

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(mr. H.A.J. Kroon, mr. L. Ritzema en mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs)

Zaaknummer: 202202387

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

en

- 1) OHRA Zorgverzekeringen N.V. te Tilburg,
 - 2) OWM CZ groep U.A. te Tilburg,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Samenvatting

- 1.1. Verzoeker heeft de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden (i) inzage te geven in de van de zorgaanbieder(s) afkomstige declaraties of declaratiebestanden, (ii) af te zien van het afronden van declaraties, afkomstig van de zorgaanbieders, en (iii) de in verband met de onderhavige procedure gemaakte kosten aan hem te vergoeden.
De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat (i) verzoeker in de 'MijnOmgeving' alle gedeclareerde en vergoede bedragen kan controleren, waarmee is voldaan aan de wettelijke verplichtingen, (ii) van zorgaanbieders ontvangen declaraties via het geautomatiseerde systeem worden verwerkt, waarbij eventuele verschillen tot 5 cent kunnen worden afgerond, terwijl bij grotere verschillen wordt vergoed op basis van het overeengekomen tarief, zodat het verzoek moet worden afgewezen en (iii) een kostenvergoeding niet aan de orde is.
- 1.2. De commissie overweegt dat als uitgangspunt heeft te gelden dat een verzekeringnemer of verzekerde een te respecteren belang heeft waar het gaat om inzicht in de - al dan niet rechtstreeks door zorgaanbieders - ter declaratie ingediende nota's en de verwerking hiervan door de verzekeraar. In de onderhavige zaak is door verzoeker gesteld dat hij meermaals afwijkingen - naar boven en naar beneden - heeft geconstateerd tussen de door de zorgaanbieders gedeclareerde en de door de ziektekostenverzekeraar vergoede / met het eigen risico verrekende bedragen. Het argument dat hij daarvoor aandraagt is dat de apotheek hem heeft meegedeeld dat de op de medicijnadoosjes vermelde bedragen ook daadwerkelijk zijn gedeclareerd. De commissie constateert dat van de drie door verzoeker genoemde declaraties er één inderdaad een afwijking van 1 cent vertoont. Gelet op artikel 17 van Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (TH/NR-017) van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) is de commissie van oordeel dat in een situatie als de onderhavige mag worden aangenomen dat de bedragen die als "gedeclareerde kosten" zijn vermeld in de 'MijnOmgeving', op de papieren kostenoverzichten, en in de brieven over het verloop van het eigen risico in beginsel voor juist moeten worden gehouden. Zoals door de ziektekostenverzekeraar is toegelicht, gaat het hierbij om de door de apotheek rechtstreeks via Vecozo gedeclareerde en vervolgens aan de betrokken verzekerden toegerekende kosten.
Een en ander neemt niet weg dat een verzekerde informatie kan hebben waaruit blijkt dat er inderdaad een ander bedrag is gedeclareerd. In dit geval bestaat die informatie uit niet meer dan een mededeling van algemene aard door de apotheker. Dat is onvoldoende om aan te nemen dat

door de apotheek € 9,21 werd gedeclareerd en dat de ziektekostenverzekeraar dit eigenmachtig heeft gewijzigd in € 9,22. Daarbij weegt, gelet op het minimale verschil van 1 cent weegt, het financiële belang van verzoeker in redelijkheid niet op tegen de door de ziektekostenverzekeraar te maken kosten voor verder onderzoek naar de declaratie via Vecozo.

Van afronding van bedragen of het accepteren, door de ziektekostenverzekeraar, van een foutmarge - zoals door verzoeker gesteld - waardoor hij mogelijk financieel wordt benadeeld, is geen sprake. Het verzoek wordt daarom afgewezen.

- 1.3. Hierna wordt het verloop van de procedure geschetst, daarna volgen de vaststaande feiten en wordt ingegaan op de bevoegdheid van de commissie. Nadat de standpunten van partijen kort zijn weergegeven volgt de beoordeling, en uiteindelijk de uitspraak.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoeker heeft bij e-mailbericht van 17 augustus 2023 de commissie gevraagd een uitspraak te doen. Op 6 september 2023 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 2.2. Bij brief van 17 oktober 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is, eveneens op 17 oktober 2023, aan verzoeker gestuurd. Bij e-mailberichten van 11 en 17 december 2023 heeft verzoeker de commissie aanvullende stukken gestuurd. Afschriften hiervan zijn aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 2.3. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 20 december 2023 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.4. Na afloop van de hoorzitting heeft de commissie de ziektekostenverzekeraar verzocht duidelijkheid te verschaffen over:
 - (i) het verschil tussen de kostenoverzichten die verzoeker per post krijgt en de overzichten die zichtbaar zijn in de 'MijnOmgeving', en
 - (ii) of het mogelijk is dat verzoeker inzage krijgt in de door de zorgaanbieders ingediende declaraties. Indien dit laatste niet mogelijk is, dient de ziektekostenverzekeraar toe te lichten waarom dit niet mogelijk is.
 Bij brief van 10 januari 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar geantwoord. Een afschrift hiervan is aan verzoeker gestuurd, die daarbij in de gelegenheid is gesteld te reageren. Bij e-mailbericht van 30 januari 2024 heeft verzoeker van de geboden mogelijkheid gebruik gemaakt. Een kopie van deze reactie is ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker is tot op heden bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de OHRA Zorgverzekering Combinatie (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen OHRA Uitgebreid en OHRA Gezond (hierna tezamen: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Verzoeker heeft op enig moment in 2021 contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar. Deze heeft hem bij brief van 14 oktober 2021 geantwoord. Op 20 december 2021 heeft verzoeker de woordvoerder van de ziektekostenverzekeraar benaderd, waarbij het - wederom - ging over de transparantie van door de zorgaanbieders gedeclareerde, en door de ziektekostenverzekeraar vergoede, zorgkosten. Bij brief van 31 januari 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar hierop gereageerd. Op 25 februari 2022 heeft verzoeker de ziektekostenverzekeraar gebeld over het eerder genoemde onderwerp. Bij brief van 28 februari 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar geantwoord. In vervolg hierop heeft verzoeker verzocht om toezending van stukken. Bij brief van 16 juni 2022 stuurde de ziektekostenverzekeraar hem een kostenoverzicht. Hierna heeft verzoeker zich, bij klachtenformulier van 29 december 2022, gewend tot de Stichting Klachten en Geschillen

Zorgverzekeringen. De daaropvolgende bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen leidde niet tot een oplossing.

4. Standpunt verzoeker

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden:
- (i) inzage te geven in de van de zorgaanbieder(s) afkomstige declaraties of declaratiebestanden,
 - (ii) af te zien van het afronden van declaraties, afkomstig van de zorgaanbieders, en
 - (iii) de in verband met de onderhavige procedure gemaakte kosten aan hem te vergoeden.
- 4.2. Onder verwijzing naar de artikelen 9.1 en 9.2 van de Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten TH/NR-022 van de NZa, stelt verzoeker dat hij met de ziektekostenverzekeraar van mening verschilt over de gegevens die laatstgenoemde hem desgevraagd moet verstrekken. Verzoeker constateert dat zorgaanbieders soms afwijkende bedragen declareren, waarbij het geschil zich toespitst op enkele apotheeknota's. Bij navraag bij de apotheek is aan verzoeker meegedeeld dat deze de op de medicijnadoosjes vermelde bedragen declareert bij de ziektekostenverzekeraar. In het kostenoverzicht worden echter andere bedragen genoemd. Voor zover deze laatste hoger zijn, dienen de daadwerkelijke kosten als uitgangspunt te worden genomen, aangezien verzoeker geen bemoeienis heeft met de afspraken die de ziektekostenverzekeraar maakt met zorgaanbieders. Verzoeker meent dat de door betrokken partijen verstrekte informatie transparant en vergelijkbaar dient te zijn. Apotheker en ziektekostenverzekeraar zouden hetzelfde antwoord moeten geven. Verzoeker heeft niet het vertrouwen dat in alle gevallen juist wordt gedeclareerd door de zorgaanbieders dan wel dat door de ziektekostenverzekeraar niet altijd het juiste bedrag wordt vergoed. Dit zorgt voor het ongecontroleerd verder oplopen van de zorgkosten en werkt fraude in de hand.
- 4.3. Volgens de ziektekostenverzekeraar is het niet mogelijk verzoeker kopieën van nota's van zorgaanbieders te sturen. Uit een e-mailbericht van de NZa van 13 maart 2023 concludeert verzoeker dat hem in dat geval een kopie van het originele declaratiebestand moet worden gestuurd. Volgens verzoeker rust de bewijslast bij de ziektekostenverzekeraar. Hij tekent hierbij aan dat hij als verzekerde wél verplicht is originele nota's over te leggen. Kennelijk wordt dus met twee maten gemeten.
- Iets anders is dat de ziektekostenverzekeraar bij nota's van zorgaanbieders afwijkingen tot 5 cent accepteert. Verzoeker merkt op dat afronden alleen aan de orde is bij contante betaling, en voorts dat hij de ziektekostenverzekeraar hiervoor nooit toestemming heeft gegeven. Daarbij is de vraag aan wie het voordeel toevalt of bij wie het nadeel in rekening wordt gebracht. Dat ook de NZa bij deze werkwijze bedenkingen heeft blijkt uit een overgelegd e-mailbericht van 10 mei 2023. Door de ziektekostenverzekeraar wordt telkens verwezen naar de 'MijnOmgeving'. Verzoeker maakt hiervan geen gebruik. Daarbij is voor hem niet controleerbaar of de daar vermelde bedragen daadwerkelijk zijn gedeclareerd en vergoed. Iedere medewerker met toegang kan hier immers willekeurige bedragen intypen.
- Gelet op het voorgaande acht verzoeker zich niet verplicht het wettelijk eigen risico te betalen. Omdat de ziektekostenverzekeraar niet bereid is gebleken een gesprek over het onderwerp te faciliteren, vordert verzoeker tevens vergoeding van de door hem, in het kader van deze procedure, gemaakte kosten.
- 4.4. Ter zitting heeft verzoeker in aanvulling hierop aangevoerd dat in het digitale verkeer niet wordt gewerkt met afrondingen. Alleen bij contante betalingen wordt gewerkt met afrondingen; in alle andere situaties moet er exact worden betaald wat op de factuur staat vermeld. Verzoeker heeft gemerkt dat er verschillen zitten tussen wat door de zorgaanbieder wordt gedeclareerd en door de ziektekostenverzekeraar wordt vergoed. Doordat geen inzicht bestaat in de kosten, kan een verzekerde onmogelijk controleren of de door de zorgaanbieder gedeclareerde bedragen juist zijn. Via via heeft verzoeker vernomen dat in de 'MijnOmgeving' meer informatie beschikbaar is, maar hier wil verzoeker om principiële redenen geen gebruik van maken. Het belangrijkste

punt is dat het niet gaat om de enkele declaraties van de apotheek, maar om het hele systeem. Verzoeker wil graag inzicht in de bedragen die door de zorgaanbieders worden gedeclareerd. Tot op heden wordt hier door zowel de zorgaanbieders als de ziektekostenverzekeraar geen inzage in gegeven.

- 4.5. In reactie op de brief van de ziektekostenverzekeraar van 10 januari 2024 stelt verzoeker dat hij geen meerwaarde ziet in gebruik van de 'MijnOmgeving'. Dit omdat de 'MijnOmgeving', zoals de ziektekostenverzekeraar ook zelf toegeeft, niet significant meer informatie bevat dan de papieren kostenoverzichten. Daar komt bij dat de ziektekostenverzekeraar allerlei redenen aanvoert waardoor het niet mogelijk is inzage te krijgen in de daadwerkelijke declaraties die worden ingediend. Deze redenen zijn alleen bedacht om het declaratieproces voor de ziektekostenverzekeraar te vereenvoudigen. Deze vereenvoudiging leidt er echter toe dat een verzekerde de ingediende declaraties niet meer kan controleren. Indien de commissie met de uitleg van de ziektekostenverzekeraar meegaat, ontstaat er een situatie waarin de ziektekostenverzekeraar op geen enkele manier meer wordt gecontroleerd.

5. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat hij heeft voldaan aan de op hem rustende wettelijke verplichtingen. Verzoeker kan in de beveiligde 'MijnOmgeving' op detailniveau nagaan welke kosten door zorgaanbieders zijn gedeclareerd en welke bedragen door de ziektekostenverzekeraar zijn vergoed. Dat verzoeker van die mogelijkheid geen gebruik wenst te maken is zijn keuze. Hierbij verwijst de ziektekostenverzekeraar naar bladzijde 4 van de verzekeringsvoorwaarden. Door de verzekeringsovereenkomst aan te gaan heeft verzoeker ingestemd met deze werkwijze.
- Desgevraagd is aan verzoeker een kostenoverzicht gestuurd. Een dergelijk overzicht kan periodiek worden opgevraagd, maar is minder gedetailleerd dan de informatie in de 'MijnOmgeving'. Indien het eigen risico of een eigen bijdrage wordt verrekend, ontvangt betrokkene daarvan apart bericht.
- De ziektekostenverzekeraar stelt dat toezending van kopieën van nota's niet mogelijk is, omdat de gecontracteerde zorgaanbieders veelal door middel van batch bestanden en/of datatapes declareren.
- Volgens de ziektekostenverzekeraar komen de door de apotheek gedeclareerde bedragen overeen met de bedragen die zijn vergoed. Waarom de op de medicijndoosjes vermelde prijzen afwijken, kan hij niet verklaren. Verzoeker kan dit navragen bij de apotheek, maar hierbij merkt de ziektekostenverzekeraar op dat de prijzen op de doosjes voor hem niet relevant zijn.
- Met betrekking tot het verloop van het eigen risico tekent de ziektekostenverzekeraar nog aan dat de afwijking gering is, en dat ook indien wordt uitgegaan van de op de doosjes vermelde prijzen, het verplicht eigen risico wordt vol gemaakt. Verzoeker is daarom gehouden dit te voldoen. Bij de geautomatiseerde verwerking van nota's worden eventuele afrondingsverschillen tot 5 cent geaccepteerd. Is het verschil groter, dan wordt vergoed op basis van het met de zorgaanbieder overeengekomen tarief. In zijn brief van 29 maart 2023 stelt de ziektekostenverzekeraar dat de in het kostenoverzicht opgenomen bedragen *altijd* conform de gemaakte tariefafspraken zijn.
- 5.2. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop aangevoerd dat hij heeft uitgezocht waarom er soms verschillen zitten tussen de prijs op het doosje geneesmiddelen en het bedrag dat door hem wordt vergoed. De uitkomst hiervan is dat het verschil wordt veroorzaakt doordat wordt gewerkt met afrondingen. Dit is gelet op de kosten van verpakkingsmaterialen, hoeveelheden, prijsafspraken en BTW niet te voorkomen. Zou niet met afrondingen worden gewerkt dan zou het declaratieverwerkingssysteem van de ziektekostenverzekeraar de declaratie weigeren omdat de bedragen niet exact overeenkomen. Uiteindelijk worden de bedragen rechtgetrokken zodat de verzekerde niet meer betaalt dan in rekening mag worden gebracht.
- 5.3. In vervolg op de hoorzitting heeft de ziektekostenverzekeraar onderzoek gedaan naar de informatie die beschikbaar is via de 'MijnOmgeving' en de informatie die staat vermeld op de papieren kostenoverzichten, zoals verzoeker die ontvangt. Hierbij is gebleken dat op de papieren

kostenoverzichten een tweetal zaken ontbreekt. Dit betreft het aantal van de verrichting (dus in geval van een apotheeknota het aantal tabletten) en de verwijzer. Indien gewenst, kan voor verzoeker in voorkomend geval bij een papieren kostenoverzicht de ontbrekende informatie worden toegevoegd.

Voor zover verzoeker inzage wil hebben in de directe declaraties door de zorgaanbieders geldt dat dit niet mogelijk is. Dit omdat zorgaanbieders met een verzamelnota via Vecozo declareren. In dit geautomatiseerde systeem vinden allerlei controles en checks plaats ter voorkoming van fraude en onterechte betalingen. Zodra de verzamelnota is uitgesplitst per verzekerde kan verzoeker de informatie terugvinden in de 'MijnOmgeving'.

6. Bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel A.22 van de voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 6.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

7. Beoordeling

- 7.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over het eigen risico, en die uit de Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten TH/NR-017 en TH/NR-022, alsmede die uit de Regeling transparantie zorgaanbieders TH/NR-018 van de NZa, 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.
- 7.2. De commissie overweegt dat als uitgangspunt heeft te gelden dat een verzekeringnemer of verzekerde een te respecteren belang heeft waar het gaat om inzicht in de - al dan niet rechtstreeks door zorgaanbieders - ter declaratie ingediende nota's en de verwerking hiervan door de verzekeraar. Met betrekking tot de zorgverzekering is dat belang er vanwege een eventueel te verrekenen eigen risico, een verschuldigde eigen bijdrage of zorgkosten die voor eigen rekening blijven, bijvoorbeeld omdat gebruik is gemaakt van een niet gecontracteerde zorgaanbieder. Ook in het kader van een aanvullende verzekering kan er een belang zijn. Te denken valt aan de situatie dat sprake is van een gemaximeerde of percentuele vergoeding of het geval dat de verzekeraar kosten voorschiet om deze nadien (gedeeltelijk) te verhalen op de verzekeringnemer of verzekerde.
- 7.3. In de onderhavige zaak is door verzoeker gesteld dat hij meermaals afwijkingen - naar boven en naar beneden - heeft geconstateerd tussen de door de zorgaanbieders gedeclareerde en de door de ziektekostenverzekeraar vergoede / met het eigen risico verrekenende bedragen. In de procedure zijn door verzoeker drie apotheeknota's concreet benoemd.
De eerste betreft de aflevering op 10 september 2021 door Apotheek Nieuwland van 'Perindopril tert-butylamine Glenmark tablet 4 mg incl. terhandstelling'. Vergoed zou zijn € 9,22, terwijl op het doosje € 9,21 is vermeld.
De tweede nota is afkomstig van een andere apotheek en ziet op de aflevering op 18 juli 2022 van 'Amoxi/clav 1a Pharma tablet filmomhuld 500/125 mg'. Vergoed zou zijn € 2,54, terwijl volgens informatie van de apotheek - naar de commissie aanneemt niet de afleverende apotheek, maar Apotheek Nieuwland - de kosten € 2,66 bedragen.
De derde nota heeft betrekking op de aflevering door Apotheek Nieuwland, op 1 juli 2022, van 'Ozempic 0,25 inj vst 1,34 mg/ml pen 1,5 ml + toebeh.'. Vergoed zou zijn € 89,25, welk bedrag lager zou zijn dan volgens opgave van genoemde apotheek. Verzoeker noemt dit lagere bedrag evenwel niet.

- 7.4. Verzoeker heeft zijn twijfels geuit over de volgens de ziektekostenverzekeraar vergoede bedragen van € 9,22, € 2,54 en € 89,25. Het argument dat hij daarvoor aandraagt is dat de apotheek hem heeft meegedeeld dat de op de medicijndoosjes vermelde bedragen ook daadwerkelijk zijn gedeclareerd. Voor twee van de drie nota's snijdt het argument van verzoeker geen hout. Op 18 juli 2022 vond de aflevering namelijk niet plaats door Apotheek Nieuwland en ten aanzien van het door deze apotheek op 1 juli 2022 ter hand gestelde geneesmiddel heeft verzoeker de enkele stelling betrokken dat het vergoede / met het eigen risico verrekende bedrag lager is, zonder hiervan enige onderbouwing te leveren. Hieruit volgt dat het geschil beperkt blijft tot de aflevering op 10 september 2021, waarbij - volgens verzoeker - 1 cent teveel in rekening is gebracht. Laatstgenoemde stelt dat het aan de ziektekostenverzekeraar is te bewijzen dat € 9,22 is gedeclareerd door de apotheek (en niet € 9,21) en aan deze zorgaanbieder is vergoed. Onder verwijzing naar een e-mailbericht van de NZa voert verzoeker aan dat de ziektekostenverzekeraar daartoe de originele factuur of een kopie van het originele declaratiebestand over moet leggen.
- 7.5. Ten aanzien van deze laatste stelling overweegt de commissie dat de NZa bepaalde verplichtingen heeft neergelegd bij de zorgaanbieders en bij de verzekeraars. In het e-mailbericht van 13 maart 2023 wordt dit ook duidelijk uiteengezet. Voor zover het de zorgaanbieder - in dit geval de apotheek - betreft, wordt verwezen naar artikel 4 van de Regeling transparantie zorgaanbieders TH/NR-018. Op grond van deze bepaling kan verzoeker bij de apotheek informatie verkrijgen over de tarieven. Of door de apotheek aan verzoeker al dan niet de juiste informatie is verstrekt, dat wil zeggen: over het bedrag dat door de apotheek *daadwerkelijk* bij de ziektekostenverzekeraar is gedeclareerd (en dat hoeft niet het op het doosje vermelde bedrag van € 9,21 te zijn), moet in het midden blijven, nu de apotheek geen partij is in deze procedure. Iets anders is de verplichting die op de ziektekostenverzekeraar rust op grond van de Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten TH/NR-022. Deze versie is overigens geldig vanaf 1 april 2022. Voordien was TH/NR-017 van toepassing. Op grond van deze regelingen bestaat voor de verzekeraar een algemene informatieplicht (artikel 4 e.v.), en een specifieke verplichting ten aanzien van het verloop van het eigen risico (artikel 17.3, onder e). Omdat verzoeker het in rekening gebrachte eigen risico 2021 niet wenst te voldoen, spitst de kwestie zich toe op artikel 17.3, waar onder e is vermeld "bedrag gedeclareerde kosten". De commissie is van oordeel dat in een situatie als de onderhavige mag worden aangenomen dat de bedragen die als "gedeclareerde kosten" zijn vermeld in de 'MijnOmgeving', op de papieren kostenoverzichten en in de brieven over het verloop van het eigen risico, voor juist moeten worden gehouden. Zoals de ziektekostenverzekeraar heeft toegelicht, betreft het in dit geval door de apotheek via Vecozo rechtstreeks gedeclareerde kosten, uitgesplitst per verzekerde. Dat verzoeker de desbetreffende geneesmiddelen inderdaad ter hand gesteld heeft gekregen vormt hierbij geen onderwerp van geschil.
- 7.6. Het voorgaande neemt niet weg dat een verzekeringnemer of verzekerde de beschikking kan hebben over informatie van de zorgaanbieder, waaruit blijkt dat het bedrag dat de verzekeraar als "gedeclareerde kosten" heeft opgegeven niet juist is. In dat geval ligt het - zoals verzoeker terecht stelt - op de weg van de verzekeraar aan te tonen welk bedrag daadwerkelijk door die zorgaanbieder is gedeclareerd, en daartoe is een kopie van het originele declaratiebestand het meest overtuigend. Die situatie - waarop de NZa lijkt te doelen in het mailbericht aan verzoeker - is hier echter niet aan de orde. In de eerste plaats omdat de apotheker alleen in algemene zin heeft verklaard dat de op de medicijndoosjes vermelde bedragen altijd worden gedeclareerd, hetgeen onvoldoende is om te concluderen dat door de apotheek via Vecozo (dus) € 9,21 is gedeclareerd en dat de ziektekostenverzekeraar dit bedrag eigenmachtig heeft veranderd in € 9,22. Daarnaast betreft het hier een verschil van slechts 1 cent. Bij een dergelijk klein bedrag weegt het financiële belang van verzoeker in redelijkheid niet op tegen de door de ziektekostenverzekeraar te maken kosten van verder onderzoek naar de originele declaratie via Vecozo. Dit leidt ertoe dat het eerste onderdeel van het verzoek moet worden afgewezen.
- 7.7. Met betrekking tot het tweede onderdeel van het verzoek, komt het de commissie voor dat gaat om een misverstand. Er is feitelijk geen sprake van afronding van bedragen

door de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar heeft bedoeld aan te geven dat een bepaalde foutmarge van plus of min 5 cent door hem wordt geaccepteerd bij de geautomatiseerde verwerking van de declaraties van zorgaanbieders. Daarbij heeft de ziektekostenverzekeraar in zijn brief van 29 maart 2023 verklaard dat de in het kostenoverzicht opgenomen bedragen *altijd* conform de gemaakte tariefafspraken zijn, hetgeen door verzoeker niet is weersproken.

Overigens is in casu noch een afronding noch een foutmarge aan de orde, nu de apotheek en de ziektekostenverzekeraar uitgaan van verschillende gedeclareerde bedragen, te weten € 9,21 respectievelijk € 9,22. Zoals hiervoor is geconcludeerd, zijn er geen aanwijzingen dat dit verschil is ontstaan door een op initiatief van de ziektekostenverzekeraar toegepaste verhoging met 1 cent. De commissie kan de NZa volgen waar deze instantie in het e-mailbericht van 10 mei 2023 aan verzoeker schrijft: "Het komt inderdaad vreemd over dat er afrondingsverschillen worden gebruikt die u als patiënt moet betalen", maar dat is hier dus niet aan de orde.

- 7.8. De commissie waardeert het dat verzoeker zich inspannt om fraude en het ongecontroleerd oplopen van zorgkosten te voorkomen door kritisch te zijn ten opzichte van zorgaanbieders en de ziektekostenverzekeraar. Echter, hetgeen hij heeft aangevoerd kan niet ertoe leiden dat zijn verzoek - gedeeltelijk - wordt toegewezen. Dit betekent dat er evenmin een feitelijke of een rechtsgrond is om te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar de door verzoeker, in verband met deze procedure gemaakte kosten, moet vergoeden. Ook het derde onderdeel van het verzoek wordt daarom afgewezen.

Slotsom

- 7.9. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. **Bindend advies**

- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 4 maart 2024,

H.A.J. Kroon

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 sprake is van ernstige gebreken. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

hierbij gelden.

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 of diagnostisch) onderzoek dat niet door de huisarts is gedaan en ook niet door hem in rekening is gebracht.
3. De kosten van zorg voor 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.). Het gaat hierbij om zorg die verband houdt met de orgaantransplantatie.
 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, demantie, 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.

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 2021. Van 23 september 2021 tot en met 31 december 2021 is 100 dagen. 2021 is geen schrikkeljaar en kent dus 365 dagen. Uw verplicht eigen risico wordt dan:

- € 385,- : 365 = € 1,0547 eigen risico per dag
- € 1,0547 x 100 dagen = € 105,47 eigen risico dat jaar (niet afgerond)
- € 105,47 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 aangesloten 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 2021 t/m 30 juni 2021; dit zijn 181 dagen. U hebt dan alleen het verplichte eigen risico van € 385,-.

Uw tweede zorgverzekering loopt van 1 juli 2021 t/m 31 december 2021 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,- : 365 = € 1,0547 eigen risico per dag
- € 1,0547 x 181 dagen = € 190,90 eigen risico; dat is afgerond € 191,-.

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

- € 385,- + € 300,- = € 685,-
- € 685,- : 365 = € 1,8767 eigen risico per dag
- € 1,8767 x 184 dagen = € 345,31 eigen risico; dat is afgerond € 345,-.

Voor deze 2 periodes tellen wij beide eigen risico bedragen bij elkaar op: € 191,- + € 345,- = € 536,-. 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 2021 wordt uw zoon 18 jaar. Vóór 5 november 2021 had hij geen verplicht eigen risico (€ 0,-) en vanaf 5 november 2021 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,- : 365 dagen = € 1,0547 eigen risico per dag.

- € 1,0547 x 57 dagen = € 60,12 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 kwartaal 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:

- o niet meer wordt voldaan aan bovenstaande voorwaarden;
 - o u niet tijdig betaalt;
 - o uw verzekerings situatie 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.

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 voor kosten of zorg die wij hebben vergoed uit uw verzekering(en). Vanaf het moment dat uw verzekering ingaat, draagt u de eventuele vorderingen die u op derden krijgt, aan ons over. Het gaat daarbij om vorderingen met betrekking tot zorg die onder de dekking van de verzekering(en) kan komen.

Behulpzaamheid bij aansprakelijkheid van andere partijen (derden)

Er kunnen zich omstandigheden, gebeurtenissen of ongevallen voordoen, waardoor u direct of later zorg moet krijgen die, of waarvan de kosten onder de dekking van een of meer van uw verzekering(en) vallen. Als wij anderen voor deze kosten aansprakelijk kunnen stellen, moet u dit uiterlijk binnen 14 dagen aan ons melden. U bent verplicht ons behulpzaam te zijn als wij proberen deze kosten te verhalen.

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, 2021 en 2022.

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 4 Informatieverstrekking

1. De zorgaanbieder informeert de consument over datgene dat voor de consument van belang is om een weloverwogen keuze te maken om zorg te vergelijken en te ontvangen.
2. De zorgaanbieder informeert de consument over prestaties die geleverd worden.
3. De zorgaanbieder informeert de consument over tarieven die voor de consument van belang zijn.
4. De zorgaanbieder geeft aan of de te leveren prestaties of diensten onder de verzekerde aanspraak van de Zorgverzekeringswet of de Wet langdurige zorg vallen.
5. De zorgaanbieder informeert de consument over eventuele eigen betalingen.
6. In geval van doorverwijzing voor vervolgzorg adviseert de zorgaanbieder de consument zo objectief mogelijk. Daarbij wijst de zorgaanbieder de consument op zijn keuzevrijheid.
7. De zorgaanbieder maakt wachttijden inzichtelijk.
8. Bij het openbaren van kwaliteitsinformatie die betrekking heeft op zorg, maakt de zorgaanbieder voor de consument inzichtelijk op welke wijze deze informatie tot stand is gekomen.