



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen VGZ Zorgverzekeraar NV te Arnhem
Zaak : Eigen risico, medisch specialistische zorg, staaroperaties, twee zorgvragen, startdatum DBC
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2019 en 2020, artt. 19, 21 en 23 Zvw, 2.1, 2.4 en 2.17 Bzv
Zaaknummer : 202001921
Zittingsdatum : 31 maart 2021

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

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

VGZ Zorgverzekeraar NV te Arnhem, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 24 november 2020 heeft verzoeker per klachtenformulier de Geschillencommissie Zorgverzekeringen gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De zorgverzekeraar heeft op 25 januari 2021 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 26 januari 2021 aan verzoeker gezonden.
- 2.3. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 31 maart 2021 gehoord.
- 2.4. Na afloop van de hoorzitting is de zorgverzekeraar gevraagd contact op te nemen met de zorgaanbieder teneinde navraag te doen of sprake is van één zorgvraag. Op 26 april 2021 heeft de zorgverzekeraar de commissie bericht over de uitkomst hiervan. Een kopie van deze reactie is op 28 april 2021 aan verzoeker gezonden die daarbij in de gelegenheid is gesteld op de betreffende reactie te reageren. Op 29 april 2021 heeft verzoeker van de geboden mogelijkheid gebruik gemaakt. Een kopie van deze reactie is ter kennisname aan de zorgverzekeraar gezonden.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2019 en 2020 bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering VGZ Eigen Keuze (Restitutie) (hierna: de zorgverzekering).
- 3.2. De zorgverzekeraar heeft op 30 april 2020 per brief aan verzoeker meegedeeld dat hij een bedrag van € 1.061,49 heeft betaald aan een zorgaanbieder. Hiervan heeft de zorgverzekeraar een bedrag van € 212,59 bij verzoeker in rekening gebracht ter zake van het verplicht eigen risico 2019.
- 3.3. De zorgverzekeraar heeft op 30 juli 2020 per brief aan verzoeker meegedeeld dat hij een bedrag van € 1.050,-- heeft betaald aan een zorgaanbieder. Hiervan heeft de zorgverzekeraar een bedrag van € 210,39 bij verzoeker in rekening gebracht ter zake van het verplicht eigen risico 2020.
- 3.4. Verzoeker heeft de zorgverzekeraar om heroverweging van eerstgenoemde beslissing gevraagd. Op 2 september 2020 heeft de zorgverzekeraar per e-mail aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

4. Geschil

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie gevraagd te beslissen dat de zorgverzekeraar ten onrechte een bedrag van € 212,59 van hem vordert ter zake van het verplicht eigen risico 2019.

- 4.2. De zorgverzekeraar 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 10 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
6. Beoordeling
- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over medisch specialistische zorg en het verplicht eigen risico 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. De commissie stelt voorop dat zij niet bevoegd is te oordelen over de juistheid van de door de oogkliniek ingediende declaraties. Hetzelfde geldt voor de informatie die door de oogkliniek en de behandelend chirurg werd gegeven. Indien verzoeker meent door hen onjuist of onvolledig te zijn voorgelicht, zal hij hierover bij de oogkliniek of de chirurg zijn beklag moeten doen. De commissie is wel bevoegd ten aanzien van het verplicht eigen risico. De vraag die in dat verband ter beantwoording voorligt, is of de zorgverzekeraar bij de oogkliniek had moeten aandringen op correctie of verlaging van de nota van de behandeling.
- 6.3. 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 in 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.
- 6.4. De oogkliniek heeft voor de eerste, bij verzoeker uitgevoerde staaroperatie een DBC-zorgproductcode (06/15A385.070401008 *Standaard cataractoperatie | Zonder VPLD | Oog lens*) gedeclareerd. Deze zorgproductcode heeft een ingangsdatum van 13 november 2019 en een einddatum van 25 februari 2020. Verzoeker heeft aangevoerd dat de diagnose plaatsvond in 2019, maar dat de daadwerkelijke ingreep in 2020 was. Volgens hem moeten daarom de kosten van de ingreep worden verrekend met het verplicht eigen risico 2020. De commissie volgt verzoeker hierin niet. Als de DBC wordt geopend in het ene jaar en wordt afgesloten in het andere jaar is voor de verrekening met het eigen risico de ingangsdatum bepalend. Dit blijkt uit artikel 7.5 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Genoemd artikel is gebaseerd op artikel 23, eerste lid, Zvw, dat 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, en de kosten door de zorgaanbieder of andere dienstverlener in één bedrag in rekening zijn gebracht, worden deze toegerekend aan het jaar waarin de zorg of dienst is aangevangen. In dit geval is de openingsdatum van de DBC van de eerste staaroperatie 13 november 2019, zodat de kosten dienen te worden verrekend met het verplicht eigen risico 2019. Op grond van artikel 15 van de voorwaarden van de zorgverzekering was verzoeker in 2019 een bedrag van € 385,- aan verplicht eigen risico verschuldigd voor de zorg en overige diensten die ten laste van de zorgverzekering komen. Niet in geschil is dat het verplicht eigen risico in 2019 nog niet was 'volgemaakt'. Daarbij geldt dat de onderhavige kosten niet zijn uitgesloten van het eigen risico. De zorgverzekeraar heeft daarom het door het ziekenhuis gedeclareerde bedrag van € 1.061,49 terecht verrekend met het nog openstaande verplicht eigen risico 2019 (€ 212,59).
- 6.5. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 7 mei 2021,

H.A.J. Kroon

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

6.3.5. Wanneer kunt u niet opzeggen?

Als wij u een aanmaning hebben gestuurd voor een betalingsachterstand in de premie, dan kunt u uw zorgverzekering niet opzeggen gedurende de tijd dat de verschuldigde premie, rente en incassokosten niet zijn voldaan. U kunt de zorgverzekering wel opzeggen als wij de dekking hebben geschorst of binnen 2 weken uw opzegging bevestigen.

6.4. Wanneer kunnen wij uw verzekering opzeggen, ontbinden of schorsen?

Wij kunnen de zorgverzekering schriftelijk opzeggen, ontbinden of schorsen:

- Als er sprake is van het niet op tijd betalen van de verschuldigde bedragen, zoals vermeld in artikel 3.6;
- Als er sprake is van fraude (zie artikel 2.4);
- Als u ons opzettelijk geen, niet-volledige of onjuiste inlichtingen of stukken heeft verstrekt die tot ons nadeel (kunnen) leiden;
- Als u heeft gehandeld met het opzet ons te misleiden of als wij geen zorgverzekering zouden hebben gesloten bij kennis van de ware stand van zaken. In die gevallen kunnen wij binnen 2 maanden na ontdekking en met onmiddellijke ingang de zorgverzekering opzeggen. Wij zijn in die gevallen geen uitkering verschuldigd of kunnen de uitkering verminderen. Wij kunnen de ontstane vorderingen compenseren met andere uitkeringen.

6.5. Bewijs van einde

Als de zorgverzekering eindigt, dan ontvangt u een bewijs van einde met de volgende informatie:

- Naam, adres, woonplaats en het burgerservicenummer (BSN) van de verzekerde
- Naam, adres en woonplaats van de verzekeringnemer
- De dag waarop de zorgverzekering eindigt
- Of voor u op die dag een eigen risico gold en zo ja, voor welk bedrag.

Als de verzekeringsplicht is geëindigd, dan wordt dit ook op het bewijs van einde vermeld.

6.6. Verzekering van onverzekerden

Als het CAK op grond van artikel 9d eerste lid van de Zorgverzekeringswet deze zorgverzekering namens u heeft gesloten, dan geldt het volgende:

- a. U kunt deze zorgverzekering vernietigen als u ons en het CAK binnen 2 weken aantoont dat u al een zorgverzekering heeft gesloten. De termijn van 2 weken gaat in op de datum waarop het CAK u heeft geïnformeerd dat zij deze zorgverzekering namens u heeft gesloten;
- b. Wij kunnen deze zorgverzekering wegens dwaling vernietigen als blijkt dat u niet verzekeringsplichtig bent;
- c. U kunt deze zorgverzekering gedurende de eerste 12 maanden niet opzeggen. Na deze 12 maanden gelden de gebruikelijke opzegmogelijkheden zoals vermeld in artikel 6.3.

Artikel 7. Verplicht eigen risico

7.1. Hoogte verplicht eigen risico

Als u 18 jaar of ouder bent, dan heeft u een verplicht eigen risico van € 385 per kalenderjaar. De kosten van zorg blijven tot dit bedrag voor uw rekening. Als u in de loop van een kalenderjaar 18 jaar wordt, dan geldt het verplicht eigen risico vanaf de eerste dag van de kalendermaand na de 18e verjaardag. De hoogte van het verplicht eigen risicobedrag wordt in dat geval berekend volgens de berekeningswijze als vermeld in artikel 7.4.

7.2. Voor welke zorgvormen geldt het verplicht eigen risico?

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

- Huisartsenzorg. Het eigen risico geldt wel voor geneesmiddelen. Het eigen risico geldt ook voor onderzoek en diagnostiek die op verzoek van de huisarts door een andere zorgaanbieder worden uitgevoerd en in rekening worden gebracht.
Zie artikel 11, Huisartsenzorg;
- Een gecombineerde leefstijlinterventie zoals omschreven in artikel 13;
- Verpleging en verzorging zoals omschreven in artikel 14;

- Verloskundige zorg door een verloskundige, huisarts of gynaecoloog. Er geldt ook geen eigen risico voor prenatale screening, behalve voor de NIPT. Hiervoor geldt wel het eigen risico. Ook voor de met verloskundige zorg samenhangende kosten geldt het eigen risico. Dit betekent dat geneesmiddelen, bloedonderzoek en ziekenvervoer wel meetellen voor het verplicht eigen risico. Zie artikel 15.1, Verloskundige zorg en artikel 16, Medisch specialistische zorg;
- Kraamzorg. Zie artikel 15.2, Kraamzorg;
- Het stoppen-met-rokenprogramma zoals omschreven in artikel 24;
- De door ons aangewezen voorkeursgeneesmiddelen zoals genoemd in het Reglement farmaceutische zorg. Houdt u er rekening mee dat de dienstverlening van de apotheek, bijvoorbeeld de terhandstellingskosten, het begeleidingsgesprek bij een nieuw geneesmiddel of een inhalatie instructie niet zijn vrijgesteld van dit eigen risico. Zie artikel 35, Geneesmiddelen;
- De door ons geselecteerde zorgaanbieders voor de proeftuin Blauwe Zorg in de regio Maastricht en Heuvelland, voor zover zij de door ons geselecteerde voorkeurslongmedicatie leveren. U vindt de geselecteerde zorgaanbieders en voorkeurslongmedicatie in het Reglement farmaceutische zorg bijlage D en E. Houdt u er rekening mee dat de dienstverlening van de apotheek, bijvoorbeeld de terhandstellingskosten, het begeleidingsgesprek bij een nieuw geneesmiddel of een inhalatie instructie niet zijn vrijgesteld van dit eigen risico. Zie artikel 35, Geneesmiddelen;
- De als voorkeursproduct geselecteerde drinkvoedingen zoals genoemd in het Reglement farmaceutische zorg. Zie artikel 36, Dieetpreparaten;
- Hulpmiddelen in bruikleen. Zie artikel 37, Hulpmiddelen en verbandmiddelen;
- Nacontroles van een nier- of leverdonor, nadat de periode zoals genoemd in artikel 22 punt d, Transplantatie van weefsels en organen is verstreken;
- Vervoer van een donor zoals genoemd in artikel 22, Transplantatie van weefsels en organen;
- Eventuele eigen bijdragen en/of eigen betalingen.

7.3. Voor welke zorgaanbieders en zorgarrangementen geldt het verplicht eigen risico niet?

Wij hebben de mogelijkheid om zorgaanbieders of zorgarrangementen aan te wijzen waarbij u geen of maar een gedeeltelijk bedrag aan verplicht eigen risico verschuldigd bent. Dit geldt ook voor nader aan te wijzen gezondheidsbevorderende of op preventie gerichte zorgarrangementen. Deze informatie vindt u op onze website.

7.4. Berekening hoogte verplicht eigen risico

Als de zorgverzekering niet start of eindigt op 1 januari, dan berekenen wij het eigen risico als volgt:

$$\text{Eigen risico} \times \frac{\text{aantal dagen dat de zorgverzekering loopt}}{\text{aantal dagen in het betreffende kalenderjaar}}$$

Het berekende bedrag wordt afgerond op hele euro's.

Voorbeeld

De zorgverzekering loopt van 1 januari tot en met 30 januari. In totaal zijn dit 30 dagen. Het kalenderjaar 2020 telt 366 dagen. Het eigen risico is: € 385 x 30 gedeeld door 366 is € 31,56 en wordt afgerond op € 32.

7.5. Berekening verplicht eigen risico

Voor de berekening van het eigen risico, worden de kosten van zorg of een andere dienst toegerekend aan het kalenderjaar waarin de zorg is genoten. Als een behandeling in 2 kalenderjaren valt en de zorgaanbieder de kosten hiervan in 1 bedrag in rekening mag brengen (bijvoorbeeld een diagnose-behandelcombinatie), dan worden deze kosten in mindering gebracht op het eigen risico van het kalenderjaar waarin de behandeling is gestart.

Zorgverzekeringswet

Paragraaf 3.4. Het eigen risico

Artikel 19

1. Iedere verzekerde van achttien jaar of ouder heeft een verplicht eigen risico van € 385 per kalenderjaar.
2. Het bedrag, genoemd in het eerste lid, wordt jaarlijks geïndexeerd overeenkomstig het verschil in geraamde uitgaven voor de zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, tussen het kalenderjaar waarop het verplicht eigen risico betrekking zal hebben en vergelijkbare uitgaven voor het jaar voorafgaand aan dat kalenderjaar.
3. Indien het geïndexeerde bedrag naar beneden afgerond € 5 of een veelvoud daarvan verschilt van het in het eerste lid genoemde bedrag, wordt dit bedrag bij ministeriële regeling gewijzigd, waarna het in die regeling genoemde bedrag in de plaats treedt van het in het eerste lid genoemde bedrag.
4. Rekeningen voor kosten van zorg of overige diensten worden slechts op het verplicht eigen risico in mindering gebracht, indien deze door de zorgverzekeraar zijn ontvangen voor een bij algemene maatregel van bestuur te bepalen dag van het kalenderjaar volgend op het kalenderjaar waarop het verplicht eigen risico betrekking heeft, tenzij het aan de verzekerde te wijten is dat de rekening niet voor die dag is ingediend.
5. In afwijking van het vierde lid is de zorgverzekeraar gerechtigd het verplicht eigen risico in rekening te brengen indien het aan de verzekerde te wijten is dat de rekening niet voor de bij algemene maatregel van bestuur bepaalde dag is ingediend.
6. Bij algemene maatregel van bestuur wordt bepaald op welke wijze het verplicht eigen risico in mindering wordt gebracht.
7. Het tweede en derde lid blijven buiten toepassing voor de jaren 2019, 2020 en 2021.

Artikel 20

1. De zorgverzekeraar biedt van iedere zorgverzekering met een bepaalde combinatie van te verzekeren prestaties als bedoeld in artikel 11, eerste lid, een variant zonder vrijwillig eigen risico aan.
2. De zorgverzekeraar kan voor de verzekering van een persoon van achttien jaar of ouder varianten van de zorgverzekering aanbieden met een vrijwillig eigen risico van € 100, € 200, € 300, € 400 of € 500 per kalenderjaar, waartegenover hij een korting op de grondslag van de premie verleent.
3. De korting mag afhangen van:
 - a. de omvang van het voor de verzekerde gekozen vrijwillig eigen risico;
 - b. het aantal kalenderjaren waarvoor een vrijwillig eigen risico voor de verzekerde gegolden heeft.
4. De zorgverzekeraar neemt in zijn modelovereenkomst op welke premiekorting bij welk vrijwillig eigen risico voor welk aantal kalenderjaren geldt.
5. Indien de zorgverzekeraar een of meer van de door hem aangeboden vrijwillige eigen risico's laat vervallen, geeft de zorgverzekeraar de verzekeringnemers die een zorgverzekering met zo'n vrijwillig eigen risico hebben afgesloten, de mogelijkheid om te kiezen voor een zorgverzekering met een lager of zonder vrijwillig eigen risico.

Artikel 21

1. Het percentage van de kosten van zorg of overige diensten dat ten laste gaat van het verplicht eigen risico, wordt bij algemene maatregel van bestuur vastgesteld.
2. In afwijking van het eerste lid kunnen bij algemene maatregel van bestuur vormen van zorg of overige diensten worden aangewezen waarvoor de kosten geheel, gedeeltelijk of in het geheel niet onder het verplicht eigen risico vallen.
3. In afwijking van het eerste lid kunnen bij algemene maatregel van bestuur vormen van zorg of overige diensten worden aangewezen waarvan de zorgverzekeraar, onder bij die maatregel te bepalen voorwaarden, kan bepalen dat de kosten geheel of gedeeltelijk buiten het verplicht eigen risico vallen.
4. De zorgverzekeraar kan vormen van zorg of overige diensten aanwijzen waarvan de kosten niet onder het vrijwillig eigen risico vallen, met dien verstande dat bij algemene maatregel van bestuur vormen van zorg of overige diensten kunnen worden aangewezen waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk buiten het vrijwillig eigen risico vallen.

Artikel 22

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

Artikel 23

1. Kosten van zorg of een andere dienst worden toegerekend aan het kalenderjaar waarin de zorg of dienst is genoten, met dien verstande dat de kosten van zorg of een andere dienst die in twee achtereenvolgende kalenderjaren is genoten en door de zorgaanbieder of andere dienstverlener in één bedrag in rekening zijn gebracht, worden toegerekend aan het kalenderjaar waarin de zorg of dienst is aangevangen.
2. Bedragen als bedoeld in artikel 11, derde of vierde lid, die voor rekening van de verzekerde komen, of kosten als bedoeld in artikel 13, eerste lid, voor zover zij voor rekening van de verzekerde blijven, worden bij de beantwoording van de vraag of een voor zijn verzekering geldend verplicht of vrijwillig eigen risico wordt overschreden, buiten aanmerking gelaten.
3. Een zorgverzekeraar brengt kosten van zorg of overige diensten die zowel ten laste van het verplicht als het vrijwillig eigen risico kunnen komen, eerst ten laste van het verplicht eigen risico.

Besluit zorgverzekering

§ 2. Het eigen risico

Artikel 2.17

1. Kosten van het gebruik van zorg en overige diensten die buiten het verplicht eigen risico vallen, betreffen kosten van:
 - a. verloskundige zorg en kraamzorg,
 - b. huisartsenzorg,
 - c. multidisciplinaire eerstelijnszorg waar huisartsenzorg deel van uitmaakt,
 - d. gecombineerde leefstijlinterventie,
 - e. nacontroles van de donor nadat de periode, bedoeld in artikel 2.5, eerste lid, onderdeel d, is verstreken,
 - f. vervoer, bedoeld in artikel 2.5, tweede lid, en
 - g. verpleging en verzorging als bedoeld in artikel 2.10.
2. De zorgverzekeraar kan bepalen dat kosten van het gebruik van zorg en overige diensten als bedoeld in artikel 11 van de wet geheel of gedeeltelijk buiten het verplicht eigen risico vallen, indien:
 - a. de verzekerde zich wendt tot een door de zorgverzekeraar aangewezen zorgaanbieder,
 - b. de verzekerde een bij ministeriële regeling aangewezen gezondheidsbevorderend of op preventie gericht programma volgt, voor zover dat programma is aangewezen door de zorgverzekeraar en de kosten betrekking hebben op de aandoening waarvoor de verzekerde dat programma heeft gevolgd, of
 - c. de verzekerde gebruik maakt van door de zorgverzekeraar aangewezen farmaceutische zorg of hulpmiddel.
3. De dag, bedoeld in artikel 19, vierde lid, van de wet, is 31 december.

Artikel 2.18

1. De kosten van inschrijving bij een huisarts of bij een instelling die huisartsenzorg verleent, vallen buiten het vrijwillig eigen risico.
2. Onder kosten van inschrijving worden verstaan:
 - a. een bedrag ter zake van de inschrijving als patiënt, tot ten hoogste het tarief dat op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg als beschikbaarheidstarief is vastgesteld;
 - b. vergoedingen die samenhangen met de wijze waarop de geneeskundige zorg in de praktijk van de huisarts of in de instelling wordt verleend, met de kenmerken van het patiëntenbestand of met de locatie van de praktijk of de instelling, voor zover deze vergoedingen tussen de zorgverzekeraar van de verzekerde en zijn huisarts of instelling zijn overeengekomen en de huisarts of instelling deze vergoedingen krachtens eerderbedoelde overeenkomst bij de inschrijving van een verzekerde in rekening mag brengen.

Artikel 2.19

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