

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, en Onderlinge Waarborgmaatschappij
Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid u.a. te Leiden
Zaak : Eigen risico, volgorde verrekening declaraties
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2022, artt. 10, 11, 19 t/m 23 Zvw, 2.17 en 2.18 Bzv
Zaaknummer : 202201218
Zittingsdatum : 8 februari 2023

1. Partijen

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

en

Onderlinge Waarborgmaatschappij Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid u.a. te Leiden, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoekster heeft bij klachtenformulier van 19 juli 2022 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 9 september 2022 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. Bij brief van 20 oktober 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 27 oktober 2022 aan verzoekster gestuurd.
- 2.3. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 8 februari 2023 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn over deze samenstelling voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster is tot op heden bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorg Zeker Polis AZVZ (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering AV AZVZ Comfort (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.
- 3.2. Tijdens een skivakantie in Oostenrijk heeft verzoekster een ongeval gehad, waarvoor zij op 16 en 17 maart 2022 in een plaatselijk ziekenhuis is behandeld. De nota's ter zake zijn op 13 en 24 april bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd, die beide declaraties op 26 mei 2022 heeft afgewikkeld. Vergoed werden bedragen van € 7,75 en € 378,10.
- 3.3. Op 10 juni 2022 heeft verzoekster de ziektekostenverzekeraar verzocht de onder 3.2 genoemde buitenlandnota's te verrekenen met het verplicht eigen risico zodat zij € 385,- zou kunnen claimen bij haar reisverzekeraar. Bij e-mailbericht van 24 juni 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard hiertoe niet over te gaan. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar bij e-mailbericht van diezelfde datum gevraagd zijn beslissing te heroverwegen. De ziektekostenverzekeraar antwoordde haar bij e-mailbericht van 27 juni 2022 dat hij het ingenomen standpunt handhaaft.

4. **Standpunt verzoekster**

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de door hem ontvangen declaraties op volgorde van binnenkomst te verrekenen met het verplicht eigen risico.
- 4.2. In dit kader heeft verzoekster gesteld dat het eigen risico 2022 ten onrechte niet is verrekend met de buitenlandnota's, maar met nadien door de ziektekostenverzekeraar - rechtstreeks - ontvangen declaraties van gecontracteerde Nederlandse zorgaanbieders. Slechts één declaratie (€ 54,26) is ouder dan de buitenlandnota's en werd terecht met het eigen risico verrekend. Verzoekster meent dat de door de ziektekostenverzekeraar met deze zorgaanbieders gemaakte betaalafspraken haar niet kunnen worden tegengeworpen. Hetzelfde geldt voor de langere duur van de handmatige verwerking. Door deze langere duur ondervindt zij thans financieel nadeel, aangezien zij geen beroep meer kan doen op de door haar afgesloten reisverzekering. Dit kost haar € 385,-. Verzoekster wijst erop dat de door haar op 13 en 24 april 2022 ingediende declaraties pas op 22 respectievelijk 29 april 2022 door de ziektekostenverzekeraar als ontvangen zijn geboekt. Dit heeft niets te maken met de snelheid van de postbezorging, maar alles met de bestaande achterstanden in de verwerking bij de ziektekostenverzekeraar.
- 4.3. Ter zitting heeft verzoekster in aanvulling hierop aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar pas in zijn reactie aan de commissie heeft toegelicht dat de datum van de behandeling bepalend is voor het eigen risico. Eerder heeft de ziektekostenverzekeraar zich steeds op het standpunt gesteld dat de overeenkomst die de ziektekostenverzekeraar heeft afgesloten met het ziekenhuis de reden is geweest voor een snellere afhandeling. Ook als wél wordt gekeken naar de verzekeringsvoorwaarden staat hierin niet duidelijk beschreven op welke wijze het verplicht eigen risico wordt berekend.
- 4.4. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft verzoekster te kennen gegeven dat alle punten die zij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen zijn besproken.

5. **Standpunt ziektekostenverzekeraar**

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard geen reden te zien voor aanpassing van de verwerking van de door hem ontvangen declaraties. In dat verband heeft hij toegelicht dat op 13 april 2022 door hem een declaratie werd ontvangen ter zake van laboratoriumkosten (€ 54,26). Op basis van de met de zorgaanbieder gemaakte afspraken werd deze nota rechtstreeks gedeclareerd en geautomatiseerd verwerkt. De ziektekostenverzekeraar ontving op 29 april 2022 een rechtstreekse declaratie voor ziekenhuiskosten (€ 480,-), gemaakt in januari 2022. Deze declaratie is op 4 mei 2022 aan de zorgaanbieder vergoed. Beide declaraties zijn op 12 mei 2022 verrekend met het eigen risico van verzoekster. Op 13 april 2022 werd van verzoekster een declaratie ontvangen ter zake van zorgkosten in Oostenrijk, gemaakt op 17 maart 2022. Hiervan is op 26 mei 2022 een bedrag van € 7,75 vergoed aan verzoekster. De overige kosten werden afgewezen. Op 24 april 2022 werd een declaratie ten bedrage van € 456,35 ontvangen, ter zake van in Oostenrijk gemaakte zorgkosten op 16 maart 2022. Hiervan is - eveneens op 26 mei 2022 - € 378,10 vergoed aan verzoekster. De ziektekostenverzekeraar licht toe dat voor een eventuele verrekening met een nog openstaand eigen risico de datum waarop de zorg is aangevangen bepalen is. Omdat de declaratie voor de ziekenhuiskosten eerder waren gemaakt dan de nota uit Oostenrijk is deze eerst verrekend met het verplicht eigen risico.
- 5.2. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat als een declaratie wordt ingediend wordt bekeken wat eventueel nog aan eigen risico open staat. Omdat de nota's die door

een gecontracteerde zorgaanbieder rechtstreeks worden gedeclareerd vooraf niet worden gecontroleerd, vindt de verwerking sneller plaats dan nota's die afkomstig zijn uit het buitenland. Dat is de reden dat de afhandeling van de nota's die door verzoekster uit Oostenrijk zijn gedeclareerd langer heeft geduurd.

Verder geldt dat voor de bepaling van het eigen risico de openingsdatum van de DBC-code bepalen is. In de situatie van verzoekster is door het ziekenhuis op 13 januari 2022 een DBC geopend, en dat is eerder dan de datum van de behandeling van het ski-ongeval. Aldus heeft de toerekening correct plaatsgevonden.

- 5.3. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft de ziektekostenverzekeraar te kennen gegeven dat alle punten die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen zijn besproken.

6. Bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 4.6.1 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 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) en het Besluit zorgverzekering (Bzv) over het 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.
- 7.2. De commissie constateert dat partijen verdeeld zijn over het antwoord op de vraag of de ziektekostenverzekeraar is gehouden de door hem ontvangen declaraties op volgorde van binnenkomst te verrekenen met het verplicht eigen risico.

Zorgverzekering

- 7.3. De commissie stelt vast dat noch in de Zvw noch in de hierop gebaseerde uitvoeringsbesluiten iets is vastgelegd over de volgorde waarin declaraties dienen te worden verrekend met het (verplicht) eigen risico. Wel is in artikel 23, derde lid, Zvw bepaald dat de kosten van zorg of overige diensten die zowel ten laste van het verplicht als het vrijwillig eigen risico kunnen komen, eerst ten laste van het verplicht eigen risico worden gebracht. Het verplicht eigen risico betreft een gemaximeerd bedrag per kalenderjaar, dat geheel of ten dele wordt verrekend met alle in dat kalenderjaar gemaakte of aan dat kalenderjaar toe te rekenen (artikel 23, eerste lid, Zvw) kosten van zorg of overige diensten, vallend onder de dekking van de zorgverzekering, en niet expliciet uitgesloten van het eigen risico. Binnen het kader van de zorgverzekering leidt dit ertoe dat, ongeacht de gekozen volgorde, het nominale bedrag dat wordt verrekend steeds hetzelfde is en voor 2022 nooit meer bedraagt dan € 385,-.
- 7.4. Het voorgaande neemt niet weg dat partijen over de volgorde waarin declaraties worden verrekend met het verplicht eigen risico nadere afspraken kunnen maken. Uit artikel 3.5 van de zorgverzekering valt op te maken dat dit niet is gebeurd. Wel blijkt uit artikel 3.5.6 van de zorgverzekering dat een onderscheid wordt gemaakt tussen zorgkosten die door de verzekerde rechtstreeks worden gedeclareerd en zorgkosten die de ziektekostenverzekeraar aan de zorgaanbieder vergoedt. In het tweede geval kan het nog openstaande verplicht eigen risico worden verrekend of teruggevorderd. Nu een en ander niet nader is geregeld, zijn verschillende regelingen denkbaar. Uit de brief van de ziektekostenverzekeraar van 20 oktober 2022 blijkt dat deze ervoor heeft gekozen uit te gaan van de behandel-/leveringsdatum voor de verrekening met het verplicht eigen risico.

De ziektekostenverzekeraar baseert zich hierbij op artikel 3.5.5 van de voorwaarden van de zorgverzekering.

- 7.5. Door verzoekster is betoogd dat zij financieel nadeel heeft ondervonden als gevolg van de wijze van verrekening door de ziektekostenverzekeraar omdat zij daardoor geen beroep kan doen op haar reisverzekering ter zake vergoeding van het eigen risico. De oorzaak hiervan is, aldus verzoekster, dat door gecontracteerde zorgaanbieders langs geautomatiseerde weg ingediende nota's feitelijk sneller worden verwerkt dan door een verzekerde rechtstreeks ingediende declaraties.
- De vraag komt daarom op of de ziektekostenverzekeraar, in dit geval, een beleid hanteert dat leidt tot een uitkomst die onder de gegeven omstandigheden naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is. De commissie oordeelt dat dit niet het geval is. Verzoekster heeft vergoeding geclaimd ten laste van de zorgverzekering en hiermee wordt het verplicht eigen risico - voor zover op die zorgvorm van toepassing en voor dat kalenderjaar nog openstaand - in beginsel verrekend. Dat in dit specifieke geval ook een andere, voor verzoekster gunstiger wijze van verrekening denkbaar is, maakt op zichzelf genomen niet dat het beleid van de ziektekostenverzekeraar - waarbij de datum waarop de zorg is aangevangen bepalend is voor deze verrekening - leidt tot een uitkomst die naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is. Van de ziektekostenverzekeraar kan in redelijkheid niet worden gevergd dat hij bij de afwikkeling van door hem, langs verschillende wegen ontvangen, grote aantallen declaraties van geval tot geval nagaat of buiten het kader van de zorgverzekering factoren spelen die aanleiding zouden kunnen geven tot een aanpassing van zijn beleid op dit punt.
- 7.6. Verzoekster heeft ter zitting nog aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar eerst tijdens de onderhavige procedure heeft aangevoerd dat de openingsdatum van de DBC bepalend is voor de volgorde van toerekening van het eigen risico. De commissie kan verzoekster hierin volgen en ziet hierin aanleiding de ziektekostenverzekeraar te verplichten aan verzoekster het entreegeld van € 37,- te vergoeden.

Slotsom

- 7.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.
8. **Bindend advies**
- 8.1. De commissie beslist dat:
- (i) het verzoek moet worden afgewezen, en
 - (ii) de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster het entreegeld van € 37,- moet vergoeden.

Zeist, 23 februari 2023,

J.W. Heringa

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. Meer informatie staat op de website www.rechtspraak.nl.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

Zorgverzekeringswet

Paragraaf 3.4. Het eigen risico

Artikel 19

1. Iedere verzekerde van achttien jaar of ouder heeft een verplicht eigen risico van € 385 per kalenderjaar.
2. Het bedrag, genoemd in het eerste lid, wordt jaarlijks geïndexeerd overeenkomstig het verschil in geraamde uitgaven voor de zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, tussen het kalenderjaar waarop het verplicht eigen risico betrekking zal hebben en vergelijkbare uitgaven voor het jaar voorafgaand aan dat kalenderjaar.
3. Indien het geïndexeerde bedrag naar beneden afgerond € 5 of een veelvoud daarvan verschilt van het in het eerste lid genoemde bedrag, wordt dit bedrag bij ministeriële regeling gewijzigd, waarna het in die regeling genoemde bedrag in de plaats treedt van het in het eerste lid genoemde bedrag.
4. Rekeningen voor kosten van zorg of overige diensten worden slechts op het verplicht eigen risico in mindering gebracht, indien deze door de zorgverzekeraar zijn ontvangen voor een bij algemene maatregel van bestuur te bepalen dag van het kalenderjaar volgend op het kalenderjaar waarop het verplicht eigen risico betrekking heeft, tenzij het aan de verzekerde te wijten is dat de rekening niet voor die dag is ingediend.
5. In afwijking van het vierde lid is de zorgverzekeraar gerechtigd het verplicht eigen risico in rekening te brengen indien het aan de verzekerde te wijten is dat de rekening niet voor de bij algemene maatregel van bestuur bepaalde dag is ingediend.
6. Bij algemene maatregel van bestuur wordt bepaald op welke wijze het verplicht eigen risico in mindering wordt gebracht.
7. Het tweede en derde lid blijven buiten toepassing voor de jaren 2019, 2020 en 2021.

Artikel 20

1. De zorgverzekeraar biedt van iedere zorgverzekering met een bepaalde combinatie van te verzekeren prestaties als bedoeld in artikel 11, eerste lid, een variant zonder vrijwillig eigen risico aan.
2. De zorgverzekeraar kan voor de verzekering van een persoon van achttien jaar of ouder varianten van de zorgverzekering aanbieden met een vrijwillig eigen risico van € 100, € 200, € 300, € 400 of € 500 per kalenderjaar, waartegenover hij een korting op de grondslag van de premie verleent.
3. De korting mag afhangen van:
 - a. de omvang van het voor de verzekerde gekozen vrijwillig eigen risico;
 - b. het aantal kalenderjaren waarvoor een vrijwillig eigen risico voor de verzekerde gegolden heeft.
4. De zorgverzekeraar neemt in zijn modelovereenkomst op welke premiekorting bij welk vrijwillig eigen risico voor welk aantal kalenderjaren geldt.
5. Indien de zorgverzekeraar een of meer van de door hem aangeboden vrijwillige eigen risico's laat vervallen, geeft de zorgverzekeraar de verzekeringnemers die een zorgverzekering met zo'n vrijwillig eigen risico hebben afgesloten, de mogelijkheid om te kiezen voor een zorgverzekering met een lager of zonder vrijwillig eigen risico.

Artikel 21

1. Het percentage van de kosten van zorg of overige diensten dat ten laste gaat van het verplicht eigen risico, wordt bij algemene maatregel van bestuur vastgesteld.
2. In afwijking van het eerste lid kunnen bij algemene maatregel van bestuur vormen van zorg of overige diensten worden aangewezen waarvoor de kosten geheel, gedeeltelijk of in het geheel niet onder het verplicht eigen risico vallen.
3. In afwijking van het eerste lid kunnen bij algemene maatregel van bestuur vormen van zorg of overige diensten worden aangewezen waarvan de zorgverzekeraar, onder bij die maatregel te bepalen voorwaarden, kan bepalen dat de kosten geheel of gedeeltelijk buiten het verplicht eigen risico vallen.
4. De zorgverzekeraar kan vormen van zorg of overige diensten aanwijzen waarvan de kosten niet onder het vrijwillig eigen risico vallen, met dien verstande dat bij algemene maatregel van bestuur vormen van zorg of overige diensten kunnen worden aangewezen waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk buiten het vrijwillig eigen risico vallen.

Artikel 22

1. Indien een zorgverzekering niet op 1 januari van een kalenderjaar ingaat of eindigt, is het in dat kalenderjaar voor die overeenkomst geldende bedrag van het verplicht eigen risico en indien dat van toepassing is, vrijwillig eigen risico gelijk aan het voor het gehele kalenderjaar geldende bedrag, vermenigvuldigd met een breuk waarvan de teller gelijk is aan het aantal dagen in dat kalenderjaar waarover de zorgverzekering zal lopen of heeft gelopen, en de noemer aan het aantal dagen in het desbetreffende kalenderjaar.
2. In afwijking van het eerste lid wordt het in het kalenderjaar geldende bedrag van het vrijwillig eigen risico indien dat gedurende het kalenderjaar wijzigt en de verzekeringnemer onmiddellijk voorafgaande aan die wijziging reeds een zorgverzekering met de zorgverzekeraar had gesloten, als volgt berekend:
 - a. ieder bedrag aan vrijwillig eigen risico dat in het desbetreffende kalenderjaar heeft gegolden of zal gelden, wordt vermenigvuldigd met het aantal in dat jaar gelegen dagen waarvoor dat risico gold of zal gelden;
 - b. de op grond van onderdeel a berekende bedragen worden bij elkaar opgeteld;
 - c. het op grond van onderdeel b berekende bedrag wordt gedeeld door het aantal dagen in het kalenderjaar.
3. Het op grond van het eerste of tweede lid berekende bedrag wordt afgerond op hele euro's.

Artikel 23

1. Kosten van zorg of een andere dienst worden toegerekend aan het kalenderjaar waarin de zorg of dienst is genoten, met dien verstande dat de kosten van zorg of een andere dienst die in twee achtereenvolgende kalenderjaren is genoten en door de zorgaanbieder of andere dienstverlener in één bedrag in rekening zijn gebracht, worden toegerekend aan het kalenderjaar waarin de zorg of dienst is aangevangen.
2. Bedragen als bedoeld in artikel 11, derde of vierde lid, die voor rekening van de verzekerde komen, of kosten als bedoeld in artikel 13, eerste lid, voor zover zij voor rekening van de verzekerde blijven, worden bij de beantwoording van de vraag of een voor zijn verzekering geldend verplicht of vrijwillig eigen risico wordt overschreden, buiten aanmerking gelaten.
3. Een zorgverzekeraar brengt kosten van zorg of overige diensten die zowel ten laste van het verplicht als het vrijwillig eigen risico kunnen komen, eerst ten laste van het verplicht eigen risico.

Besluit zorgverzekering

§ 2. Het eigen risico

Artikel 2.17

1. Kosten van het gebruik van zorg en overige diensten die buiten het verplicht eigen risico vallen, betreffen kosten van:
 - a. verloskundige zorg en kraamzorg,
 - b. huisartsenzorg,
 - c. multidisciplinaire eerstelijnszorg waar huisartsenzorg deel van uitmaakt,
 - d. gecombineerde leefstijlinterventie,
 - e. nacontroles van de donor nadat de periode, bedoeld in artikel 2.5, eerste lid, onderdeel d, is verstreken,
 - f. vervoer, bedoeld in artikel 2.5, tweede lid, en
 - g. verpleging en verzorging als bedoeld in artikel 2.10.
2. De zorgverzekeraar kan bepalen dat kosten van het gebruik van zorg en overige diensten als bedoeld in artikel 11 van de wet geheel of gedeeltelijk buiten het verplicht eigen risico vallen, indien:
 - a. de verzekerde zich wendt tot een door de zorgverzekeraar aangewezen zorgaanbieder,
 - b. de verzekerde een bij ministeriële regeling aangewezen gezondheidsbevorderend of op preventie gericht programma volgt, voor zover dat programma is aangewezen door de zorgverzekeraar en de kosten betrekking hebben op de aandoening waarvoor de verzekerde dat programma heeft gevolgd, of
 - c. de verzekerde gebruik maakt van door de zorgverzekeraar aangewezen farmaceutische zorg of hulpmiddel.
3. De dag, bedoeld in artikel 19, vierde lid, van de wet, is 31 december.

Artikel 2.18

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

Artikel 2.19

Het percentage, bedoeld in artikel 21, eerste lid, van de wet, bedraagt 100.

3.4 Achterstand in betalen

Als u de premie, verplicht/vrijwillig eigen risico, eigen bijdragen, onterecht uitbetaalde vergoedingen of wettelijke bijdragen niet op tijd (terug)betaalt, dan ontvangt u van ons een aanmaning. Bij ontvangst van deze aanmaning heeft u dertig dagen om deze te betalen. Als u niet betaalt binnen de gestelde termijn, dan heeft u geen recht op (vergoeding van kosten voor) medische behandelingen die hebben plaatsgevonden na de eerste dag waarop uw betaling uiterlijk binnen had moeten zijn.

3.4.1 Als u een betalingsachterstand heeft van twee maandpremies, dan bieden wij u een betalingsregeling aan. Dit doen wij uiterlijk binnen tien werkdagen nadat wij de betalingsachterstand hebben vastgesteld.

3.4.2 Als u een betalingsachterstand heeft van vier maanden, dan ontvangt u van ons zo spoedig mogelijk de mededeling dat wij voornemens zijn over te gaan tot melding bij het CAK, zoals bedoeld in artikel 18c van de Zvw. Zodra de premieachterstand zes maanden bedraagt gaan wij de melding ook daadwerkelijk doen, tenzij u binnen vier weken na mededeling laat weten de premieachterstand of de hoogte ervan te betwisten.

3.4.3 Wanneer wij ons standpunt na uw betwisting handhaven, kunt u binnen vier weken na ontvangst van deze mededeling een geschil hierover aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) of een burgerlijk rechter voorleggen. Wanneer uw betalingsregeling als bedoeld in artikel 18a Zvw ingaat, nadat ten aanzien van de zorgverzekering een achterstand in de betaling van de premie van vier maanden is ontstaan, laat de zorgverzekeraar de in artikel 18b eerste lid bedoelde melding achterwege, zolang de nieuw te vervallen termijnen worden voldaan (zie artikel 18.b.3 Zvw).

3.4.4 Als u een betalingsachterstand heeft van zes maanden of meer, dan melden wij u aan bij het CAK. Dit doen wij onder vermelding van de voor de heffing van de bestuursrechtelijke premie en de voor de uitvoering van artikel 34a van de Zvw noodzakelijke persoonsgegevens van u als verzekeringnemer en van de eventuele verzekerden. Wij doen geen melding als u:

- a. de premieachterstand op tijd heeft betwist en wij ons standpunt nog niet aan u kenbaar hebben gemaakt;
- b. de in het artikel 18b, tweede lid, Zvw genoemde termijn nog niet is verstreken;
- c. op tijd een geschil heeft voorgelegd aan de SKGZ of een burgerlijk rechter, en op het geschil niet onherroepelijk is beslist;
- d. zich heeft aangemeld bij een professionele schuldhulpverlener en aantoont dat u een schriftelijke overeenkomst tot stabilisatie van uw schulden heeft gesloten.

3.4.5 Wij stellen het CAK meteen op de hoogte van de datum waarop:

- a. de schulden voortvloeiend uit de zorgverzekering volledig zijn of zullen zijn voldaan of tenietgaan;
- b. de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen, bedoeld in de Faillissementswet, op de verzekeringnemer van toepassing wordt;
- c. een overeenkomst is gesloten zoals bedoeld in artikel 18c, tweede lid, onderdeel d van de Zvw (dit is een schriftelijke overeenkomst tot stabilisatie van de schulden van de verzekeringnemer). Deze overeenkomst moet zijn gesloten door tussenkomst van een schuldhulpverlener zoals bedoeld in artikel 48 Wet op het consumentenkrediet. Of wij stellen u als verzekeringnemer en het CAK op de hoogte van de datum waarop een schuldregeling tot stand is gekomen. Aan deze schuldregeling moet, naast u als verzekeringnemer, minstens wij als zorgverzekeraar deelnemen.

3.4.6 Als wij een incassobureau inschakelen voor de incasso van onze vordering, dan komen alle kosten van invordering voor uw rekening, zowel de gerechtelijke als buitengerechtelijke kosten. Het bedrag van de buitengerechtelijke kosten is met ingang van 1 juli 2012 vastgesteld op een minimumbedrag van € 40,00. De buitengerechtelijke kosten bent u verschuldigd vanaf het moment waarop u in gebreke bent.

3.4.7 U heeft weer recht op (vergoeding van de kosten voor) zorg op de dag volgend op de dag waarop wij het verschuldigde bedrag en de kosten hebben ontvangen.

3.5 Verplicht eigen risico

3.5.1 Hoogte van het verplicht eigen risico

Als u 18 jaar of ouder bent, dan heeft u een verplicht eigen risico van € 385,00 per kalenderjaar. De hoogte van het verplicht eigen risico wordt jaarlijks vastgesteld door de overheid en geldt per verzekerde.

Het verplicht eigen risico houdt in dat u de kosten van verzekerde zorg tot dit bedrag zelf moet betalen. Het gaat hierbij om kosten die u in de loop van het kalenderjaar vanuit de basisverzekering maakt.

Voorbeeld

Denk hierbij bijvoorbeeld aan een opname in een ziekenhuis waarbij wij de kosten vergoeden van de opname. U ontvangt van ons vervolgens een rekening voor het betalen van uw verplicht eigen risico.

3.5.2 Voor welke zorg geldt het verplicht eigen risico

Het verplicht eigen risico geldt voor alle zorgvormen opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden, behalve voor:

- a. huisartsenzorg. Let u hierbij op dat bijvoorbeeld geneesmiddelen die de huisarts voorschrijft niet onder huisartsenzorg vallen. Ditzelfde geldt voor laboratoriumonderzoek (bijvoorbeeld bij bloedonderzoek) dat samenhangt met de huisartsenzorg. Wanneer dit laboratoriumonderzoek op verzoek van de huisarts door een andere zorgaanbieder wordt uitgevoerd, dan geldt het verplicht eigen risico. De consultatiekosten in het kader van Transparant Next door een psychiater vallen wel buiten het eigen risico;
- b. de directe kosten van kraam- en verloskundige zorg. Kosten van hiermee samenhangende zorg vallen wel onder het eigen risico. U kunt hierbij denken aan ambulancevervoer, geneesmiddelen en onderzoek dat elders wordt verricht en apart in rekening wordt gebracht. Ook het plaatsen van een spiraal door een verloskundige valt wel onder het eigen risico;
- c. anticonceptie voor verzekerden vanaf 18 tot en met 20 jaar;
- d. verpleging en verzorging (wijkverpleging) omschreven in Rubriek B artikel 21 en 27.1;
- e. vervoer van een donor, indien de donor een zorgverzekering heeft afgesloten en de kosten ten laste van diens zorgverzekering komen. In dat geval vergoeden wij de laagste klasse van het openbaar vervoer. Als er een medische noodzaak is voor vervoer met de auto, vergoeden wij de kosten van het vervoer per auto;
- f. zorgkosten, van donoren, die verband houden met de donatie en die optreden na 13 weken of bij levertransplantatie na 26 weken na de donatie bij leven;
- g. medicijnen die in het Reglement Farmaceutische zorg door ons zijn aangewezen als voorkeursgeneesmiddelen. Houdt u er wel rekening mee dat de zorgverlening van de apotheek, bijvoorbeeld terhandstellingskosten, het begeleidingsgesprek bij een nieuw geneesmiddel of een inhalatie-instructie niet zijn vrijgesteld van het eigen risico. Zie ook in Rubriek B artikel 19;
- h. de medicijncheck door een gecontracteerde apotheker;
- i. gecontracteerde multidisciplinaire zorgverlening voor chronische aandoeningen voor zover daarbij sprake is van ketenzorg;
- j. de door ons goedgekeurde programma's Stoppen met roken (inclusief medicatie). Deze vindt u op zorgzekerheid.nl/vergoedingenzoeker;
- k. de gecombineerde leefstijlinterventie (GLI);
- l. hulpmiddelen in bruikleen.

3.5.3 Vanaf wanneer gaat het verplicht eigen risico in

Wordt u in de loop van een kalenderjaar 18 jaar? Dan geldt het verplicht eigen risico vanaf de eerste dag van de kalendermaand na de 18e verjaardag. De hoogte van het verplicht eigen risicobedrag wordt in dat geval berekend zoals omschreven in artikel 3.5.4.

3.5.4 Berekening hoogte verplicht eigen risico

Als de verzekering niet start of eindigt op 1 januari, i.v.m. het bereiken van de 18-jarige leeftijd of om een andere reden, dan berekenen wij het eigen risico voor het betreffende kalenderjaar als volgt:

$$\text{Eigen risico} \times \frac{\text{aantal dagen dat de verzekering in het kalenderjaar zal lopen of heeft gelopen}}{\text{aantal dagen in het betreffende kalenderjaar}}$$

De hoogte van het bedrag wordt afgerond op hele euro's.

Voorbeeld

De verzekering gaat in op 1 november van een kalenderjaar i.v.m. het bereiken van de 18-jarige leeftijd. Wij berekenen de hoogte dan tot 1 januari van het daaropvolgende kalenderjaar. Dit zijn 61 dagen. Een kalenderjaar telt 365 dagen (uitzondering schrikkeljaar). Het eigen risico is: € 385,00 x 61 gedeeld door 365 is € 64,34 en wordt afgerond op € 64,00.

3.5.5 Verplicht eigen risico bij een diagnose-behandelcombinatie (DBC)

Wordt een behandeling gedeclareerd in een zogeheten DBC, prestatie integrale geboortezorg? Dan worden deze kosten in mindering gebracht op het verplicht eigen risico van het kalenderjaar waarin de DBC, prestatie integrale geboortezorg, is geopend.

3.5.6 Betaling van het verplicht eigen risico

Als wij de kosten voor uw behandeling rechtstreeks aan de zorgverlener betalen, zullen wij, als dit er is, het nog openstaande verplicht eigen risico verrekenen of terugvorderen. Wanneer wij terugvorderen ontvangt u van ons hierover een schriftelijk verzoek tot betaling binnen veertien dagen of een bericht waarin wij aangeven dat wij het terug te vorderen bedrag binnen veertien dagen zullen incasseren.

Als u zorgkosten rechtstreeks bij ons declareert, dan zullen wij, als dit er is, het nog openstaande verplicht eigen risico verrekenen met de te ontvangen vergoeding(en).

Het verplicht eigen risico is ook van toepassing op onderdelen van het verzekerde pakket waarbij een maximumbedrag is vermeld tenzij in de voorwaarden anders is bepaald.

3.6 Vrijwillig eigen risico

3.6.1 Wat is vrijwillig eigen risico

Als verzekeringnemer kunt u bij een zorgverzekering kiezen voor een vrijwillig eigen risico, mits de verzekerde 18 jaar of ouder is. U kunt dan kiezen uit een vrijwillig eigen risico van € 0,00; € 100,00; € 200,00; € 300,00; € 400,00 of € 500,00 per kalenderjaar. Het gekozen vrijwillig eigen risico staat op uw polisblad. In sommige collectiviteitsovereenkomsten is het niet mogelijk om een vrijwillig eigen risico te kiezen.

Bij het vrijwillig eigen risico moet u de kosten of vergoeding van zorg zelf betalen tot het gekozen bedrag. Dit bedrag komt dus nog bovenop het verplicht eigen risico uit artikel 3.5.1. Bij betaling van zorgkosten waarvoor een eigen risico van toepassing is wordt altijd eerst het verplicht eigen risico aangesproken, daarna volgt het vrijwillig eigen risico.

In ruil voor het gekozen vrijwillig eigen risico ontvangt u een bijbehorende korting op uw premie. Voor de korting met betrekking tot het vrijwillig eigen risico kunt u de offertemodule op **zorgenzekerheid.nl** raadplegen.

3.6.2 Voor welke zorg geldt het vrijwillig eigen risico

Het vrijwillig eigen risico geldt voor de zorg waarop het verplicht eigen risico van toepassing is (zie artikel 3.5.2).

3.6.3 Wanneer kunt u het gekozen vrijwillig eigen risico wijzigen

U kunt het gekozen vrijwillig eigen risico alleen wijzigen per 1 januari van het nieuwe kalenderjaar. U kunt het vrijwillig eigen risico dus niet met terugwerkende kracht aanpassen van bijvoorbeeld € 500,00 naar € 100,00.

Wij moeten uw wijziging uiterlijk 31 december van het voorafgaande kalenderjaar hebben ontvangen om de wijziging per 1 januari van het nieuwe kalenderjaar in te laten gaan. Dit kunt u doen via **MijnZZ.nl**, telefonisch via 071 – 5 825 825 of bezoek een van onze winkels.

3.6.4 Berekening hoogte vrijwillig eigen risico

Als de zorgverzekering gedurende het jaar aanvangt of eindigt, dan berekenen wij het vrijwillig eigen risico voor het betreffende kalenderjaar als volgt:

$$\text{Vrijwillig eigen risico} \times \frac{\text{aantal dagen dat de verzekering in het kalenderjaar zal lopen of heeft gelopen}}{\text{aantal dagen in het betreffende kalenderjaar}}$$

De hoogte van het bedrag wordt afgerond op hele euro's.

Voorbeeld 18-jarigen

Er is gekozen voor een vrijwillig eigen risico van € 100,00. De zorgverzekering gaat in op 1 november i.v.m. het bereiken van de 18-jarige leeftijd.

Wij nemen in dit geval niet de volledige € 100,00 als vrijwillig eigen risico. Dit komt doordat hier rekening wordt gehouden met de periode waarover het vrijwillig eigen risico geldt. Hier is dat 61 dagen (= het aantal dagen tot 1 januari van het volgende kalenderjaar).

Een kalenderjaar telt 365 dagen, tenminste als het geen schrikkeljaar is. Het vrijwillig eigen risico bedraagt dan:

$$€ 100,00 \times (61 / 365) = € 17,00 \text{ (afgerond naar hele euro's).}$$

Als het geldend vrijwillig eigen risico wijzigt tijdens een kalenderjaar, én vóór die wijziging al bij ons een zorgverzekering was afgesloten, dan berekenen wij het vrijwillig eigen risico als volgt:

Eerst tellen wij de volgende bedragen bij elkaar op:

$$\begin{aligned} &(\text{Jaarbedrag vrijwillig eigen risico periode 1} \times \text{aantal dagen dat dit geldt}) = \underline{\text{bedrag 1}} \\ &+ \\ &(\text{Jaarbedrag vrijwillig eigen risico periode 2} \times \text{aantal dagen dat dit geldt}) = \underline{\text{bedrag 2}} \end{aligned}$$

Et cetera.

De opgetelde bedragen delen wij vervolgens door het aantal dagen in het betreffende kalenderjaar. De uitkomst ronden wij af op hele euro's.

3.6.5 Vrijwillig eigen risico bij een diagnose-behandelcombinatie (DBC)

Wordt een behandeling gedeclareerd op basis van een zogeheten DBC, prestatie integrale geboortezorg, dan wordt dit in mindering gebracht op het vrijwillig eigen risico van het kalenderjaar waarin de betreffende DBC, prestatie integrale geboortezorg, is geopend.

3.6.6 Betaling van het vrijwillig eigen risico

Als wij de kosten voor uw behandeling rechtstreeks aan de zorgverlener betalen, zullen wij, als dit er is, het nog openstaande vrijwillig eigen risico verrekenen of terugvorderen. Wanneer wij terugvorderen ontvangt u van ons hierover een schriftelijk verzoek tot betaling binnen veertien dagen of een bericht waarin wij aangeven dat wij het terug te vorderen bedrag binnen veertien dagen zullen incasseren.

Als u zorgkosten rechtstreeks bij ons declareert, dan zullen wij, als dit er is, het nog openstaande vrijwillig eigen risico verrekenen met de te ontvangen vergoeding(en).

Het vrijwillig eigen risico is ook van toepassing op onderdelen van het verzekerd pakket waarbij een maximumbedrag is vermeld tenzij in de voorwaarden anders is bepaald.

3.6.7 Vrijwillig eigen risico na de 18e verjaardag

Wij benaderen u tenminste vier weken voor de eerste dag van de maand die volgt na de 18e verjaardag. Dit doen wij via een brief waarin wij u vragen binnen een bepaalde termijn aan te geven welk vrijwillig gekozen eigen risico u kiest. Als u niet binnen deze termijn schriftelijk uw keuze doorgeeft, dan wordt een premie berekend op basis van het vrijwillig eigen risico van de verzekeringnemer.

Artikel 4 Overige bepalingen

4.1 Verplichtingen

4.1.1 Wat zijn uw verplichtingen

- a. de behandelend arts of medisch specialist te vragen de reden van opname bekend te maken aan de medisch adviseur van Zorg en Zekerheid als de medisch adviseur daarom vraagt;
- b. aan de medisch adviseur of anderen die bij Zorg en Zekerheid met de controle zijn belast, medewerking te verlenen tot het verkrijgen van alle gewenste informatie, met inachtneming van privacyregelgeving. Hieronder verstaan wij ook, op verwijzing van Zorg en Zekerheid, verlenen van medewerking aan het verkrijgen van een second opinion door een onafhankelijk specialist. De kosten van een dergelijke second opinion komen voor rekening van Zorg en Zekerheid;
- c. Zorg en Zekerheid te informeren omtrent feiten die met zich mee kunnen brengen dat de kosten verhaald kunnen worden op (mogelijke) aansprakelijke derden en verstrekt Zorg en Zekerheid kosteloos in dat verband alle benodigde inlichtingen en/of medewerking; het is hem niet toegestaan om, zonder schriftelijke akkoordverklaring van Zorg en Zekerheid, een regeling te (laten) treffen met de aansprakelijke derde of diens verzekeraar met betrekking tot de kosten die door Zorg en Zekerheid zijn of worden vergoed;
- d. binnen dertig dagen aan Zorg en Zekerheid te melden dat de verzekerde is gedetineerd en/of dat de detentie van verzekerde is afgelopen, in verband met de wettelijke bepaling inzake de opschorting van dekking en premieplicht tijdens de duur van de detentie;
- e. de originele en duidelijk gespecificeerde nota's bij Zorg en Zekerheid in te dienen vóór 31 december van het derde jaar volgend op het jaar waarin de behandeling heeft plaatsgevonden. Bepalend daarbij is de behandeldatum en/of de datum van de levering van de zorg, en niet de datum waarop de nota is uitgeschreven. In het geval de nota betrekking heeft op een DBC worden alle kosten die met deze DBC verband houden toegerekend aan het jaar waarin deze is geopend. Als de nota's later worden ingediend dan heeft u geen recht meer op vergoeding van deze zorgkosten. Alleen originele nota's of computernota's die zijn gewaarmerkt door de zorgverlener, worden in behandeling genomen. Bij het declareren van kosten buitenland of ziekenvervoer dient gebruik te worden gemaakt van een door