

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

mr. drs. J.W. Heringa, mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs en mr. J.J.M. Linders

Zaaknummer: 202500542

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

en

- 1) OWM DSW Zorgverzekeraar U.A. te Schiedam,
 - 2) DSW Ziektekostenverzekeringen N.V. te Schiedam,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoeker heeft bij klachtenformulier van 23 maart 2025 een klacht voorgelegd aan SKGZ. In een telefonisch contact met de Ombudsman Zorgverzekeringen op 7 augustus 2025 heeft verzoeker aan de dossierbehandelaar van de Ombudsman Zorgverzekeringen verklaard een uitspraak van de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) te willen, hetgeen hem bij brief van dezelfde datum is bevestigd. Op 2 september 2025 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 1.2. Bij brief van 7 november 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 10 november 2025 aan verzoeker gestuurd.
- 1.3. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben op 10 november 2025 respectievelijk 20 november 2025 verklaard niet te willen worden gehoord.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoeker was in 2024 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering AV-Standaard (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.
- 2.2. Verzoeker heeft zorg genoten in een ziekenhuis. Dit ziekenhuis heeft voor de geleverde zorg bij de ziektekostenverzekeraar een bedrag van € 2.487,49 gedeclareerd. De ziektekostenverzekeraar heeft deze declaratie verrekend met het nog openstaande verplicht en vrijwillig eigen risico 2024 van verzoeker. Vervolgens heeft de ziektekostenverzekeraar hem verzocht ter zake van de hiervoor bedoelde nota een bedrag van € 689,45 te voldoen.

- 2.3. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij e-mailbericht van 12 maart 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

3. Standpunt verzoeker

- 3.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar ten onrechte een bedrag van € 689,45 van hem vordert ter zake van het verplicht en vrijwillig eigen risico 2024.
- 3.2. Verzoeker heeft ter onderbouwing aangevoerd dat hij eind 2024 te horen kreeg dat hij moest worden geopereerd aan een liesbreuk. De eerste gesprekken met de medisch specialist in het ziekenhuis hebben eind 2024 plaatsgevonden. Uiteindelijk is verzoeker op 3 januari 2025 geopereerd. Voor het eerste consult heeft het ziekenhuis bij de ziektekostenverzekeraar een bedrag gedeclareerd van € 164,82. Dit bedrag is door de ziektekostenverzekeraar volledig verrekend met het nog openstaande eigen risico 2024. Hierover verschilt verzoeker niet van mening met de ziektekostenverzekeraar. Ter zake van de op 3 januari 2025 uitgevoerde operatie heeft het ziekenhuis bij de ziektekostenverzekeraar een bedrag van totaal € 2.487,49 gedeclareerd. In plaats van dit bedrag te verrekenen met het verplicht eigen risico 2025, heeft de ziektekostenverzekeraar het verrekend met het resterende verplicht en vrijwillig eigen risico 2024. De ziektekostenverzekeraar heeft deze verrekening toegepast omdat de vervolg-Diagnose Behandel Combinatie (DBC) al in 2024 was geopend. Deze “boekhoudkundige truc” kan volgens verzoeker echter niet kloppen. Als iemand in 2025 een auto koopt en de btw wordt geboekt in 2024 dan is dit ook niet toegestaan. Daar komt bij dat verzoeker in de periode van 9 december 2024 tot en met 31 december 2024 geen behandeling in het ziekenhuis heeft gehad. Dat er op 10 december 2024 kosten zijn gemaakt kan dus onmogelijk kloppen.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat in de situatie van verzoeker een eerste DBC is geopend op 11 september 2024 en dat deze een looptijd had van 90 dagen. Toen de operatie op 3 januari 2025 werd uitgevoerd, was deze DBC al gesloten. De vervolg-DBC moest aansluiten en werd daarom geopend op 10 december 2024. Het ziekenhuis heeft gedeclareerd in overeenstemming met de regels van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA). Omdat de startdatum van de vervolg-DBC in 2024 ligt, is het verplicht en vrijwillig eigen risico van dat jaar van toepassing. Aangezien zowel het verplicht als het vrijwillig eigen risico 2024 nog niet was ‘vol gemaakt’ mocht de ziektekostenverzekeraar het gedeclareerde bedrag van € 2.487,49 verrekenen met het nog openstaande verplicht en vrijwillig eigen risico 2024. Dit betekent dat verzoeker gehouden is het verrekende bedrag van € 689,45 aan de ziektekostenverzekeraar te voldoen.

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

6. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en het Besluit zorgverzekering (Bzv) over het verplicht en vrijwillig 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.

Zorgverzekering

- 6.2. De commissie stelt voorop dat zij niet bevoegd is te oordelen over de juistheid van de door de zorgaanbieder ingediende declaratie. Aangezien de zorgaanbieder rechtstreeks bij de ziektekostenverzekeraar heeft gedeclareerd, heeft verzoeker niet vooraf inzage gehad in de nota en heeft hij niet de mogelijkheid gehad betaling hiervan te weigeren. De financiële consequenties komen - in de vorm van het eigen risico - echter wel voor rekening van verzoeker. De vraag die ter beantwoording voorligt, is daarom of de ziektekostenverzekeraar bij de zorgaanbieder had moeten aandringen op correctie.
- 6.3. Waar het gaat om nota's ter zake van medisch specialistische zorg, geldt dat in Nederland behandeltrajecten vanaf de diagnose tot het eind van de behandeling worden voorzien van een code, de zogenoemde DBC. Deze regeling is op 1 januari 2005 ingevoerd door de overheid. Met ingang van 1 januari 2012 is de term DBC deels vervangen door DOT (DBC's Op weg naar Transparantie). Een DBC/DOT omvat het gehele behandeltraject inclusief verpleging en verzorging, verband- en hulpmiddelen en de tijdens de behandeling plaatsgevonden paramedische zorg en geneesmiddelen. Een DBC/DOT had aanvankelijk een maximale looptijd van 365 dagen. Later is dit teruggebracht tot maximaal 120 dagen, maar een DBC/DOT kan ook een looptijd hebben van 42 of 90 dagen, afhankelijk van de toepasselijke regels van de NZa. Indien sprake is van een doorlopende behandeling wordt na het 'verlopen' van de DBC/DOT steeds aansluitend een vervolg-DBC/DOT geopend. Een DBC/DOT is niet gebonden aan kalenderjaren.
- 6.4. Door verzoeker zijn twee facturen overgelegd. Uit de eerste factuur (€ 164,80) valt op te maken dat het ziekenhuis bij de ziektekostenverzekeraar prestatiecode 15A933 en zorgproduct 110401019 heeft gedeclareerd. Als consumentenomschrijving wordt vermeld: "*1 of 2 polikliniekbezoeken / consultaties op afstand bij een liesbreuk*". Deze DBC/DOT is geopend op 11 september 2024, had een looptijd van 90 dagen, en werd gesloten op 9 december 2024. Over de verrekening van deze factuur met het op dat moment openstaande verplicht en vrijwillig eigen risico 2024 zijn partijen niet verdeeld.
- 6.5. Uit de tweede factuur blijkt dat het ziekenhuis bij de ziektekostenverzekeraar prestatiecode 15B430 en zorgproduct 110401024 heeft gedeclareerd. Als consumentenomschrijving wordt genoemd: "*Enkelzijdige kijkoperatie bij een liesbreuk*". Het staat vast dat de liesbreukoperatie bij verzoeker op 3 januari 2025 is uitgevoerd. De initiële DBC/DOT, die op 11 september 2024 was geopend, werd op 9 december 2024 gesloten. Aangezien het behandeltraject voor deze zorgvraag op 9 december 2024 nog niet was afgerond dient in een dergelijke situatie, volgens de Regeling medisch-specialistische zorg van de NZa, een aansluitende vervolg-DBC/DOT te worden geopend, hetgeen in dit geval ook is gebeurd. De in het geding zijnde DBC/DOT is geopend op 10 december 2024 en afgesloten op 14 februari 2025. Aangezien de DBC/DOT's aansluitend zijn en conform de geldende NZa-regels zijn geopend en gesloten, oordeelt de commissie dat de ingediende declaratie voor de ziektekostenverzekeraar geen aanleiding hoefde te geven om bij het ziekenhuis aan te dringen op een correctie. Zodoende rest de vraag of het door het ziekenhuis gedeclareerde tarief, waarover tussen partijen overigens geen verschil van mening bestaat, terecht is verrekend met het openstaande verplicht en vrijwillig eigen risico 2024 van verzoeker.
- 6.6. Voor de verrekening met het eigen risico is de startdatum van de (vervolg-)DBC/DOT bepalend. Dit blijkt uit artikel 9, vijfde lid, 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 startdatum van de vervolg-DBC/DOT 10 december 2024, zodat de kosten dienen te worden verrekend met het verplicht en vrijwillig eigen risico 2024. Dat verzoeker van 9 december 2024 tot en met 31 december 2024 niet in het ziekenhuis is geweest, is in dit verband niet bepalend.

Op grond van artikel 9, eerste lid, van de voorwaarden van de zorgverzekering was verzoeker in 2024 een bedrag van € 385,- aan verplicht eigen risico verschuldigd voor de zorg en overige diensten die ten laste van de zorgverzekering komen. Daarnaast had verzoeker in 2024 gekozen voor een vrijwillig eigen risico van € 500,- zodat het totale eigen risico voor 2024 € 885,- bedroeg. Zowel het verplicht als het vrijwillig 2024 was nog niet volledig 'vol gemaakt'. Daarnaast geldt dat de kosten van medisch specialistische zorg niet zijn uitgesloten van het eigen risico. Dit betekent dat de ziektekostenverzekeraar het door het ziekenhuis gedeclareerde bedrag van € 2.487,49 terecht heeft verrekend met het nog openstaande verplicht en vrijwillig eigen risico 2024, en wel tot het bedrag van € 689,45. Verzoeker heeft niet bestreden dat dit bedrag nog open stond aan eigen risico 2024 en is daarom gehouden het aan de ziektekostenverzekeraar te voldoen.

Slotsom

6.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 8 december 2025,

J.J.M. Linders

Informatie voor partijen

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

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

BIJLAGE – Relevante bepalingen

1. Voorwaarden zorgverzekering
2. Wetgeving

Artikel 9 Eigen risico

LID 1 VERPLICHT EIGEN RISICO

Als u 18 jaar of ouder bent, heeft u een verplicht eigen risico. De hoogte van het verplicht eigen risico wordt jaarlijks door de overheid vastgesteld en is bij alle zorgverzekeraars gelijk. Voor 2024 heeft de overheid het verplicht eigen risico vastgesteld op € 385,-.

Wij hebben als zorgverzekeraar de mogelijkheid om een deel van het eigen risico niet te innen bij onze verzekerden wanneer zij naar een zorgaanbieder gaan die wij vooraf hebben aangewezen. Wij wijzen alle zorgaanbieders aan, met uitsluiting van de zorgaanbieders zoals genoemd op de lijst die u kunt raadplegen op onze website (zoeken op 'Eigen risico', u vindt de lijst onder de veelgestelde vragen), voor zover zij zorg verlenen waarop u recht heeft op grond van deze polisvoorwaarden. Als u hieraan voldoet betekent dit dat wij voor het jaar 2024 van de € 385,- verplicht eigen risico, een bedrag van € 10,- niet zullen innen bij u.

Dit betekent dat u de eerste € 375,- aan kosten die op grond van uw zorgverzekering door ons vergoed zouden worden zelf moet betalen. Daarna vergoeden wij alle kosten voor zover die onder de dekking van uw zorgverzekering vallen behoudens eigen bijdragen.

LID 2 VRIJWILLIG EIGEN RISICO

Als u 18 jaar of ouder bent, kunt u kiezen voor een vrijwillig eigen risico naast het verplicht eigen risico. Zonder verdere afspraak bedraagt het vrijwillig eigen risico € 0,-. U kiest een vrijwillig eigen risico voor de duur van een jaar en u kunt de hoogte van het vrijwillig eigen risico tussentijds niet wijzigen, tenzij sprake is van een situatie zoals omschreven in lid 8 of lid 9 van dit artikel.

LID 3 HOOGTE VRIJWILLIG EIGEN RISICO

Elke verzekerde van 18 jaar en ouder kan kiezen voor een vrijwillig eigen risico van € 100,-, € 200,-, € 300,-, € 400,- of € 500,- per jaar bovenop het verplicht eigen risico. Indien u een vrijwillig eigen risico kiest, krijgt u korting op de premie zoals vermeld in de premiebijlage (Bijlage 1).

LID 4**KOSTEN DIE NIET MEETELLEN VOOR HET VERPLICHT EN VRIJWILLIG EIGEN RISICO**

Sommige zorgkosten tellen niet mee voor het eigen risico. Op dit uitgangspunt bestaan uitzonderingen. Het volgende schema verduidelijkt dit:

Kosten van zorg die niet meetellen voor het eigen risico (verplicht en vrijwillig)	Uitzonderingen hierop (deze kosten tellen dus wel mee voor het eigen risico)
Huisartsenzorg (inclusief de kosten voor inschrijving bij een huisarts of bij een instelling die huisartsenzorg verleent).	Medicijnen voorgeschreven en laboratoriumonderzoek aangevraagd door uw huisarts.
Het plaatsen van een spiraaltje, prikpil of anti-conceptie-implantaat door de verloskundige of huisarts.	Het plaatsen van een spiraaltje, prikpil of anti-conceptie-implantaat door de gynaecoloog.
Verloskundige zorg waaronder de prenatale screening.	Medicijnen, laboratoriumonderzoek en ambulancevervoer naar het ziekenhuis vanwege zwangerschap of bevalling. Kosten die verband houden met de behandeling van niet direct in de eigenlijke zwangerschap of kraamperiode, dat wil zeggen na zes weken na de bevalling, optredende aandoeningen. Ook wanneer deze aandoeningen late gevolgen van de zwangerschap kunnen zijn.
Kraamzorg.	Geen uitzonderingen.
Ketenzorg.	Medicijnen voorgeschreven en laboratoriumonderzoek aangevraagd door uw huisarts.
Verpleging en verzorging die verband houdt met geneeskundige zorg en niet gepaard gaat met verblijf.	Geen uitzonderingen.
Zorg aan levende transplantatiedonoren, voor zover die zorg verband houdt met de opneming van de donor in verband met een selectie of verwijdering van het transplantatiemateriaal. Dit geldt uitsluitend nadat een periode van dertien weken, dan wel een half jaar in geval van een levertransplantatie, is verstreken na de datum van ontslag uit de instelling waarin de donor ter selectie of verwijdering van het transplantatiemateriaal opgenomen is geweest. Vervoerskosten van de donor.	Geen uitzonderingen.

Kosten van zorg die niet meetellen voor het eigen risico (verplicht en vrijwillig)	Uitzonderingen hierop (deze kosten tellen dus wel mee voor het eigen risico)
Hulpmiddelen die in bruikleen worden verstrekt.	Geen uitzonderingen.
Voetzorg.	Geen uitzonderingen.
Gecombineerde Leefstijlinterventie voor volwassenen.	Geen uitzonderingen.
Eerstelijns Stoppen-met-roken-programma Het betreft zowel de gedragsmatige ondersteuning als de medicatie bij stoppen met roken. Medicatie wordt alleen vrijgesteld van het eigen risico indien de medicatie wordt gecombineerd met gedragsmatige begeleiding en daarmee expliciet onderdeel is van een stoppen-met-rokenprogramma.	Medicatie die niet wordt gecombineerd met gedragsmatige ondersteuning.
Valrisicobeoordeling.	Geen uitzonderingen.
De door ons aangewezen geneesmiddelen (preferente geneesmiddelen).	Geen uitzonderingen.

LID 5 KOSTEN DBC OF ZORGPRODUCT

De kosten van een DBC of zorgproduct tellen mee voor het eigen risico van het jaar waarin de DBC of het zorgproduct is gestart (openingsdatum).

LID 6 KOSTEN VOOR EIGEN REKENING

Kosten die u op grond van de polisvoorwaarden zelf moet betalen, tellen niet mee voor het eigen risico. Wij brengen die kosten dus niet in mindering op het nog openstaande bedrag aan eigen risico. Zo kan er op grond van de Zorgverzekeringswet voor bepaalde zorg een eigen bijdrage gelden. Ook kan er een maximum vergoeding gelden en kunnen de kosten dit maximum overstijgen.

LID 7 TERUGVORDERING EN VERREKENING VAN HET EIGEN RISICO

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

LID 8 BEREKENING EIGEN RISICO BIJ AANMELDING/OPZEGGING GEDURENDE HET JAAR

Als uw zorgverzekering in de loop van het jaar begint of eindigt, berekenen wij de hoogte van het eigen risico voor dat deel van het jaar dat de zorgverzekering loopt. Wij tellen daartoe het aantal dagen van het jaar dat de zorgverzekering loopt en delen dit door 365 dagen (bij schrikkeljaren: 366 dagen). De uitkomst hiervan wordt vermenigvuldigd met de hoogte van het verplicht en vrijwillig eigen risico en afgerond op hele euro's.

LID 9 EIGEN RISICO WANNEER EEN VERZEKERDE 18 JAAR WORDT

Wanneer een verzekerde de leeftijd van 18 jaar bereikt, vragen wij de verzekeringnemer uiterlijk een maand van tevoren of die verzekerde kiest voor een vrijwillig eigen risico. De hoogte van het eigen risico wordt bepaald op dezelfde wijze als in lid 8 van dit artikel is beschreven.

LID 10 EERST VERPLICHT DAARNA VRIJWILLIG EIGEN RISICO VOL MAKEN

Met de kosten die onder de dekking van de zorgverzekering vallen, maakt u eerst het verplicht eigen risico vol. Als dat vol is, komen de kosten voor rekening van het eventueel gekozen vrijwillig 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 van ons vergoed.

Artikel 10 Behandeling in het buitenland**LID 1 ALGEMEEN**

Voor vergoedingen van behandeling in het buitenland onderscheiden we:

- verzekerden die wonen in Nederland (zie lid 2 van dit artikel);
- verzekerden die wonen of verblijven in een ander EU-/EER-land of verdragsland en al dan niet tijdelijk in Nederland of een ander verdragsland verblijven (zie lid 3 van dit artikel);
- verzekerden die wonen of verblijven in het buitenland, maar niet in een EU-/EER-land of verdragsland (zie lid 4 van dit artikel).

LID 2 WONEN IN NEDERLAND EN ZORG IN BUITENLAND

Als u in Nederland woont heeft u recht op vergoeding van verzekerde zorg die is geleverd door een door ons gecontracteerde zorgaanbieder buiten Nederland. Op onze website kunt u zien met welke ziekenhuizen in België, Duitsland en Spanje wij een contract hebben gesloten. Als u zich wendt tot een niet door ons gecontracteerde zorgaanbieder buiten Nederland, krijgt u maximaal dezelfde vergoeding als wanneer u in Nederland naar een zorgaanbieder zou zijn gegaan met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten. Zie hiervoor artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

LID 3 WONEN/VERBLIJVEN IN EEN ANDER EU-/EER-LAND OF VERDRAGSLAND EN ZORG IN DAT LAND, NEDERLAND OF ANDER VERDRAGSLAND

In deze situatie heeft u naar keuze recht op:

- a. vergoeding van zorg volgens de wettelijke regeling die in dat land geldt op grond van de bepalingen van de EU- sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag;
- b. vergoeding van verzekerde zorg door een door ons gecontracteerde zorgaanbieder. Zie hiervoor artikel 15 van deze polisvoorwaarden;
- c. vergoeding van verzekerde zorg door een niet door ons gecontracteerde zorgaanbieder. U krijgt dezelfde vergoeding als wanneer u in Nederland naar een zorgaanbieder zou zijn gegaan met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten. Zie hiervoor artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

LID 4 WONEN/VERBLIJVEN IN BUITENLAND, MAAR NIET IN EU-/EER-LAND OF VERDRAGSLAND EN ZORG IN HET BUITENLAND

Als u buiten Nederland woont /verblijft in een land dat geen EU-/EER-land of verdragsland is, dan heeft u recht op een vergoeding van de kosten van verzekerde zorg door een zorgaanbieder buiten Nederland. U krijgt dezelfde door ons vastgestelde vergoeding als wanneer u in Nederland naar een zorgaanbieder zou zijn gegaan met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten. Zie hiervoor artikel 15 lid 3 van deze polisvoorwaarden.

Zorgverzekeringswet

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 tot en met 2025.

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.