrag van € 159,98 rechtstreeks bij hem heeft gedeclareerd. Dit bedrag is opgebouwd uit een consult van € 86,26 en een beoordeling van een röntgengebitsonderzoek van € 73,72. Omdat verzoekster meedeelde dat geen 3D-foto was gemaakt, heeft een medewerker van de ziektekostenverzekeraar op 14 december 2023 telefonisch contact opgenomen met de zorgaanbieder. Deze bevestigde dat geen foto was gemaakt. Wel was door de verwijzer een röntgenfoto meegestuurd, die door een specialist is beoordeeld. Om die reden zijn hiervoor kosten in rekening gebracht. De ziektekostenverzekeraar is daarom van mening dat de kosten terecht zijn gedeclareerd en ten laste mochten worden gebracht van het verplicht eigen risico 2023 van verzoekster.
- 5.2. In zijn brief aan de Ombudsman Zorgverzekeringen van 4 maart 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aanvullend verklaard dat verzoekster op 18 september 2023 telefonisch contact heeft opgenomen met het Klant Contact Centrum. Verzoekster vertelde dat zij door de tandarts was doorverwezen naar de MKA-chirurg. De medewerker van de ziektekostenverzekeraar heeft haar meegedeeld dat voor een exacte kostenbeoordeling een declaratiecode nodig was. Verder is verzoekster geïnformeerd over het verplicht eigen risico, gezien de aard van de behandeling. De registratie toont aan dat op het moment van het gesprek nog niet bekend was welke declaraties zouden volgen en wat de behandeling zou kosten. De mogelijkheid van verrekening met het verplicht eigen risico werd duidelijk gecommuniceerd.
- 5.3. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop nog aangevoerd dat de klacht van verzoekster lijkt te zijn gericht op de MKA-chirurg. Deze heeft verklaard wel degelijk een beoordeling te hebben gedaan, en dat hiervoor terecht kosten in rekening zijn gebracht. Dat verzoekster niet tevreden is met het resultaat maakt niet dat geen kosten in rekening mochten worden gebracht. Er is ook duidelijk gecommuniceerd aan verzoekster dat er kosten ten laste van het eigen risico zouden kunnen worden gebracht.

## 6. Bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel A.22. van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 6.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

## 7. Beoordeling

- 7.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over 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.

- 7.2. De commissie stelt allereerst vast dat verzoekster voor het jaar 2023 een verplicht eigen risico had van € 385,-. Ten tijde van het contact met de zorgaanbieder in september 2023 was dit eigen risico nog niet geheel 'volgemaakt'. Daarnaast geldt dat de kosten van kaakchirurgie niet zijn uitgesloten van het verplicht eigen risico. Verzoekster heeft van de ziektekostenverzekeraar een nota ontvangen van € 159,98 ter zake van het verplicht eigen risico 2023. Dit bedrag zou verschuldigd zijn vanwege de aan haar verleende kaakchirurgische zorg. Verzoekster is van mening dat deze zorg niet aan haar is verleend, omdat geen 3D-foto is gemaakt, en zij slechts vier minuten bij de zorgaanbieder binnen is geweest. Om die reden mochten de kosten volgens haar niet door de zorgaanbieder bij de ziektekostenverzekeraar worden gedeclareerd, en kunnen deze door de ziektekostenverzekeraar niet ten laste van het verplicht eigen risico worden gebracht.
- 7.3. De commissie stelt voorop dat zij niet bevoegd is te oordelen over de juistheid van de door de zorgaanbieder ingediende declaratie. Verzoekster verkeerde kennelijk in de veronderstelling dat een 3D-foto zou worden gemaakt. Of die veronderstelling al dan niet terecht was is de vraag, aangezien uit de stukken valt op te maken dat in de verwijfsbrief van de tandarts hierover niet werd gesproken. Hoe het ook zij, omdat de zorgaanbieder rechtstreeks bij de ziektekostenverzekeraar heeft gedeclareerd, heeft verzoekster niet vooraf inzage gehad in de nota en heeft zij niet de mogelijkheid gehad hierover het gesprek aan te gaan en betaling te weigeren. De financiële consequenties komen - in de vorm van het verplicht eigen risico - echter wel voor haar rekening. De vraag die ter beantwoording voorligt, is daarom of de ziektekostenverzekeraar betaling van de nota had moeten weigeren dan wel bij de zorgaanbieder had moeten aandringen op correctie.
- 7.4. Het staat vast dat de ziektekostenverzekeraar, naar aanleiding van de melding van verzoekster dat geen 3D-foto was gemaakt, telefonisch contact heeft opgenomen met de zorgaanbieder om de declaratie te controleren. Gebleken is dat de nota is opgebouwd uit twee delen. Eén deel heeft betrekking op het consult. Aangezien verzoekster zelf heeft toegelicht de zorgaanbieder te hebben bezocht, bestond voor de ziektekostenverzekeraar geen aanleiding aan dit onderdeel van de declaratie te twijfelen. Voor zover het gaat om het tweede deel, het "beoordelen röntgengebitsonderzoek", is uit navraag bij de zorgaanbieder gebleken dat dit deel in rekening is gebracht omdat de MKA-chirurg de door de tandarts gemaakte en met zijn verwijfsbrief meegestuurde röntgenfoto heeft beoordeeld. Hoewel verzoekster van mening is dat een ander onderzoek - te weten het maken van een 3D-foto - had moeten plaatsvinden, betekent dit nog niet dat de ziektekostenverzekeraar reden had te twijfelen aan de juistheid van de declaratie, gelet op de door de zorgaanbieder gegeven toelichting. De ziektekostenverzekeraar heeft zich voldoende ingespannen om de ontvangen nota te controleren. Voor zover verzoekster het niet eens is met het inhoudelijke oordeel van de MKA- chirurg om geen 3D-foto te maken, kan zij zich tot deze wenden. Hierover kan de commissie geen uitspraak doen. Waar het gaat om de verrekening van de kosten met het eigen risico 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar onweersproken gesteld dat verzoekster hierover op 18 september 2023 is geïnformeerd. Omdat op dat moment niet bekend was welk bedrag zou worden gedeclareerd door de MKA-chirurg, ging de informatie niet verder dan de mededeling dat verrekening zou plaatsvinden.

*Slotsom*

- 7.5. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. **Bindend advies**

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 30 juli 2024,

M.T.C.J. Nauta-Sluijs

**Informatie voor partijen**

*Staat in de uitspraak een schrijffout, rekenfout of andere duidelijke vergissing? Dan kan elke partij de geschillencommissie vragen om dit te verbeteren. Dat moet gebeuren binnen tien dagen na de verzending van de uitspraak. De beslissing van de geschillencommissie kan niet ter discussie worden gesteld.*

*Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als sprake is van beperkte in de wet aangegeven gronden. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.*

**BIJLAGE - Relevante bepalingen**

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

voordat u wordt aangemeld bij het CAK. De gemeente kan samen met ons een regeling treffen over uw betalingsachterstand. Als u aan de voorwaarden voldoet, bent u van uw schulden bij ons en het CAK af.

### A.9.2. Rente en incassokosten

Als u (verzekeringnemer) een betalingsachterstand heeft, betaalt u ons ook de wettelijke/vertragsrente over de verschuldigde en opeisbare kosten. Bovendien moet u eventuele incassokosten betalen.

### A.9.3. Vervallen van betaaltermijnkorting

Als u (verzekeringnemer) met ons heeft afgesproken kosten over een langere betalingsperiode dan één maand vooruit te betalen, krijgt u daarvoor betaaltermijnkorting. Als er een betalingsachterstand is ontstaan, zetten wij voor de verzekeringen waarvan u verzekeringnemer bent de betalingsperiode om naar één maand en verliest u uw betaaltermijnkorting. Het verlies van deze korting geeft u niet het recht om uw verzekering op te zeggen.

### A.9.4. Aflossen schuld

Loopt u (verzekeringnemer) achter met de betaling? Dan lost u met elk bedrag dat wij van u ontvangen (een deel van) uw schuld af in de volgende volgorde:

- U lost altijd eerst de rente en incassokosten af (zie artikel A.9.2.);
- U lost daarna de schuld af van de kosten van uw zorgverzekering en daarna de kosten van uw aanvullende verzekering(en). Zie voor een uitleg over “kosten” ook artikel A.7.1. U lost eerst het langst openstaande deel van uw schuld af.

Bestaat de openstaande schuld uit bedragen van meerdere perioden, doordat u langere tijd niet heeft betaald? Dan kunt u de schuld niet splitsen door bijvoorbeeld eerst alleen de achterstallige premie te betalen en daarna de eventuele andere schulden. De schuld moet per periode in zijn geheel betaald worden.

## A.10. Premie en kosten na beëindiging

### A.10.1. Schuld over beëindigde verzekering

Als u ons nog premie en kosten zoals bedoeld in artikel A.7.1. moet betalen voor een verzekering die inmiddels beëindigd is en u sluit een nieuwe verzekering bij ons af, dan hebben wij het recht:

- de kosten van zorg die u uit uw nieuwe

verzekering van ons vergoed krijgt, te verrekenen met de oude openstaande schuld;

- onze verplichtingen uit te stellen tot het moment dat u (verzekeringnemer) alle verschuldigde en opeisbare premies en kosten betaald heeft. Wij vergoeden geen rekeningen totdat u (verzekeringnemer) alle verschuldigde premie en kosten aan ons heeft betaald, ook die van de oude beëindigde verzekering.

### A.10.2. Teveel betaalde premie

- Eindigt uw verzekering in een betalingsperiode die u (verzekeringnemer) vooraf betaald heeft, dan krijgt u (verzekeringnemer) het betaalde bedrag over het aantal overgebleven dagen van die betalingsperiode terug.
- Als uw verzekering wijzigt in een betalingsperiode die u (verzekeringnemer) vooraf betaald heeft, 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 heeft, 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, heeft 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 gedaan heeft, 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 2022 mag dus niet meer verrekend worden met het eigen risico als wij de rekening na 31 december 2023 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 heeft 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:

- 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.
  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 heeft gevolgd, dat wij hebben aangewezen.  
Wij hebben hier de kosten voor een Stoppen-met-roken (SMR) programma voor aangewezen inclusief de medicijnen of nicotine-



vervangende 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:

- o Fysiotherapie bij Claudicatio Intermittens. Zie artikel B.8.4.
- o 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 heeft 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 2023. Van 23 september 2023 tot en met 31 december 2023 is 100 dagen. 2023 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 aaneengesloten zorgverzekeringen heeft 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 2023 t/m 30 juni 2023; dit zijn 181 dagen. U heeft dan alleen het verplichte eigen risico van € 385,-.

Uw tweede zorgverzekering loopt van 1 juli 2023 t/m 31 december 2023 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<sup>e</sup> 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 heeft een zorgverzekering afgesloten voor u en uw zoon. Op 5 november 2023 wordt uw zoon 18 jaar. Vóór 5 november 2023 had hij geen verplicht eigen risico (€ 0,-) en vanaf 5 november 2023 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 heeft op 1 januari bij ons een zorgverzekering;
- U heeft een zorgverzekering met alleen een verplicht eigen risico; u heeft 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. Heeft 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.

---

# 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.