



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, vertegenwoordigd door de heer C te B, tegen ASR Basis
Ziektekostenverzekeringen N.V. en ASR Aanvullende Ziektekostenverzekeringen N.V.,
beide te Amersfoort

Zaak : Vrijwillig eigen risico, aanpassing met terugwerkende kracht

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2015, art. 19, 20 en Zvw, 2.17 en 2.18 Bzv

Zaaknummer : 201900181

Zittingsdatum : 22 januari 2020

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. L. Ritzema)

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door de heer C te B,
tegen

- 1) ASR Basis Ziektekostenverzekeringen N.V. te Amersfoort, en
- 2) ASR Aanvullende Ziektekostenverzekeringen N.V. te Amersfoort,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij brief van 19 juli 2019 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brieven van 17 en 29 oktober 2019 zijn standpunt aan de commissie kenbaar gemaakt. Afschriften hiervan zijn op 21 oktober 2019 en 31 oktober 2019 aan verzoeker gezonden.
- 2.3. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 22 januari 2020 gehoord.
- 2.4. Na afloop van de hoorzitting heeft de commissie de ziektekostenverzekeraar in de gelegenheid gesteld te reageren op een door verzoeker ingestuurde brief van 19 januari 2020. Bij brief van 27 januari 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar van de geboden mogelijkheid gebruik gemaakt. Een afschrift hiervan is eveneens op 27 januari 2020 aan verzoeker gestuurd. Hij is daarbij in de gelegenheid gesteld hierop te reageren. Bij brief van 30 januari 2020 heeft verzoeker gereageerd. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2015 en 2016 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering). Daarnaast had verzoeker in 2016 bij de ziektekostenverzekeraar een aanvullende tandartsverzekering afgesloten. Deze verzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.
- 3.2. Verzoeker is al meer dan veertien jaar bij een GGZ-instelling onder behandeling voor een ernstige vorm van schizofrenie. Omdat verzoeker in al die jaren nooit een rekening heeft moeten betalen voor deze zorg heeft hij met ingang van 1 januari 2015 gekozen voor een vrijwillig eigen risico van € 500,-. Begin februari 2016 kreeg verzoeker echter een brief van de ziektekostenverzekeraar (gedateerd 6 februari 2016) waarin hem werd verzocht een bedrag van totaal € 611,48 te voldoen. Een groot deel (€ 535,56) had betrekking op een nota ter zake van door hem genoten geestelijke gezondheidszorg. Deze nota is verrekend met het nog openstaande verplicht en vrijwillig eigen risico 2015.
- 3.3. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar nadien verzocht de keuze voor het vrijwillig eigen risico voor de jaren 2015 en 2016 ongedaan te maken. De ziektekostenverzekeraar heeft aan verzoeker

meegedeeld dat de keuze voor het vrijwillig eigen risico 2016 zal worden teruggedraaid. Wat betreft het jaar 2015 zal de ziektekostenverzekeraar hiertoe niet overgaan.

- 3.4. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van het standpunt met betrekking tot 2015 gevraagd. Bij ongedateerde brief heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn standpunt ter zake handhaaft.

4. Geschil

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is het vrijwillig eigen risico 2015 met terugwerkende kracht te wijzigen van € 500,-- naar € 0,--.

- 4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

5. Bevoegdheid van de commissie

- 5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 17 van de zorgverzekering.

6. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

- 6.2. Verzoeker had voor het jaar 2015 een verplicht eigen risico van € 375,--. Daarnaast had hij voor dat jaar gekozen voor een vrijwillig eigen risico van € 500,--. Het totale eigen risico 2015 bedroeg dus € 875,--. Bij brief van 6 februari 2016 is hem verzocht een bedrag van totaal € 611,48 te voldoen. Uit de bijgevoegde specificatie blijkt dat onder andere een bedrag van € 535,56 voor geestelijke gezondheidszorg (GGZ) is verrekend met het nog openstaande eigen risico. Verzoeker komt hiertegen op. De andere kosten die met het verplicht en vrijwillig eigen risico 2015 zijn verrekend vormen geen onderwerp van geschil.

- 6.3. Verzoeker is in 2015 behandeld in een GGZ-instelling. Deze instelling heeft de kosten van de behandeling (totaal € 2.127,47) ter declaratie bij de ziektekostenverzekeraar ingediend. De ziektekostenverzekeraar heeft vervolgens een bedrag van € 535,56 verrekend met het nog openstaande verplicht en vrijwillig eigen risico 2015. Verzoeker voert aan dat hij ervan uitging dat de betreffende kosten waren uitgesloten van het eigen risico. Daarnaast zijn de kosten van de behandelingen in de GGZ-instelling in voorgaande jaren nooit met het eigen risico verrekend. Verzoeker stelt dat de ziektekostenverzekeraar onvoldoende te zijn geïnformeerd. De ziektekostenverzekeraar heeft de stellingen van verzoeker gemotiveerd betwist.

- 6.4. De zorgaanbieder heeft bij de ziektekostenverzekeraar een DBC met openingsdatum 24 januari 2015 gedeclareerd voor aan verzoeker verleende zorg. Dit betreft DBC code 202010000184 met de omschrijving "Schizofrenie 800-1799 minuten". Verzoeker heeft de door de GGZ-instelling gebruikte DBC-code niet bestreden zodat de commissie uitgaat van de juistheid ervan.

- 6.5. Het verplicht en vrijwillig eigen risico bestaat, conform de voorwaarden van de zorgverzekering, uit de bedragen aan kosten van zorg of overige diensten die per kalenderjaar voor rekening van de verzekerde blijven. Bepaalde vormen van zorg zoals onder andere huisartsenzorg, verloskundige zorg en kraamzorg, en ketenzorg bij diabetes zijn uitgesloten van het eigen risico. Dit blijkt uit artikel 5, eerste lid, van de zorgverzekering. Hieruit volgt dat, anders dan verzoeker stelt, de in de periode van 24 januari 2015 tot en met 23 januari 2016 genoten GGZ niet is uitgezonderd van het verplicht en vrijwillig eigen risico. Omdat de kosten hiervan derhalve meetellen voor het eigen

risico, en voorts gesteld noch gebleken is dat het eigen risico 2015 reeds was 'vol gemaakt', heeft de ziektekostenverzekeraar het bedrag van € 535,56 terecht verrekend met het verplicht en vrijwillig eigen risico 2015 van verzoeker.

6.6. Voor de beantwoording van de vraag of de ziektekostenverzekeraar is tekortgeschoten in de informatievoorziening geldt dat, conform artikel 16 van 'Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten' (TH/NR-010), de verzekeraar verplicht is alle informatie te verstrekken die een consument nodig heeft om de financiële gevolgen van zijn (toekomstige) keuze voor een specifieke behandeling of dienst, bij een specifieke zorgaanbieder, te overzien. Deze informatie hoeft echter enkel te worden verstrekt indien de consument hierom vraagt. Gesteld noch gebleken is dat verzoeker voorafgaand aan zijn keuze voor het vrijwillig eigen risico en het bezoek aan de GGZ-instelling hierover contact heeft opgenomen met de ziektekostenverzekeraar. Pas toen hij in februari 2016 de nota van het eigen risico ontving heeft verzoeker contact gezocht met de ziektekostenverzekeraar. Gelet op voornoemd artikel wordt van een ziektekostenverzekeraar niet verwacht dat hij de bedoelde informatie ongevraagd verstrekt. Dit is feitelijk ook onmogelijk aangezien een verzekeraar meestal niet weet dat kosten gaan worden gemaakt, tenzij in geval van een toestemmingsvereiste vooraf. Dat verzoeker al langer onder behandeling is maakt het voorgaande niet anders. Ook de stelling van verzoeker dat de nota's van de behandelingen in voorgaande jaren nooit zijn verrekend met het eigen risico kan hem niet baten. Door de ziektekostenverzekeraar is namelijk gesteld en door verzoeker niet weersproken dat deze nota's niet met het eigen risico zijn verrekend omdat het op dat moment al was 'volgemaakt' door andere zorgkosten.

6.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 5 februari 2020,

L. Ritzema

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

Zorgverzekeringswet

Artikel 19

1. Iedere verzekerde van achttien jaar of ouder heeft een verplicht eigen risico van € 375 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.
5. Bij algemene maatregel van bestuur wordt bepaald op welke wijze het verplicht eigen risico in mindering wordt gebracht.

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.

Besluit zorgverzekering

§ 2. Het eigen risico

Artikel 2.17

1. Kosten van het gebruik van zorg en overige diensten die buiten het verplicht eigen risico vallen, betreffen kosten van:
 - a. verloskundige zorg en kraamzorg,
 - b. zorg zoals huisartsen die plegen te bieden,
 - c. zorg als bedoeld in artikel 2.10, eerste lid,
 - d. zorg die wordt bekostigd met toepassing van de op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde beleidsregel voor de prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen,
 - e. nacontroles van de donor nadat de periode, bedoeld in artikel 2.5, eerste lid, onderdeel d, is verstreken, en
 - f. de kosten van vervoer, bedoeld in artikel 2.5, tweede lid.
2. De zorgverzekeraar kan bepalen dat kosten van het gebruik van zorg en overige diensten als bedoeld in artikel 11 van de wet geheel of gedeeltelijk buiten het verplicht eigen risico vallen, indien:
 - a. de verzekerde zich wendt tot een door de zorgverzekeraar aangewezen zorgaanbieder, of
 - b. de verzekerde een door de zorgverzekeraar aangewezen programma heeft gevolgd met betrekking tot diabetes, depressie, hart- en vaatziekten, chronisch obstructief longlijden, overgewicht of stoppen met roken en de kosten betrekking hebben op de aandoening waarvoor de verzekerde dat programma heeft gevolgd, of
 - c. de verzekerde gebruik maakt van een door de zorgverzekeraar aangewezen geneesmiddel of hulpmiddel.
3. De dag, bedoeld in artikel 19, vierde lid, van de wet, is 31 december.
4. In afwijking van het derde lid is de zorgverzekeraar gerechtigd het verplicht eigen risico in rekening te brengen indien het aan de verzekerde te wijten is dat de rekening niet voor de in het derde lid genoemde dag is ingediend.

Artikel 2.18

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

zorgverzekeraar van de verzekerde en zijn huisarts of instelling zijn overeengekomen en de huisarts of instelling deze vergoedingen krachtens eerderbedoelde overeenkomst bij de inschrijving van een verzekerde in rekening mag brengen.

ARTIKEL 5 VERPLICHT EIGEN RISICO

Lid 1

Voor iedere verzekerde van achttien jaar of ouder geldt een verplicht eigen risico van € 385,- aan kosten van zorg of overige diensten die voor rekening van verzekerde blijft.

Op het verplichte eigen risico zijn niet van toepassing:

- de kosten van het gebruik van zorg zoals huisartsen die plegen te bieden, met uitzondering van de kosten van met deze zorg samenhangend onderzoek dat elders wordt verricht en apart in rekening wordt gebracht, op voorwaarde dat de betreffende persoon of instelling gerechtigd is het daartoe door de NZa vastgestelde tarief in rekening te brengen;
- de kosten van verpleging en verzorging als bedoeld in artikel 18.20;
- de kosten van voetzorg bij diabetes als bedoeld in artikel 18.21;
- de kosten van verloskundige zorg en kraamzorg;
- de kosten van nacontroles van levende donoren van een nier of lever ten behoeve van nier- of levertransplantaties. Het gaat om die controles, die ten laste van de zorgverzekering van de donor komen. Dit zijn de nacontroles die plaatsvinden nadat een periode van 13 weken, respectievelijk een half jaar zijn verstreken;
- de kosten van ketenzorg bij diabetes, vasculair risicomanagement en COPD. Onder ketenzorg wordt verstaan: Zorg die wordt bekostigd met toepassing van de op grond van de Wet Marktordening Gezondheidszorg vastgestelde beleidsregel voor de prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen;
- medicatiebeoordeling voor een uitsluitend recept geneesmiddelgebruik.

In die gevallen waarin, op grond van één van de navolgende artikelen, een bedrag voor rekening van de verzekerde blijft, telt dit bedrag niet mee voor het volmaken van het verplichte eigen risico.

Lid 2

Indien de verzekering in de loop van een kalenderjaar tot stand komt, dan wel eindigt, is het verplichte eigen risico in dat kalenderjaar gelijk aan het bedrag voor het hele jaar, vermenigvuldigd met een breuk waarvan de teller gelijk is aan het aantal dagen in het kalenderjaar waarover de zorgverzekering heeft gelopen dan wel zal lopen en de noemer het aantal dagen in dat kalenderjaar.

Lid 3

Voor de bepaling van de hoogte van het verplichte eigen risico is de situatie bij aanvang van de verzekering of de situatie per 1 januari van enig jaar bepalend.

Indien de verzekerde in de loop van het kalenderjaar achttien jaar is geworden, wordt het verplichte eigen risico berekend door het bedrag in het betreffende kalenderjaar te vermenigvuldigen met een breuk waarvan de teller gelijk is aan het aantal dagen in het kalenderjaar waarover premie verschuldigd is en de noemer het aantal dagen in dat kalenderjaar.

Lid 4

Voor de berekening van het verplichte eigen risico wordt het DBC-zorgproduct toegerekend aan het jaar waarin deze is geopend.

Voorbeeld:

Als u in 2015 voor het eerst bij de specialist langs bent geweest waarbij een bepaalde diagnose is gesteld en de specialist een DBC-zorgproduct opent. En waarbij de behandeling of operatie wordt uitgevoerd in 2016 of voortduurt in 2016. Dan gelden de vergoedingsvoorwaarden en het verplicht eigen risico van 2015.

Lid 5

Indien de zorgverzekeraar rechtstreeks aan de zorgverlener de kosten van verleende zorg heeft vergoed, zal zo nodig het openstaande verplichte eigen risico worden verrekend, dan wel worden teruggevorderd.

Lid 6

Kosten van zorg die ten laste van de zorgpolis worden vergoed, komen eerst in mindering op het verplichte eigen risico, en worden daarna in de eventuele berekening van het vrijwillig gekozen eigen risico betrokken.

ARTIKEL 6 VRIJWILLIG GEKOZEN EIGEN RISICO

Lid 1

Het vrijwillig gekozen eigen risico is € 0,- tenzij een hoger eigen risico is overeengekomen.

Lid 2

Een verzekerde van achttien jaar of ouder kan voor de verzekering een vrijwillig gekozen eigen risico van € 100,-, € 200,-, € 300,-, € 400,- of € 500,- per kalenderjaar overeenkomen.

Lid 3

Indien een eigen risico wordt overeengekomen, geldt de korting op de premiegrondslag, zoals vermeld op de premiebijlage.

Lid 4

Op het vrijwillige eigen risico zijn niet van toepassing:

- de kosten van het gebruik van zorg zoals huisartsen die plegen te bieden, met uitzondering van de kosten van met deze zorg samenhangend onderzoek dat elders wordt verricht en apart in rekening wordt gebracht, op voorwaarde dat de betreffende persoon of instelling gerechtigd is het daartoe door de NZa vastgestelde tarief in rekening te brengen;
- de kosten van verpleging en verzorging als bedoeld in artikel 18.20;
- de kosten van voetzorg bij diabetes als bedoeld in artikel 18.21;
- de kosten voor verloskundige zorg en kraamzorg;
- de kosten van nacontroles van levende donoren van een nier of lever ten behoeve van nier- of levertransplantaties. Het gaat om die controles, die ten laste van de zorgverzekering van de donor komen. Dit zijn de nacontroles die plaatsvinden nadat een periode van 13 weken, respectievelijk een half jaar zijn verstreken;
- de kosten van ketenzorg bij diabetes, vasculair risicomanagement en COPD. Onder ketenzorg wordt verstaan: Zorg die wordt bekostigd met toepassing van de op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde beleidsregel voor de prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen;
- medicatiebeoordeling voor een uitsluitend recept geneesmiddelgebruik.

In die gevallen waarin, op grond van één van de navolgende artikelen, een bedrag voor rekening van de verzekerde blijft, telt dit bedrag niet mee voor het volmaken van het vrijwillig gekozen eigen risico.

Lid 5

Kosten van zorg die ten laste van de zorgpolis worden vergoed, komen eerst in mindering op het verplichte eigen risico, bedoeld in artikel 5 en worden daarna in de eventuele berekening van het vrijwillig gekozen eigen risico betrokken.

Lid 6

Indien de verzekering in de loop van een kalenderjaar tot stand komt, dan wel eindigt, is het vrijwillig gekozen eigen risico in dat kalenderjaar gelijk aan het bedrag voor het hele jaar, vermenigvuldigd met een breuk waarvan de teller gelijk is aan het aantal dagen in het kalenderjaar waarover de zorgverzekering heeft gelopen dan wel zal lopen en de noemer het aantal dagen in dat kalenderjaar.

Lid 7

Indien gedurende het kalenderjaar het in dat jaar geldende vrijwillig gekozen eigen risico wijzigt en de verzekeringnemer dan wel de verzekerde onmiddellijk voorafgaand aan die wijziging reeds een zorgverzekering had gesloten, wordt het vrijwillig gekozen eigen risico op de volgende wijze berekend;

- a. ieder bedrag aan vrijwillig gekozen eigen risico dat in het betreffende kalenderjaar heeft gegolden of zal gelden wordt vermenigvuldigd met het aantal in dat jaar gelegen dagen waarvoor dat vrijwillig gekozen risico gold of zal gelden;
- b. de op grond van onder a berekende bedragen worden bij elkaar opgeteld en vervolgens gedeeld door het aantal dagen in het kalenderjaar;
- c. de uitkomst van dit bedrag wordt afgerond op hele euro's.

Lid 8

Voor de berekening van het vrijwillig gekozen eigen risico wordt het DBC-zorgproduct toegerekend aan het jaar waarin deze is geopend.

Voorbeeld:

Als u in 2015 voor het eerst bij de specialist langs bent geweest waarbij een bepaalde diagnose is gesteld en de specialist

een DBC-zorgproduct opent. En waarbij de behandeling of operatie wordt uitgevoerd in 2016 of voortduurt in 2016. Dan gelden de vergoedingsvoorwaarden en het vrijwillig eigen risico van 2015.

Lid 9

Indien de zorgverzekeraar rechtstreeks aan de zorgverlener de kosten van verleende zorg heeft vergoed, zal zo nodig het openstaande vrijwillig gekozen eigen risico worden verrekend, dan wel worden teruggevorderd.