

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

prof. dr. mr. A. de Ruijter, mr. L. Ritzema en mr. S.M.L.M. Schneiders-Spoor

Zaaknummer: 202500821

Partijen

A. te B., hierna te noemen: verzoekster,

en

- 1) Interpolis Zorgverzekeringen N.V. te Leiden, en
 - 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Leiden,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoekster heeft bij bericht van 28 juli 2025 aan de Ombudsman Zorgverzekeringen geschreven dat zij aanvullende bemiddeling wenst. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft besloten hiertoe niet over te gaan en aangeboden de zaak door te zetten naar de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie). Op 1 augustus 2025 heeft een intakegesprek plaatsgevonden, dat dezelfde dag per brief aan verzoekster is bevestigd, met de vraag het klachtgeld te betalen en aanvullende informatie op te sturen. Op 4 september 2025 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 1.2. Bij brief van 19 november 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 20 november 2025 aan verzoekster gestuurd.
- 1.3. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 17 december 2025 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gezonden.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoekster is tot op heden bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering Interpolis ZorgCompact (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering ZorgCompact Plus (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.
- 2.2. Een zorgaanbieder heeft bij de ziektekostenverzekeraar rechtstreeks een declaratie ingediend voor een radiologisch onderzoek ten behoeve van verzoekster op 24 januari 2024. De gedeclareerde kosten ten bedrage van € 46,34 zijn door de ziektekostenverzekeraar aan de zorgaanbieder voldaan en vervolgens ten laste gebracht van het verplicht eigen risico 2024 van verzoekster.
- 2.3. Verder heeft de zorgaanbieder op 6 maart 2025 een declaratie bij de ziektekostenverzekeraar ingediend voor een echografie (089070) met behandeldatum 5 februari 2025. Het betreft een declaratie voor een bedrag van € 99,13. De ziektekostenverzekeraar heeft deze declaratie aan de

zorgaanbieder vergoed en het bedrag is volledig ten laste van het verplicht eigen risico 2025 van verzoekster gekomen.

- 2.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissingen gevraagd. Bij brieven van 12 maart 2025 en 18 juni 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissingen handhaaft.

3. Standpunt verzoekster

- 3.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar de door de zorgaanbieder rechtstreeks in rekening gebrachte bedragen niet ten laste van het verplicht eigen risico 2024 en 2025 mag brengen.
- 3.2. Verzoekster heeft hiertoe in het klachtenformulier van 12 maart 2025 aangevoerd dat op grond van de artikelen 4a en 88 van de Zorgverzekeringswet de verwerking van declaraties van de zorgaanbieder uit januari 2024 en februari 2025 niet juist is verlopen. Uit een inzageverzoek bij zowel de zorgaanbieder als de huisarts is haar gebleken dat een afwijkend adres is geregistreerd door de zorgaanbieder. Volgens de zorgaanbieder is dit adres naar voren gekomen na een BSN-check, maar deze gegevens blijken onjuist en niet gecontroleerd te zijn. Daarbij stelt de zorgaanbieder dat de adresgegevens niet kunnen worden gecorrigeerd, wat verzoekster betwist. Deze afwijking heeft zij niet eerder kunnen constateren, aangezien de onderzoeksresultaten niet zichtbaar waren in haar online medisch dossier bij de huisarts. Bovendien heeft de huisarts geen afwijkend adres waargenomen in zijn administratie. Ondanks de foutieve adresregistratie heeft de ziektekostenverzekeraar de beide declaraties verwerkt. Volgens de ziektekostenverzekeraar wordt hierbij enkel een controle op het Burger Service Nummer (BSN) uitgevoerd, waarbij een adres kan afwijken als gevolg van een verhuizing. Dit acht verzoekster onjuist, omdat het BSN is gekoppeld aan de Basisregistratie Personen (BRP), wat betekent dat steeds een correct adres beschikbaar moet zijn en dit dient dan ook te worden gebruikt.
- 3.3. Ter zitting heeft verzoekster in aanvulling hierop nog aangevoerd dat het geschil niet de vraag betreft of de zorgaanbieder zorg mocht declareren. Het gaat ook niet om de medische inhoud van de verrichtingen. Het gaat om de zorgvuldigheid van de controle door de ziektekostenverzekeraar nadat door verzoekster concrete onregelmatigheden zijn gesignaleerd. De ziektekostenverzekeraar heeft twee declaraties van deze zorgaanbieder verwerkt, namelijk een radiologisch onderzoek met behandeldatum 24 januari 2024 (€ 46,34) en een echografie met behandeldatum 5 februari 2025 (€ 99,13). Beide declaraties zijn volledig ten laste van het eigen risico gebracht, bevatten medische verslaglegging en bevatten afwijkende adresgegevens die niet overeenkomen met de bij de ziektekostenverzekeraar bekende gegevens van verzoekster. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar hier gemotiveerd op gewezen en verzocht om nader onderzoek en toelichting. De ziektekostenverzekeraar heeft dit verzoek afgewezen en aangevoerd dat identificatie op basis van het BSN voldoende is. Op grond van de artikelen 86 en 87 Zvw speelt het BSN een centrale rol bij identificatie van de verzekerde. Tegelijkertijd geldt dat gegevensverwerking door zorgverzekeraars moet voldoen aan de beginselen van noodzakelijkheid, proportionaliteit en een zorgvuldige uitvoering. De ziektekostenverzekeraar erkent zelf dat nadere controle mogelijk is bij concrete aanwijzingen van onregelmatigheden. Verzoekster wil niet zeggen dat het BSN geen geldig identificatiemiddel is. De klacht is dat de ziektekostenverzekeraar afwijkende persoonsgegevens in medische verslaglegging volledig buiten beschouwing laat, deze afwijkingen niet beoordeelt als signaal van mogelijke onzorgvuldigheid en geen enkele inhoudelijke motivering geeft waarom geen nader onderzoek nodig zou zijn. Het BSN identificeert de verzekerde, maar verklaart niet waarom in medische verslaglegging afwijkende persoonsgegevens voorkomen. Juist bij diagnostische zorg zonder behandelrelatie, zoals bij deze zorgaanbieder, is de administratieve herleidbaarheid van de verrichting essentieel. Door concrete signalen van onregelmatigheid niet te wegen, een gemotiveerd verzoek om toelichting af te wijzen

zonder inhoudelijke beoordeling en te volstaan met een abstract beroep op het BSN, heeft de ziektekostenverzekeraar niet gehandeld zoals van een redelijk en zorgvuldig handelend zorgverzekeraar mag worden verwacht. Verzoekster vraagt nadrukkelijk niet om fraudevaststelling of medische detailcontrole, maar om een zorgvuldige, gemotiveerde beoordeling van gesignaleerde inconsistenties. Verzoekster verzoekt de commissie vast te stellen dat de ziektekostenverzekeraar in deze zaak onvoldoende zorgvuldig heeft gehandeld door, ondanks concrete aanwijzingen van onregelmatigheden in medische verslaglegging, geen nader onderzoek te verrichten en geen toereikende motivering te geven.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat hij niet onzorgvuldig heeft gehandeld, en dat verzoekster de in rekening gebrachte bedragen in verband met het verplicht eigen risico 2024 en 2025 aan hem is verschuldigd. Hij heeft hiertoe in de heroverweging van 12 maart 2025 aangevoerd dat hij de adresgegevens ontvangt van de gemeente, en deze zouden correct moeten zijn. Is dit niet het geval, dan kan verzoekster de gemeente verzoeken de adresgegevens aan te passen. Ingediende declaraties worden verwerkt aan de hand van het BSN van de verzekerde, en niet op basis van een adres. De reden hiervoor is dat iemand inmiddels verhuisd kan zijn.
- 4.2. In zijn brief aan de commissie van 19 november 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aanvullend verklaard dat hij op 8 februari 2024 een declaratie heeft ontvangen van de zorgaanbieder voor radiologisch onderzoek (089402) met behandeldatum 24 januari 2024. Het betrof een declaratie voor een bedrag van € 46,34. De ziektekostenverzekeraar heeft deze declaratie aan de zorgaanbieder vergoed, en het bedrag is volledig ten laste van het verplicht eigen risico 2024 van verzoekster gebracht.
Verder heeft de ziektekostenverzekeraar op 6 maart 2025 een declaratie ontvangen van de zorgaanbieder voor een echografie (089070) met behandeldatum 5 februari 2025. Het betrof een declaratie voor een bedrag van € 99,13. De ziektekostenverzekeraar heeft deze declaratie aan de zorgaanbieder vergoed en het bedrag is volledig voor rekening van het verplicht eigen risico 2025 van verzoekster gekomen.
- 4.3. Artikel 87 van de Zorgverzekeringswet en artikel 68a van de Wet marktordening gezondheidszorg verplichten zorgaanbieders om persoonsgegevens, waaronder gezondheidsgegevens, te verstrekken aan zorgverzekeraars als en voor zover dat noodzakelijk is voor de uitvoering van de verzekering of de wet. Deze regeling doorbreekt het medisch beroepsgeheim van de zorgaanbieders, maar uitsluitend voor zover dit noodzakelijk is voor de wettelijke controleplicht van de zorgverzekeraar. De verwerking van persoonsgegevens moet voldoen aan het noodzakelijkheidsvereiste (alleen gegevens die strikt noodzakelijk zijn voor de uitvoering van de wettelijke taken), proportionaliteit (niet meer gegevens dan nodig) en subsidiariteit (het minst ingrijpende middel kiezen). De Regeling zorgverzekering specificeert welke gegevens noodzakelijk zijn voor de uitvoering van de Zorgverzekeringswet. Dit betreft onder andere de prestatiebeschrijving van de geleverde zorg en gegevens die nodig zijn om vast te stellen of de prestatie tot het verzekerde pakket behoort. Diagnose-informatie hoeft niet altijd verplicht te worden verstrekt, afhankelijk van de uitwerking in de regeling en de belangenafweging. Door bovengenoemde wettelijke beperkingen kan een zorgverzekeraar declaraties slechts beperkt zorginhoudelijk toetsen. Detailcontrole, zoals inzage in het medisch dossier, is alleen toegestaan als ultimum remedium en bij concrete aanwijzingen van onrechtmatigheid of fraude. Zie ook de artikelen 1, eerste lid, sub u, en 7.8 van de Regeling zorgverzekering en het Protocol materiële controle dat hoort bij de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars.
- 4.4. In artikel 86 van de Zorgverzekeringswet is bepaald dat de zorgverzekeraar verplicht is het BSN van de verzekerde te registreren (lid 1 en 2) en dit uitsluitend te gebruiken ter identificatie van verzekerden (lid 3). Ook bij gegevensuitwisseling in het kader van de artikelen 88 en 89 van de

Zorgverzekeringswet moet - voor zover die andere personen en instanties daartoe bevoegd zijn - gebruik worden gemaakt van het BSN ter identificatie (lid 4). In aanvulling daarop is in artikel 188 van de Zorgverzekeringswet geregeld dat de zorgaanbieder wettelijk verplicht is het BSN op de declaratie te vermelden. Op deze wijze speelt het BSN dus een centrale rol bij de identificatie bij een declaratie: door het BSN te vermelden kan de zorgverzekeraar bij controle de identiteit van de verzekerde eenduidig vaststellen. Een adres is een veel minder nauwkeurig kenmerk om daar een verzekerde mee te kunnen identificeren. Een verzekerde kan immers verhuisd zijn in de periode tussen de behandeling en de declaratie door de zorgaanbieder bij de ziektekostenverzekeraar. Daar kunnen immers maanden tussen zitten. Het controleren op adresgegevens bij een declaratie voldoet dan ook niet aan het noodzakelijkheidsvereiste en het proportionaliteitsvereiste. De ziektekostenverzekeraar stelt zich op het standpunt dat hij juist en zorgvuldig heeft gehandeld door in het geval van verzoekster bij de declaratie van de zorgaanbieder uitsluitend op basis van haar BSN te identificeren.

- 4.5. Verzoekster doet voor het controleren van adresgegevens bij een declaratie een beroep op de artikelen 4a en 88 van de Zorgverzekeringswet. Artikel 4a is echter niet relevant voor declaraties, omdat deze bepaling ziet op de plicht tot het sluiten van een zorgverzekering. Iedereen die in Nederland woont of werkt is verplicht een zorgverzekering af te sluiten, de zogeheten verzekeringsplicht (artikel 2 van de Zorgverzekeringswet). Tegenover deze verzekeringsplicht voor personen, staat de acceptatieplicht van zorgverzekeraars. De zorgverzekeraars zijn verplicht om alle verzekeringsplichtigen die zich bij hen aanmelden te accepteren en een zorgverzekering aan te bieden (artikel 3). Artikel 4a van de Zorgverzekeringswet ziet op deze acceptatieplicht van de zorgverzekeraar. Bij aanmelding voor een zorgverzekering moet iemand ofwel een geldig BRP-adres hebben, om aan te tonen dat hij of zij in Nederland woont (leden 1 en 2), ofwel met een werkgeversverklaring of loonstrook aantonen dat er verzekeringsplicht bestaat omdat er in Nederland wordt gewerkt (lid 3, onder a). Genoemd artikel 4a ziet dus uitsluitend op de aanmeldsituatie, waarin iemand nog geen zorgverzekering heeft, maar die wel wil aanvragen bij de zorgverzekeraar. In die situatie is een geldig BRP-adres van belang omdat daarmee de verzekeringsplicht van de aspirant-verzekerde en daarmee ook de acceptatieplicht van de zorgverzekeraar kan worden vastgesteld. Als de verzekeringsplicht eenmaal is vastgesteld en de zorgverzekering is afgesloten, is de verzekeringsplicht een vaststaand gegeven. Voor het verwerken van een declaratie is een overeenkomend BRP-adres niet noodzakelijk. Artikel 88 van de Zorgverzekeringswet geeft een algemene verplichting tot verstrekking van informatie, waaronder persoonsgegevens aan de in het eerste lid genoemde zorgverzekeraars en instanties, voor zover die informatie noodzakelijk is voor de uitvoering van de zorgverzekering of van deze wet. Als gezegd, is in artikel 86, vierde lid, van de Zorgverzekeringswet uitdrukkelijk bepaald dat bij gegevensuitwisseling op basis van artikel 88 gebruik moet worden gemaakt van het BSN ter identificatie van een verzekerde. Artikel 88 van de Zorgverzekeringswet geeft dan ook geen grondslag voor identificatie van verzekerden aan de hand van adresgegevens.
- 4.6. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop nog aangevoerd dat verzoekster niet ontkent dat er een behandeling is geweest. Het gaat erom dat de zorgaanbieder het verkeerde adres en een verkeerde knie heeft genoemd. Dit verandert het standpunt van de ziektekostenverzekeraar niet. De ziektekostenverzekeraar krijgt maar beperkt medische gegevens mee. Met een declaratie komen eigenlijk alleen noodzakelijke gegevens mee die nodig zijn om de declaratie te verwerken. Als het niet nodig is voor de vergoeding van de zorg worden geen medische gegevens vermeld. Ook als wordt verwezen naar een verkeerd been, hoewel onzorgvuldig, maakt dit nog niet dat geen zorg werd verleend. Ook het vermelden van een verkeerd adres leidt hier niet toe. Aan de hand van de BSN kan worden vastgesteld dat het gaat om een bepaalde verzekerde met een bepaalde polis. Vast staat dat er een behandeling heeft plaatsgevonden waarbij recht bestaat op vergoeding. Dat er onzorgvuldigheden zijn geweest maakt nog niet dat er geen zorg is geweest of dat de verkeerde zorg is gedeclareerd. Er is geen

vermoeden van onrechtmatige zorg die zou zijn vergoed. In die zin zijn er voor de ziektekostenverzekeraar geen concrete aanwijzingen dat sprake is van onrechtmatige zorg.

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.18 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) over het verplicht eigen risico zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Zorgverzekering

- 6.2. Voor de jaren 2024 en 2025 geldt een verplicht eigen risico van € 385,- per jaar. Hieronder valt ook medisch-specialistische zorg. Ten tijde van het contact met de zorgaanbieder in deze beide jaren was dit eigen risico door verzoekster nog niet geheel 'vol gemaakt'. Verzoekster heeft van de ziektekostenverzekeraar meerdere nota's ontvangen ter zake van het verplicht eigen risico 2024 en 2025. Het is niet betwist, en staat daarmee vast, dat verzoekster de juiste medisch-specialistische zorg heeft genoten, waarop deze nota's zien. Hieraan doet niet af dat daarop een verkeerde knie werd vermeld en een onjuist adres. De zorgaanbieder heeft de nota's rechtstreeks gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar, die deze heeft voldaan. Verzoekster is evenwel van mening dat de kosten van zorg niet in rekening hadden mogen worden gebracht. Zo zijn door de zorgaanbieder fouten gemaakt op de nota's en dit had de ziektekostenverzekeraar volgens haar moeten controleren.
- 6.3. De commissie stelt voorop dat zij niet bevoegd is te oordelen over de juistheid van de door de zorgaanbieder ingediende declaraties. Omdat de zorgaanbieder rechtstreeks bij de ziektekostenverzekeraar heeft gedeclareerd, heeft verzoekster niet vooraf inzage gehad in de nota's en heeft zij niet de mogelijkheid gehad hierover het gesprek aan te gaan en betaling te weigeren. De financiële consequenties komen - in de vorm van het verplicht eigen risico 2024 en 2025 - echter wel voor haar rekening nu het eigen risico in 2024 en 2025 nog niet was 'vol gemaakt'. De vraag die ter beantwoording voorligt, is daarom of de ziektekostenverzekeraar betaling van de nota's aan de zorgaanbieder had moeten weigeren dan wel bij de zorgaanbieder had moeten aandringen op correctie.
- 6.4. De commissie overweegt dat het feit dat de zorgaanbieder een verkeerd adres heeft vermeld niet maakt dat deze daarom niet voor de door hem verleende zorg zou moeten worden betaald. Deze betalingsverplichting volgt uit artikel 7:461 BW. Dat door de zorgaanbieder rechtstreeks bij de ziektekostenverzekeraar kan worden gedeclareerd doet hieraan niet af. Zie in dit verband het arrest Famed/Kreikamp q.q. van de Hoge Raad (ECLI:NL:HR:2017:2901). De ziektekostenverzekeraar heeft bovendien toegelicht dat hij een declaratie afhandelt op basis van het BSN van een verzekerde, en daarbij niet kijkt naar het woonadres, omdat dit intussen kan zijn gewijzigd. Deze procedure komt de commissie juist voor, aangezien het vanwege de DBC-systematiek maanden kan duren voordat een zorgaanbieder een nota verstuurt, en in die tijd wel het woonadres, maar niet het BSN kan zijn veranderd. De verwijzing, door verzoekster, naar de artikelen 4a en 88 Zvw treft geen doel, nu deze bepalingen geen betrekking hebben op de inrichting en verwerking van declaraties. De kosten van de genoten medisch-specialistische zorg zijn door

de ziektekostenverzekeraar terecht ten laste van het verplicht eigen risico 2024 en 2025 van verzoekster gebracht. Ook de vermelding op de declaratie van de foute knie is geen reden om de verleende zorg niet aan de zorgaanbieder te betalen nu niet in het geding is dat de zorg door de zorgaanbieder werd verleend. Er was daarom ook geen aanleiding voor de ziektekostenverzekeraar om nader onderzoek te doen.

Slotsom

6.5. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 2 januari 2026,

L. Ritzema

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. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering
3. Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering

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 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.

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.

Basisverzekering ZorgCompact en aanvullende verzekering

Verplicht eigen risico

De basisverzekering kent voor iedereen van 18 jaar en ouder een verplicht eigen risico. Het verplicht eigen risico voor 2025 is door de overheid vastgesteld op € 385,-. U betaalt geen eigen risico voor:

- zorg die wordt vergoed vanuit uw aanvullende verzekering;
- zorg van een huisarts;
- zorg voor kinderen tot 18 jaar;
- bruikleenartikelen met uitzondering van onderhouds- en gebruikskosten;
- kraamzorg en verloskundige hulp (u betaalt wel eigen risico voor: geneesmiddelen, bloeddrukonderzoeken of ziekenvervoer);
- ketenzorg;
- nacontrole van de donor;
- de kosten van het vervoer van de donor als de donor deze vergoed krijgt via de eigen basisverzekering;
- de kosten van verpleging en verzorging in de eigen omgeving;
- gecombineerde leefstijlinterventie.

In artikel [A.6 Wat is uw verplicht eigen risico?](#) leest u meer over het verplicht eigen risico.

Vrijwillig gekozen eigen risico

Naast het verplicht eigen risico kunt u kiezen voor een vrijwillig eigen risico. Dit betekent dat u uw eigen risico kunt verhogen met € 500,-. Uw premie voor de basisverzekering wordt hierdoor lager. In artikel [A.7 Wat is een vrijwillig gekozen eigen risico?](#) leest u meer over het vrijwillig gekozen eigen risico.