

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen CZ Zorgverzekeringen N.V. te Tilburg
Zaak : Eigen risico, verplicht en vrijwillig eigen risico, creditnota zorgaanbieder
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2020, artt. 10, 11, 19, 20, en 21 Zvw, 2.1, 2.17 en 2.18 Bzv
Zaaknummer : 202101075
Zittingsdatum : 26 januari 2022

1. Partijen

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

tegen

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

2. Verloop van de procedure

2.1. Bij klachtenformulier van 1 oktober 2021 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen gevraagd een bindend advies uit te brengen. De commissie heeft verzoekster verzocht het entreegeld van € 37,- te betalen en aanvullende informatie op te sturen. Verzoekster heeft hieraan voldaan; op 26 oktober 2021 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.

2.2. De zorgverzekeraar heeft bij brief van 19 november 2021 zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 23 november 2021 aan verzoekster gezonden.

2.3. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 26 januari 2022 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn over deze samenstelling voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die aan partijen zijn gestuurd, met de mogelijkheid hierop te reageren. Op 8 februari 2022 heeft de zorgverzekeraar van de geboden mogelijkheid gebruik gemaakt. De reactie van de zorgverzekeraar is tezamen met de aantekeningen van de hoorzitting toegevoegd aan het dossier. Een kopie van de reactie van de zorgverzekeraar is ter kennisname aan de wederpartij gestuurd.

3. Vaststaande feiten

3.1. Verzoekster was in 2020 bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de CZ Zorgbewustpolis (natura select) (hierna: de zorgverzekering).

3.2. Verzoekster heeft medio 2020 zorg genoten in een ziekenhuis. Dit ziekenhuis heeft voor de geleverde zorg bij de zorgverzekeraar onder andere een bedrag van € 857,14 gedeclareerd. De zorgverzekeraar heeft deze declaratie - en enkele andere nota's - verrekend met het nog openstaande verplicht en vrijwillig eigen risico 2020 van verzoekster. Vervolgens heeft de zorgverzekeraar verzoekster op 24 september 2020 per brief verzocht ter zake van de hiervoor bedoelde nota een bedrag van € 571,24 te voldoen, hetgeen zij heeft gedaan.

3.3. Op 17 november 2020 heeft de zorgverzekeraar van het ziekenhuis bericht gekregen dat de eerder gedeclareerde nota van € 857,14 wordt ingetrokken. Dit heeft ertoe geleid dat de zorgverzekeraar verzoekster bij brief van 5 december 2020 heeft meegedeeld dat er ten onrechte een verrekening met het verplicht en vrijwillig eigen risico 2020 had plaatsgevonden en dat daarom een bedrag van € 571,24 wordt teruggestort.

- 3.4. De zorgverzekeraar heeft op 24 november 2020 van het ziekenhuis een nieuwe declaratie ontvangen van € 857,14. De zorgverzekeraar heeft deze declaratie verrekend met het op dat moment resterende verplicht en vrijwillig eigen risico 2020 van verzoekster. Vervolgens heeft de zorgverzekeraar verzoekster bij brief van 19 december 2020 verzocht € 544,21 te voldoen.
- 3.5. Verzoekster heeft de zorgverzekeraar verschillende keren om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Onder meer bij brief van 12 maart 2021 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

4. Geschil

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de zorgverzekeraar ten onrechte een bedrag van € 544,21 van haar vordert ter zake van het verplicht en vrijwillig eigen risico 2020.
- 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 A.17 van de voorwaarden van de zorgverzekering.

6. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en het Besluit zorgverzekering (Bzv) over het verplicht en vrijwillig eigen risico alsmede die uit het Burgerlijk Wetboek (BW) 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.

Standpunt verzoekster

- 6.2. Verzoekster stelt dat de zorgverzekeraar ten onrechte een bedrag van € 544,21 bij haar in rekening brengt. Hiertoe voert zij aan dat de zorgverzekeraar haar bij brief van 5 december 2020 heeft meegedeeld dat zij het eerder betaalde bedrag van € 571,24 terug krijgt. Daarnaast staat in de brief dat andere zorgkosten kunnen worden verrekend. Het betreft hier echter een identieke declaratie van het ziekenhuis. Verzoekster voegt hieraan toe dat een zorgverzekeraar zelf verantwoordelijk is voor de communicatie en dat verzekerden hierop moeten kunnen vertrouwen. Dit blijft zo als de overigens nog niet aangetoonde administratieve fout bij de zorgaanbieder zou liggen. Anders gezegd, als de zorgverzekeraar meedeelt dat de gedeclareerde nota niet juist is en hij ook nog het eigen risico terugbetaalt, kan het niet zo zijn dat later dezelfde nota nogmaals wordt gedeclareerd en wordt verrekend met het eigen risico. Dat deze handelwijze niet is toegestaan blijkt ook uit een uitspraak van het KiFiD (van 01-12-2017 nr. 2017-808) en de artikelen 3:33 en 3:35 BW. Met name uit laatstgenoemd artikel blijkt dat als er door een partij bepaalde uitlatingen zijn gedaan hier ook naar gehandeld moet worden. Door de zorgverzekeraar is toegezegd dat er geen kosten ten laste van het eigen risico zouden worden gebracht. Later is dit toch gebeurd.

Standpunt zorgverzekeraar

- 6.3. De zorgverzekeraar stelt zich op het standpunt dat hij gerechtigd is het bedrag van € 544,21 te verrekenen met het nog openstaande verplicht en vrijwillig eigen risico 2020 van verzoekster. Hiertoe voert de zorgverzekeraar aan dat hij, na ontvangst van de intrekking door het ziekenhuis, het eerder door verzoekster betaalde eigen risico van € 571,24 heeft teruggestort. In de brief waarin de terugbetaling wordt gemeld staat ook beschreven dat het eigen risico weer open komt te staan en dat andere zorgkostennota's hiermee kunnen worden verrekend. Niet veel later heeft

het ziekenhuis een nieuwe declaratie ingediend, en deze is verrekend met het verplicht en vrijwillig eigen risico 2020. Niet valt in te zien waarom verzoekster dit bedrag niet is verschuldigd. De zorg is immers genoten.

Wel merkt de zorgverzekeraar op dat de verwerking van binnengekomen declaraties een paar dagen duurt. Zo heeft het kunnen gebeuren dat de nieuwe declaratie van het ziekenhuis al binnen was op het moment dat de correctiebrief aan verzoekster werd gestuurd. Wellicht zal daarom in de toekomst in de correctiebrief een zin worden toegevoegd dat het kan zijn dat de gecorrigeerde nota opnieuw wordt gedeclareerd.

Verzoekster heeft nog verwezen naar een uitspraak van het KiFiD. In deze uitspraak is bepaald dat de desbetreffende schadeverzekeraar is gehouden aan een mondelinge toezegging. Dit speelt in de onderhavige kwestie niet. Ook de relatie met artikel 3:35 BW ziet de zorgverzekeraar niet.

Overwegingen commissie

- 6.4. De commissie stelt voorop dat zij niet bevoegd is te oordelen over de juistheid van de door het ziekenhuis ingediende declaraties. Voor zover verzoekster hierover klachten heeft, zal zij zich rechtstreeks tot het ziekenhuis moeten wenden. Dit betekent dat de commissie hetgeen partijen hierover hebben gesteld verder laat rusten.
De commissie is daarentegen wel bevoegd ten aanzien van de vraag of het verplicht en vrijwillig eigen risico 2020 terecht bij verzoekster in rekening is gebracht.
- 6.5. Het staat vast dat het ziekenhuis eind augustus of begin september 2020 bij de zorgverzekeraar een declaratie heeft ingediend ter hoogte van € 857,14. Dit betrof een behandeling bij de afdeling gastro-enterologie, waarvoor een DBC-zorgproduct was aangemaakt met een startdatum van 15 mei 2020 en een einddatum van 12 augustus 2020. Het is niet in geschil dat verzoekster in de desbetreffende periode zorg in het ziekenhuis heeft genoten. Omdat de genoten zorg niet is uitgesloten van het verplicht en vrijwillig eigen risico heeft de zorgverzekeraar de gedeclareerde kosten daarom terecht verrekend met het nog openstaande verplicht en vrijwillig eigen risico 2020 van verzoekster. Op 24 september 2020 is zij over deze verrekening geïnformeerd.
Het ziekenhuis heeft om hem moverende redenen gemeend de declaratie te moeten intrekken. Hij heeft dit op 17 november 2020 aan de zorgverzekeraar kenbaar gemaakt. De zorgverzekeraar heeft aan deze mededeling van het ziekenhuis een vervolg gegeven door het bedrag dat verzoekster in verband met deze declaratie ten laste van het eigen risico had voldaan (€ 571,24), aan haar terug te betalen. Verzoekster is hierover door de zorgverzekeraar bij brief van 5 december 2020 geïnformeerd. Met de terugbetaling van € 571,24 kwam dit bedrag aan eigen risico weer open te staan en konden andere gedeclareerde kosten hiermee worden verrekend. Op 24 november 2020 heeft het ziekenhuis een nieuwe declaratie bij de zorgverzekeraar ingediend, wederom ten bedrage van € 857,14. De zorgverzekeraar heeft deze nieuwe declaratie verrekend met het op dat moment nog openstaande verplicht en vrijwillig eigen risico van verzoekster (€ 544,21), en haar hierover bij brief van 19 december 2020 bericht.
- 6.6. De commissie overweegt dat de zorgverzekeraar, binnen de bestaande contractuele verhouding met verzoekster, is gehouden onder de dekking van de zorgverzekering vallende kosten te vergoeden. Verzoekster is, van haar kant, gehouden het overeengekomen verplicht en vrijwillig eigen risico te voldoen, voor zover door de zorgverzekeraar vergoeding heeft plaatsgevonden ten laste van de zorgverzekering, de betreffende zorg niet is uitgesloten van het eigen risico, dit eigen risico voor enig jaar nog open staat, en door de zorgaanbieder tijdig wordt gefactureerd.
Nadat door de zorgverzekeraar een creditnota van het ziekenhuis werd ontvangen, verviel daarmee diens betalingsverplichting jegens deze zorgaanbieder. In relatie tot verzoekster werd op dat moment het bedrag dat verzoekster als eigen risico ter zake van de nota had voldaan (€ 571,24) onverschuldigd betaald en kon de zorgverzekeraar niet anders dan dit aan verzoekster terugbetalen. Door deze terugbetaling kwam eenzelfde bedrag aan verplicht en vrijwillig eigen risico 2020 weer open te staan.
Voor de zorgverzekeraar bestond geen grond de nieuwe declaratie van het ziekenhuis te weigeren. De zorg werd immers aan verzoekster verleend, en viel kennelijk onder de dekking van de zorgverzekering. Ook werd door het ziekenhuis tijdig gefactureerd.

Anders dan verzoekster lijkt te veronderstellen, is het antwoord op de vraag wáárom door het ziekenhuis de declaratie eerst werd ingetrokken, waarna een nieuwe declaratie werd ingediend voor eenzelfde bedrag, binnen het kader van de verzekeringsovereenkomst niet relevant. In het kader van de behandelingsovereenkomst valt evenmin in te zien dat de zorgaanbieder, door zijn declaratie in te trekken, afstand heeft gedaan van zijn recht op vergoeding van de geleverde zorg.

De commissie stelt voorts vast dat door de zorgverzekeraar geen toezegging is gedaan, inhoudende dat een eventuele nieuwe declaratie van het ziekenhuis voor dezelfde zorg zou zijn uitgesloten van het verplicht en vrijwillig eigen risico 2020.

- 6.7. Hetgeen overigens door verzoekster is aangevoerd, met name haar beroep op de artikelen 3:33 en 3:35 BW (de 'wilsvertrouwensleer') en op een uitspraak van het KiFiD, leidt niet tot een ander oordeel. De genoemde uitspraak van het KiFiD ziet op een andere situatie dan thans voorgelegd aan de commissie. Wat betreft het beroep op de bepalingen uit het BW overweegt de commissie als volgt.
- Artikel 3:33 BW bepaalt dat een rechtshandeling een op een rechtsgevolg gerichte wil vereist die zich door een verklaring heeft geopenbaard. Op grond van artikel 3:35 BW geniet degene die een verklaring of gedraging heeft opgevat als een door die ander tot hem gerichte verklaring van een bepaalde strekking onder omstandigheden bescherming. In dat geval kan geen beroep worden gedaan op het ontbreken van een met deze verklaring overeenstemmende wil. De commissie begrijpt het beroep door verzoekster op deze bepalingen aldus dat verzoekster de mededeling van de zorgverzekeraar op pagina 2 van de brief van 5 december 2020 *"Let op! Andere zorgkosten die u maakt of al hebt gemaakt in het betreffende kalenderjaar kunnen alsnog ten laste komen van het openstaande eigen risico"* zo heeft opgevat dat de zorgverzekeraar hiermee afstand heeft gedaan van zijn recht om nogmaals dezelfde zorgkosten te verrekenen met het eigen risico. De zorgverzekeraar heeft dit laatste bestreden.
- 6.8. De commissie overweegt dat voor een geslaagd beroep op artikel 3:35 BW vereist is dat de desbetreffende partij gerechtvaardigd op de verklaring of gedraging mocht vertrouwen. Hierbij spelen ook feiten en omstandigheden die zich na het verrichten van de rechtshandeling hebben voorgedaan een rol. In de gevallen waarin, zoals hier, sprake is van een vermeende afstand van recht meent de commissie dat een gerechtvaardigd vertrouwen niet al te snel mag worden aangenomen. De formulering van de hiervoor geciteerde zinsnede uit de brief van 5 december 2020 is weliswaar ongelukkig, maar leidt, zonder bijzondere omstandigheden, die zijn gesteld noch gebleken, niet tot de conclusie dat verzoekster in dit concrete geval een afstand van recht door de ziektekostenverzekeraar mocht aannemen. Zoals door de zorgverzekeraar is toegelicht, is door het ziekenhuis op 24 november 2020 een nieuwe nota gestuurd. Met de verwerking van binnengekomen declaraties zijn blijkbaar enkele dagen gemoeid. Daarom moet het ervoor worden gehouden dat de zorgverzekeraar, ten tijde van de verzending van de brief van 5 december 2020, nog geen rekening kon houden met het gegeven dat door het ziekenhuis reeds een - identieke - nota was ingediend. De verklaring strekte derhalve niet verder dan de ingetrokken nota, en zag niet op de nota van 24 november 2020.
- Verzoekster had, van haar kant, gezien de bestaande behandelingsovereenkomst geen aanleiding te veronderstellen dat het ziekenhuis, na het intrekken van de eerdere nota, voor de behandeling niet opnieuw kosten in rekening zou brengen bij de zorgverzekeraar, mogelijk op grond van een ander DBC-zorgproduct en mogelijk voor een ander bedrag. Dat zou immers logisch zijn met het oog op de eerdere intrekking. Die kosten zouden dan zijn vergoed ten laste van de zorgverzekering en niet valt in te zien waarom de zorgverzekeraar in dat geval afstand zou willen doen van zijn recht op verrekening met het alsdan nog openstaande verplicht en vrijwillig eigen risico 2020. Nu de nota een identiek bedrag betreft, valt die logica evenmin te onderkennen. Dit zou slechts anders zijn, indien het op grond van de wet of overeenkomst dan wel anderszins zo zou zijn dat het ziekenhuis niet opnieuw hetzelfde bedrag voor de verleende zorg mag declareren dan wel dat zorgverzekeraar na een eerdere intrekking niet gehouden is tot vergoeding van een hierop volgende identieke nota. Van het een noch het ander is echter sprake.
- Dit alles leidt tot de conclusie dat verzoekster de aangehaalde passage uit de brief van 5 december 2020 niet mocht opvatten zoals zij heeft gedaan, en dat voor zover zij zich beroept op

het hierdoor bij haar gewekte vertrouwen dat verklaring en wil overeenstemden, dit vertrouwen in ieder geval niet gerechtvaardigd was.

6.9. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 9 maart 2022,

A.I.M. van Mierlo

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

Burgerlijk Wetboek Boek 3

Artikel 33

Een rechtshandeling vereist een op een rechtsgevolg gerichte wil die zich door een verklaring heeft geopenbaard.

Artikel 35

Tegen hem die eens anders verklaring of gedraging, overeenkomstig de zin die hij daaraan onder de gegeven omstandigheden redelijkerwijze mocht toekennen, heeft opgevat als een door die ander tot hem gerichte verklaring van een bepaalde strekking, kan geen beroep worden gedaan op het ontbreken van een met deze verklaring overeenstemmende wil.

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.

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 2020 mag dus niet meer verrekend worden met het eigen risico als wij de rekening na 31 december 2021 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) onderzoek dat niet door de huisarts is gedaan en ook niet door hem in rekening is gebracht.
3. De kosten van nacontroles van 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.).
 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;

- o 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 naar een voor deze zorg gecontracteerde zorgverlener gaat.

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.
 - o Generalistische Basis GGZ en Gespecialiseerde GGZ-zorg die wordt gegeven in de vorm van een e-Health zorgarrangement. Zie artikel B.19.1. en B.19.2.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, 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 2020. Van 23 september 2020 tot en met 31 december 2020 is 100 dagen. 2020 is een schrikkeljaar en kent dus 366 dagen. Uw verplicht eigen

risico wordt dan:

- € 385,- : 366 = € 1,0519 eigen risico per dag
- € 1,0519 x 100 dagen = € 105,19 eigen risico dat jaar (niet afgerond)
- € 105,19 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 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 2020 t/m 30 juni 2020; dit zijn 182 dagen. U hebt dan alleen het verplichte eigen risico van € 385,-. Uw tweede zorgverzekering loopt van 1 juli 2020 t/m 31 december 2020; 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,- : 366 = € 1,0519 eigen risico per dag
- € 1,0519 x 182 dagen = € 191,44 eigen risico; dat is afgerond € 191,-.

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

- € 385,- + € 300,- = € 685,-
- € 685,- : 366 = € 1,8716 eigen risico per dag
- € 1,8716 x 184 dagen = € 344,37 eigen risico; dat is afgerond € 344,-.

Voor deze 2 periodes tellen wij beide eigen risico bedragen bij elkaar op: € 191,- + € 344,- = € 535,-. 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 2020 wordt uw zoon 18 jaar. Vóór 5 november 2020 had hij geen verplicht eigen risico (€ 0,-) en vanaf 5 november 2020 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,- : 366 dagen = € 1,0519 eigen risico per dag.
- € 1,0519 x 57 dagen = € 59,96 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 kwar-

taal 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 binnen komen 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 binnen komen 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.

A.14.2. Algemene verplichtingen

U bent verplicht:

- te kunnen bewijzen dat u bent wie u zegt te zijn als u zorg inroept bij een instelling voor medisch specialistische zorg of bij een polikliniek.
- de behandelend arts of medisch specialist te vragen de reden van opname bekend te maken aan onze medisch adviseur als die daarom vraagt;
- ons, onze medisch adviseur, adviserend tandarts, controleur of de zorgverlener met wie wij een overeenkomst hebben gesloten, te helpen bij het verkrijgen van alle noodzakelijke informatie;
- ons binnen 30 dagen te melden dat u in hechtenis bent genomen of in de gevangenis zit of u daartoe veroordeeld bent;
- ons binnen 30 dagen te melden dat uw hechtenis of gevangenschap is beëindigd;
- ons bij overlijden van de verzekeringnemer of wanneer de verzekeringnemer niet meer bevoegd is zelfstandig over zijn vermogen te beschikken, binnen 30 dagen te laten weten wie de nieuwe verzekeringnemer(s) wordt / worden.

A.14.3. Ander aansprakelijk stellen

Cessie: vorderingen aan ons overdragen

Soms kunnen wij derden aansprakelijk stellen