



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen De Friesland Zorgverzekeraar N.V. te Leeuwarden en Achmea
Zorgverzekeringen N.V. te Zeist

Zaak : Eigen risico, DBC-systematiek, Covid-19

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2020, artt. 19, 21 en 23 Zvw, 2.1, 2.4 en 2.17 Bzv,
Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2020

Zaaknummer : 202101108

Zittingsdatum : 20 oktober 2021

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

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

- 1) De Friesland Zorgverzekeraar N.V. te Leeuwarden, en
- 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 29 juli 2021 heeft verzoekster per klachtenformulier de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen. De commissie heeft verzoekster verzocht het entreegeld van € 37,- te betalen en aanvullende informatie op te sturen. Op 6 augustus 2021 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 1 oktober 2021 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 5 oktober 2021 aan verzoekster gezonden.
- 2.3. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar hebben op 5 oktober 2021 respectievelijk 6 oktober 2021 verklaard niet te willen worden gehoord.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2020 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zelf bewust Polis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende Ziektekostenverzekering AV Tand Extra (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.
- 3.2. Door de ziektekostenverzekeraar is op 11 juli 2019 een machtiging afgegeven voor een bovenooglidcorrectie. Deze machtiging was geldig tot 10 juli 2020. Verzoekster heeft het ziekenhuis bezocht voor een eerste polikliniekbezoek. Door het ziekenhuis is toen een Diagnose Behandelings Combinatie (DBC) geopend met ingangsdatum 20 november 2019. Deze DBC werd na 90 dagen op 27 maart 2020 gesloten. Op 30 juni 2020 is verzoekster geopereerd. Door het ziekenhuis werd in verband hiermee een vervolg-DBC geopend met ingangsdatum 28 maart 2020, en einddatum 25 juli 2020. Van de kosten van de vervolg-DBC, ten bedrage van € 980,91, is € 368,02 verrekend met het verplicht eigen risico 2020 van verzoekster. Eerder was al een nota voor oogzalf – ten bedrage van € 16,98 – ten laste van dit eigen risico gebracht.
- 3.3. Naar aanleiding van de ontvangst van de tweede nota voor het eigen risico 2020, gedateerd 29 maart 2021, die verzoekster door de ziektekostenverzekeraar werd gestuurd, heeft zij verzocht om heroverweging. Op 15 april 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar haar per brief meegedeeld zijn standpunt ter zake te handhaven.

4. Geschil

4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar het door haar betaalde verplicht eigen risico 2020 dient te restitueren.

4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

5. Bevoegdheid van de commissie

5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 2.12. van de voorwaarden van de zorgverzekering.

6. Beoordeling

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

6.2. Verzoekster stelt dat de ziektekostenverzekeraar het door haar betaalde verplicht eigen risico 2020 moet restitueren. In dat verband verklaart zij dat de regeling haar niet bekend was, en dat deze haar is uitgelegd door de Ombudsman Zorgverzekeringen. Verzoekster acht het niet terecht dat zij zowel het eigen risico voor 2019 als voor 2020 is verschuldigd. Volgens haar is sprake van uitgestelde zorg als gevolg van Covid-19. Dit betreft een uitzonderlijke situatie waarmee rekening dient te worden gehouden. Daarnaast werd door de ziektekostenverzekeraar gecommuniceerd dat de kosten van de behandeling volledig zouden worden vergoed als deze zou plaatsvinden vóór 10 juli 2020, en dit blijkt nu niet het geval te zijn. Verzoekster meent dat dit vaker zal voorkomen. Zij hoopt dat meer verzekerden erover gaan klagen en dat de zorgverzekeraars zich dan coulanter gaan opstellen.

6.3. De ziektekostenverzekeraar licht toe dat de eerste DBC is geopend op 20 november 2019 en dat deze een looptijd had van 90 dagen. Toen de operatie op 30 juni 2020 werd uitgevoerd, was deze DBC al gesloten. De vervolg-DBC moest aansluiten en werd geopend op 28 maart 2020. Het ziekenhuis heeft gedeclareerd in overeenstemming met de regels van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Omdat de ingangsdatum van de vervolg-DBC in 2020 ligt, is het verplicht eigen risico van dat jaar van toepassing.

De ziektekostenverzekeraar merkt op dat ten tijde van het openen van de eerste DBC het verplicht eigen risico 2019 al was volgemaakt. Daarom is over de eerste DBC geen eigen risico in rekening gebracht.


Daarnaast heeft verzoekster meerdere malen telefonisch geïnformeerd bij de ziektekostenverzekeraar over de vergoeding van plastische chirurgie of medisch specialistische zorg. In telefoongesprekken heeft de ziektekostenverzekeraar verzoekster verteld dat vergoeding mogelijk was, maar dat het eigen risico van toepassing was.

6.4. De commissie stelt voorop dat zij niet bevoegd is te oordelen over de juistheid van de door het ziekenhuis ingediende declaraties. Daarentegen is de commissie wel bevoegd ten aanzien van het verplicht eigen risico. Met betrekking hiertoe geldt het volgende.

6.5. In Nederland worden medisch-specialistische behandeltrajecten vanaf de diagnose tot het eind van de behandeling voorzien van een code, eerdergenoemde DBC. Deze regeling is in januari 2005 ingevoerd door de overheid. Een DBC omvat het gehele behandeltraject inclusief verpleging en

verzorging, verband- en hulpmiddelen en de tijdens de behandeling plaatsgevonden paramedische zorg en geneesmiddelen. Een DBC is niet gebonden aan kalenderjaren.


- 6.6. Het ziekenhuis heeft voor het eerste polikliniekbezoek op 20 november 2019 een DBC geopend met de omschrijving '1^e polikliniekbezoek/ consultatie op afstand bij een ziekte van het ooglid/ traanapparaat/ oogkas'. Deze DBC had een looptijd van 90 dagen en werd gesloten op 27 maart 2020. Over de verrekening van de desbetreffende nota met het verplicht eigen risico 2019 zijn partijen niet verdeeld; het verzoek ziet op het eigen risico 2020.
- Vast staat dat de operatie op 30 juni 2020 plaatsvond, toen de initiële DBC al was gesloten. Volgens de regelgeving van de NZa kan in dat geval een aansluitende vervolg-DBC worden geopend, hetgeen in dit geval ook is gebeurd. De omschrijving die hierbij hoort luidt: 'Operatie bij een ziekte van het ooglid/ traanapparaat/ oogkas'. De vervolg-DBC werd geopend op 28 maart 2020 en gesloten op 25 juli 2020.
- Voor de verrekening met het eigen risico is de ingangsdatum van de (vervolg-)DBC bepalend. Dit blijkt uit artikel 2.8.4., onder e, van de voorwaarden van de zorgverzekering. Genoemd artikel is gebaseerd op artikel 23, eerste lid, Zvw, dat bepaalt dat kosten van zorg worden toegerekend aan het jaar waarin de zorg of dienst is genoten. Als de zorg of dienst in twee of meer kalenderjaren wordt genoten, en de kosten door de zorgaanbieder of andere dienstverlener in één bedrag in rekening zijn gebracht, worden deze toegerekend aan het jaar waarin de zorg of dienst is aangevangen.
- In dit geval is de openingsdatum van de vervolg-DBC 28 maart 2020, zodat de kosten dienen te worden verrekend met het verplicht eigen risico 2020. Op grond van artikel 2.8.1. van de voorwaarden van de zorgverzekering was verzoekster in 2020 een bedrag van € 385,- aan verplicht eigen risico verschuldigd voor de zorg en overige diensten die ten laste van de zorgverzekering komen. Het verplicht eigen risico 2020 was nog niet 'volgemaakt'. Zowel voor de op 30 juni 2020 aan verzoekster ter hand gestelde oogzalf als voor de kosten van de medisch specialistische zorg geldt dat deze niet zijn uitgesloten van het eigen risico. De ziektekostenverzekeraar heeft daarom het bedrag van de oogzalf (€ 16,98) en de door het ziekenhuis gedeclareerde kosten ten bedrage van € 980,91 terecht verrekend met het nog openstaande verplicht eigen risico 2020, en wel tot het bedrag van € 385,-.
- 6.7. Verzoekster heeft aangevoerd dat zij gedupeerd is, omdat de operatie moest worden uitgesteld vanwege Covid-19. Deze situatie is volgens haar zo uitzonderlijk dat hiermee rekening moet worden gehouden.
- De commissie kan de onvrede van verzoekster begrijpen, maar ziet hierin onvoldoende reden om aan haar verzoek tegemoet te komen. Ook in normale omstandigheden komt het met grote regelmaat voor dat medisch specialistische zorg die onder het verplicht eigen risico valt, wordt genoten in twee verschillende jaren, en wordt gedeclareerd met verschillende DBC's. Gezien de zeer specifieke regeling van artikel 23 Zvw, heeft de wetgever hiermee rekening gehouden, en dan is het niet aan de commissie daar op incidentele basis uitzonderingen op te maken. Voor een wijziging van de systematiek als zodanig zal hoe dan ook genoemd artikel moeten worden aangepast.
- Een zorgverzekeraar kan uit coultance besluiten tot afwijking. De commissie is ten aanzien van dit coultancebeleid niet bevoegd, tenzij sprake zou zijn van willekeur bij de toepassing. Hiervan is echter niet gebleken.
- 6.8. Verzoekster heeft zich voorts erop beroepen dat haar volledige vergoeding van kosten werd toegezegd door de ziektekostenverzekeraar.
- Het is de commissie niet duidelijk waarop verzoekster zich hierbij baseert. De bovenooglidcorrectie is een medisch specialistische behandeling, die onder de dekking van de zorgverzekering kan vallen als een verzekeringsindicatie aanwezig is. In de situatie van verzoekster is dit het geval, zoals blijkt uit de afgegeven machtigingen. Medisch specialistische zorg is, zoals al werd geconstateerd, niet uitgesloten van het verplicht eigen risico. Dat in het kader van de zorgverzekering een verplicht eigen risico van toepassing is, is een feit van algemene bekendheid. Uit de afgegeven machtigingen valt niet op te maken dat van de bestaande systematiek wordt afgeweken, in die zin dat hierin eenduidig en onvoorwaardelijk wordt gesteld dat het verplicht eigen risico geen toepassing vindt.

 6.9. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 27 oktober 2021,


H.A.J. Kroon



BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

g. behandelingen die zijn uitgevoerd door uzelf. Voor een behandeling door uw partner, gezinslid en/of familielid in de eerste en tweede graad dienen wij u vooraf toestemming te geven, als u deze behandeling ook bij ons wilt declareren. Wij geven alleen toestemming in uitzonderlijke gevallen. Er is sprake van een uitzonderlijk geval als u kunt aantonen dat het noodzakelijk is dat de zorg uitgevoerd moet worden door een familielid en niet door een andere zorgverlener kan worden uitgevoerd.

2.8 Eigen risico

2.8.1 Verplicht eigen risico

Het verplichte eigen risico is het bedrag aan kosten van zorg of overige diensten, genoemd in hoofdstuk B3 van deze verzekeringsvoorwaarden, dat verplicht voor uw rekening blijft. Voor verzekerden van achttien jaar of ouder geldt een verplicht eigen risico van € 385,- per kalenderjaar.

Tip: Verwacht u uw verplichte eigen risico in het komende kalenderjaar volledig op te maken? Dan bieden wij u de mogelijkheid het eigen risico gespreid te betalen. Kijkt u voor meer informatie op onze website of neem contact met ons op.

2.8.2 Vrijwillig eigen risico

Het vrijwillige eigen risico is het met u als verzekeringnemer overeengekomen bedrag per kalenderjaar aan kosten van zorg of overige diensten, genoemd in hoofdstuk B3 van deze verzekeringsvoorwaarden, dat u naast het verplichte eigen risico voor uw eigen rekening neemt. Als u kiest voor een vrijwillig eigen risico, ontvangt u van De Friesland een premiekorting. U kunt kiezen voor een vrijwillig eigen risico van € 100,-, € 200,-, € 300,-, € 400,- of € 500,-.

Wijziging vrijwillig eigen risico

U kunt het vrijwillige eigen risico jaarlijks per 1 januari wijzigen. U moet de wijziging uiterlijk op 31 december van het voorafgaande kalenderjaar aan De Friesland doorgeven.

2.8.3 Wanneer is het eigen risico niet van toepassing

Zowel het verplichte als het vrijwillige eigen risico zijn niet van toepassing op de kosten van:

- a. verloskundige zorg en kraamzorg. Hiermee samenhangende kosten, zoals geneesmiddelen, laboratoriumonderzoek, NIPT of ziekenvervoer tellen wel mee voor het eigen risico;
- b. het gebruik van zorg zoals huisartsen die bieden, inclusief preventieve voetzorg bij diabetes mellitus en de gecombineerde leefstijlinterventie (GLI). Wel onder het eigen risico vallen de kosten van:
 - geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen door een specialist ouderengeneeskunde of een arts verstandelijk gehandicapten;
 - door de huisarts aangevraagd laboratorium- en functieonderzoek, als dat

- onderzoek onder de dekking van deze verzekering valt, elders wordt uitgevoerd en apart in rekening wordt gebracht;
- c. nacontroles van de donor nadat de periode van zorg aan die donor is verstreken. Deze zorgperiode is maximaal dertien weken of, als het om een levertransplantatie gaat, een half jaar;
 - d. vervoer van de donor als bedoeld in artikel 3.17, Inhoud zorg, onder e. en f., als de donor een zorgverzekering heeft afgesloten;
 - e. hulpmiddelen die in bruikleen worden verstrekt;
 - f. zorg die wordt bekostigd met toepassing van de op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde beleidsregel voor de prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen (ketenzorg);
 - g. verpleging en verzorging zonder verblijf als bedoeld in artikel 3.21;
 - h. de medicatiebeoordeling chronisch gebruik van receptgeneesmiddelen uitgevoerd door een hiervoor door ons gecontracteerde apotheek;
 - i. zorg bij stoppen-met-rokenprogramma (ondersteuning en medicatie).
 - j. de kosten van zorg of overige diensten die in een bepaald kalenderjaar zijn gemaakt, maar waarvan wij de nota's pas na 31 december van het daaropvolgende kalenderjaar ontvangen. Als het aan u te wijten is dat de rekening niet voor die dag is ingediend, vallen de kosten wel onder het eigen risico.

2.8.4 Berekening vrijwillig en verplicht eigen risico

- a. De Friesland brengt kosten van zorg of overige diensten die zowel ten laste van het verplichte als het vrijwillige eigen risico kunnen komen, eerst ten laste van het verplichte eigen risico.
- b. In die gevallen waarin u op grond van deze verzekeringsvoorwaarden een eigen bijdrage bent verschuldigd, telt deze eigen bijdrage niet mee voor het eigen risico. Ook overige kosten die voor uw eigen rekening blijven, worden voor toepassing van het eigen risico buiten beschouwing gelaten.
- c. Als een verzekerde de leeftijd van achttien jaar bereikt, gaat het eigen risico in vanaf de eerste dag van de kalendermaand volgend op de maand waarin hij de leeftijd van achttien jaar heeft bereikt.
- d. Als de verzekering in de loop van een kalenderjaar tot stand komt of eindigt, wordt het eigen risico naar evenredigheid toegepast op basis van het werkelijk aantal dagen in het kalenderjaar.
- e. Kosten van zorg of een andere dienst worden toegerekend aan het kalenderjaar waarin de zorg is genoten. Wanneer in twee achtereenvolgende kalenderjaren zorg is genoten die door de zorgaanbieder in één bedrag in rekening wordt gebracht, worden de kosten toegerekend aan het kalenderjaar waarin met de zorg is begonnen. Voor de vaststelling van het eigen risico wordt een DBC dus toegerekend aan het jaar waarin deze is geopend. In het buitenland wordt een behandeling niet gedeclareerd in de vorm van een DBC. De behandeldatum is in dat geval bepalend voor het eigen risico dat wij toepassen.
- f. Als De Friesland de kosten van verleende hulp rechtstreeks aan de zorgaanbieder heeft vergoed, dan brengt De Friesland u achteraf het eventueel verschuldigde eigen risico in rekening. Voorafgaand aan het incasseren van

het eigen risico krijgt u een specificatie van de kosten die ten laste komen van het eigen risico. Hierop wordt ook aangegeven wanneer en op welke manier het verschuldigde bedrag zal worden geïncasseerd. Heeft u nog een bedrag aan verplicht en/of vrijwillig eigen risico openstaan? Dan zal dit bedrag worden verrekend of bij u worden teruggevorderd. Dit kan ook verrekend worden met declaraties ten laste van uw persoonsgebonden budget voor verpleging en verzorging.

g. Als u (verzekeringnemer) het verplicht en/of vrijwillig eigen risico niet op tijd betaalt, kunnen wij administratiekosten, invorderingskosten en wettelijke rente in rekening brengen.

2.9 Premiebetaling

Let op! Wij hebben het liefst dat u (verzekeringnemer) de volgende bedragen via een automatische incasso of betaalmail betaalt:

- premie;
- verplicht en vrijwillig eigen risico;
- wettelijke eigen bijdragen;
- eigen betalingen;
- eventuele overige vorderingen.

Kiest u (verzekeringnemer) ervoor om op een andere manier te betalen dan via een automatische incasso of betaalmail? Dan kan het zijn dat u daarvoor administratiekosten moet betalen.

a. De premiegrondslag (bruto premie) voor deze verzekering staat vermeld op het polisblad en is ook te vinden op onze website. Op de premiegrondslag kunnen eventueel een collectiviteitkorting en korting op basis van een gekozen vrijwillig eigen risico worden toegepast. De verschuldigde premie bestaat uit de premiegrondslag na aftrek van een mogelijke collectiviteitkorting en/of korting in verband met een vrijwillig eigen risico.

b. Zodra de collectieve overeenkomst waaraan de verzekeringnemer een premiekorting ontleent wordt ontbonden, vervalt ook het recht op de korting. Ook vervalt het recht op korting zodra u niet meer voldoet aan de voorwaarden voor toegang tot de collectiviteit. Wij controleren dit periodiek door middel van het voorleggen van uw naam, adres en woonplaats aan de contractspartner van de collectiviteit.

c. Als verzekeringnemer bent u verplicht de premie en de bijdragen die voortvloeien uit (buitenlandse) wettelijke regelingen of bepalingen bij vooruitbetaling te voldoen. Dit kan per maand, kwartaal, halfjaar of kalenderjaar. Een uitzondering hierop geldt wanneer u deelneemt aan een collectiviteit die de premie rechtstreeks aan ons betaalt. In dat geval is alleen vooruitbetaling per maand mogelijk.

Let op! Als verzekeringnemer bent en blijft u zelf verantwoordelijk voor de premiebetaling, ook als er bijvoorbeeld bij een collectief contract is afgesproken dat de premiebetaling door de werkgever wordt voldaan en deze in gebreke blijft.

Zorgverzekeringswet

Artikel 19

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

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 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

Artikel 2.1

1. De zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet omvatten de vormen van zorg of diensten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, met uitzondering van vormen van zorg of diensten die voor de verzekerden kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift.
2. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
3. Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
4. Onder de zorg en overige diensten, bedoeld in het eerste lid, valt niet forensische zorg als bedoeld in artikel 1.1, tweede lid, van de Wet forensische zorg of forensische zorg als aangemerkt in of krachtens een algemene maatregel van bestuur.
5. In afwijking van het tweede lid vallen onder de zorg en overige diensten, bedoeld in de artikelen 2.4, 2.8 of 2.9, ook de zorg en diensten die bij ministeriële regeling zijn aangewezen onder de daarbij geregelde voorwaarden en gedurende een daarbij aan te geven termijn van maximaal zeven jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.
6. De zorg en diensten, bedoeld in het eerste lid, omvatten niet geestelijke gezondheidszorg als bedoeld in artikel 10.2, eerste lid, van de Jeugdwet aan jeugdigen als bedoeld in artikel 1.1 van die wet.

Artikel 2.4

1. Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden, zintuiglijk gehandicaptenzorg als bedoeld in artikel 2.5a, zorg bij stoppen-met-rokenprogramma als bedoeld in artikel 2.5b, geriatrische revalidatie als bedoeld in artikel 2.5c en paramedische zorg als bedoeld in artikel 2.6, met dien verstande dat:
 - a. de zorg niet omvat:
 - 1°. het vaccineren ten behoeve van grieppreventie;
 - 2°. de combinatietest, de niet-invasieve prenatale test en de invasieve diagnostiek voor zwangere vrouwen die hiervoor geen medische indicatie hebben, met dien verstande dat:
 - ingeval van een niet-invasieve prenatale test onder een medische indicatie ook wordt verstaan het uit een combinatietest blijken van een aanmerkelijke kans op een foetus met een chromosoomafwijking;
 - ingeval van invasieve diagnostiek onder een medische indicatie ook wordt verstaan het uit een combinatietest of een niet-invasieve prenatale test blijken van een aanmerkelijke kans op een foetus met een chromosoomafwijking;
 - 3°. de vierde of volgende in-vitrofertilisatiepoging per te realiseren zwangerschap, nadat drie pogingen zijn geëindigd tussen het moment dat een follikelpunctie is geslaagd en het moment dat er sprake is van een doorgaande zwangerschap van tien weken te rekenen vanaf het moment van de follikelpunctie en indien de implantatie van gecryopreserveerde embryo's niet heeft geleid tot een doorgaande zwangerschap van negen weken en drie dagen te rekenen vanaf de implantatie;
 - 4°. de eerste en tweede in-vitrofertilisatiepoging bij een verzekerde jonger dan achtendertig jaar, indien er meer dan één embryo wordt teruggeplaatst;
 - 5°. vruchtbaarheidsgerelateerde zorg, indien de verzekerde vrouw drieënveertig jaar of ouder

is, behoudens voor zover het een in-vitrofertilisatiepoging betreft die reeds is aangevangen voordat de verzekerde vrouw de leeftijd van drieënveertig jaar heeft bereikt;

- 6°. zorg zoals tandarts-specialisten plegen te bieden;
 - b. behandeling van plastisch-chirurgische aard slechts onder de zorg valt indien die strekt tot correctie van:
 - 1°. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
 - 2°. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
 - 3°. verlamde of verslaptte bovenoogleden, indien de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
 - 4°. de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemeltespelten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
 - 5°. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transsexualiteit;
 - c. transplantaties van weefsels en organen slechts tot de zorg behoren indien de transplantatie is verricht in een lidstaat van de Europese Unie, in een staat die partij is bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte of in een andere staat indien de donor woonachtig is in die staat en de echtgenoot, de geregistreerde partner of een bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad van de verzekerde is.
2. Bij ministeriële regeling kunnen vormen van zorg worden uitgezonderd.

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.