



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg
Zaak : Eigen risico, toerekening
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2017, artt. 10, 11 en 19 Zvw, 2.17 en 2.18 Bzv
Zaaknummer : 201901547
Zittingsdatum : 5 februari 2020

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot)

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker,
tegen

OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij brief van 10 oktober 2019 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De zorgverzekeraar heeft bij brief van 28 november 2019 zijn standpunt aan de commissie kenbaar gemaakt. Een afschrift van deze brief is op 3 december 2019 aan verzoeker gezonden.
- 2.3. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 5 februari 2020 gehoord.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2017 bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de CZ Zorg-op-maatpolis (natura) (hierna: de zorgverzekering).
- 3.2. Verzoeker is in de periode van 27 december 2017 tot en met 6 april 2018 onder behandeling geweest bij het ziekenhuis voor aandoeningen aan zijn oog. Het ziekenhuis heeft voor de geleverde zorg een declaratie bij de zorgverzekeraar ingediend ten bedrage van € 502,01. De zorgverzekeraar heeft dit bedrag aan het ziekenhuis vergoed op grond van de zorgverzekering. Vervolgens heeft de zorgverzekeraar een bedrag van € 385,-- bij verzoeker in rekening gebracht als eigen risico voor het jaar 2017.
- 3.3. Verzoeker heeft de zorgverzekeraar verschillende keren om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brieven van 5 maart 2019 en 12 april 2019 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

4. Geschil

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat:
- (i) de zorgverzekeraar ten onrechte een bedrag van € 385,-- ten laste van het eigen risico 2017 heeft gebracht;
 - (ii) de zorgverzekeraar niet meer dan € 251,-- aan eigen risico 2017 bij hem in rekening mag brengen.
- 4.2. De zorgverzekeraar 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 A.22. van de zorgverzekering.

6. Beoordeling

- 6.1. 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.
- 6.2. Verzoeker was in 2017 een wettelijk verplicht eigen risico van € 385,-- verschuldigd. Dit betekent dat de eerste € 385,-- aan kosten die op grond van de zorgverzekering worden vergoed door de zorgverzekeraar bij verzoeker in rekening worden gebracht. Dit staat in artikel A.12.1 van de zorgverzekering.
- 6.3. Ziekenhuiszorg wordt met een zogenoemde diagnose behandel combinatie (DBC) gedeclareerd. Een DBC is een totaal aan zorgactiviteiten dat nodig is om een diagnose te stellen en een eventuele behandeling uit te voeren. Een DBC wordt geopend op het moment dat een verzekerde voor het eerst in het ziekenhuis komt. Een DBC wordt gesloten na het verstrijken van een vastgestelde looptijd. Deze looptijden zijn vermeld in de Regeling medisch specialistische zorg (hierna: de regeling) van de Nederlandse Zorgautoriteit. Na het verstrijken van de looptijd wordt een DBC gesloten. Het ziekenhuis bepaalt aan de hand van de zorgactiviteiten welke DBC in rekening mag worden gebracht. Vervolgens wordt deze gedeclareerd bij de zorgverzekeraar. Als het niet mogelijk was de benodigde zorg binnen de looptijd van de eerste DBC te leveren, wordt aansluitend hierop een zogenoemde vervolg DBC geopend. De openingsdatum van een DBC bepaalt aan welk jaar het verschuldigde eigen risico wordt toegerekend. Ligt deze datum in 2017, dan is het eigen risico van dat jaar van toepassing. Ligt deze datum in 2018, dan is het eigen risico van dat jaar van toepassing. Dit staat in artikel A.12.2 van de zorgverzekering.
- 6.4. Het staat vast dat verzoeker voor het eerst op 27 december 2017 in het ziekenhuis is geweest. Op dat moment is een DBC geopend. De kosten die hiermee samenhangen worden verrekend met het eigen risico 2017. Hierover verschillen partijen niet van mening. Zij verschillen ook niet van mening over het feit dat verzoeker het eigen risico 2017 nog niet had verbruikt. Zij verschillen wel van mening over de vraag of het volledige eigen risico 2017 (€ 385,--) in rekening mocht worden gebracht. Hierover hebben zij het volgende aangevoerd.
- 6.5. Verzoeker verklaart dat hij op 27 december 2017 een laserbehandeling aan het oog heeft ondergaan. Dit is een operatieve ingreep. In artikel 18, eerste lid, van de regeling staat dat de DBC die op dat moment is geopend, moet worden gesloten op de 42e dag na de datum van de ingreep. Als binnen deze termijn een nieuwe operatieve ingreep plaatsvindt, geldt dat de DBC moet worden gesloten op de 42e dag na deze laatste ingreep. Dit staat in artikel 18, tweede lid, van de regeling. Verzoeker heeft op 3 januari 2018 - en dus binnen 42 dagen na de eerste operatieve ingreep - een tweede laserbehandeling ondergaan. Dit betekent dat de DBC op de 42e dag na deze ingreep moest worden gesloten. Dit is volgens verzoeker ten onrechte niet gebeurd. Verzoeker heeft weliswaar op 23 februari 2018 opnieuw een ingreep ondergaan, maar op dat moment waren reeds 42 dagen verstreken. Volgens verzoeker had het ziekenhuis op dat moment een nieuwe DBC moeten openen. Onder de DBC die op 27 december 2017 is geopend, kunnen dus niet de zorgactiviteiten vallen die vanaf 23 februari 2018 zijn uitgevoerd. Dit is ten onrechte toch gebeurd, waardoor het ziekenhuis een hoger tarief bij de zorgverzekeraar heeft gedeclareerd. Als het ziekenhuis op correcte wijze had gedeclareerd, was er een lager tarief in rekening gebracht en was ook de rekening voor het eigen risico lager uitgevallen.

- 6.6. De zorgverzekeraar heeft telefonisch contact opgenomen met het ziekenhuis om de ingediende declaratie te bespreken. Tijdens het gesprek is naar voren gekomen dat de wijze waarop is gedeclareerd niet juist is. Er had als volgt gedeclareerd moeten worden:

27 december 2017 tot en met 14 februari 2018 - DBC met code: 15B623

Op 27 december 2017 heeft verzoeker een laserbehandeling ondergaan. Omdat op 3 januari 2018 wederom een laserbehandeling heeft plaatsgevonden, wordt de declaratieperiode op de 42e dag ná 3 januari 2018 gesloten.

15 februari 2018 tot en met 6 maart 2018 - DBC met code: 15B623

Omdat verzoeker op 23 februari 2018 wederom een laserbehandeling heeft ondergaan, had een nieuwe DBC moeten worden geopend. Deze had moeten worden gesloten op de 42e dag na de behandeling.

7 maart 2018 tot en met 4 juli 2018 - DBC met code: 15B619

Verzoeker is op 10 april 2018 op consult geweest. Dit consult kan, gelet op de datum, niet onder de vorige DBC vallen.

Eén en ander leidt er echter niet toe dat het ziekenhuis een andere DBC moet declareren. Ook de zorgactiviteiten die tussen 27 december 2017 tot en met 14 februari 2018 hebben plaatsgevonden leiden tot de DBC met code 15B623. De zorgverzekeraar heeft met het ziekenhuis afgesproken dat voor deze DBC een tarief van € 502,01 in rekening mag worden gebracht. Dit bedrag is door de zorgverzekeraar aan het ziekenhuis vergoed. De vergoeding is verrekend met het eigen risico 2017 van verzoeker voor een bedrag van € 385,--. Ook de financiële situatie in 2018 blijft gelijk. Verzoeker heeft het volledig eigen risico voor dat jaar namelijk verbruikt. Aanpassing van de declaraties zal dus niet leiden tot een financieel voor- of nadeel voor verzoeker.

- 6.7. De commissie overweegt dat het ziekenhuis de DBC met code 15B623 bij de zorgverzekeraar heeft gedeclareerd. De consumentenomschrijving van deze code luidt: *"Laserbehandeling van beperkte delen van het netvlies (panretinale laser) bij een oogontsteking, ziekte van het netvlies/ vaatvlies/ glasachtig lichaam in het oog"*. De zorgverzekeraar heeft met het ziekenhuis afgesproken dat een vast tarief voor deze DBC in rekening mag brengen, namelijk een bedrag van € 502,01. Anders dan verzoeker stelt zou geen andere DBC in rekening zijn gebracht. Dit wordt bevestigd door het Zorginstituut in zijn advies van 16 december 2019. Aangezien het eigen risico 2017 nog niet was verbruikt, stond het de zorgverzekeraar vrij de vergoeding hiermee te verrekenen. Dit betekent dat de zorgverzekeraar terecht een bedrag van € 385,-- bij verzoeker in rekening heeft gebracht aan eigen risico 2017 in verband met de hiervoor genoemde behandeling.

- 6.8. Voor de volledigheid merkt de commissie op dat hoewel vast staat dat het ziekenhuis onjuist heeft gedeclareerd verzoeker hiervan geen (financieel) nadeel lijdt. Verzoeker heeft er om die reden geen redelijk belang bij dat de declaraties alsnog worden herzien. Dit zal namelijk niet leiden tot een andere uitkomst. De commissie ziet om die reden geen aanleiding de ziektekostenverzekeraar te verplichten hierop aan te dringen bij het ziekenhuis.

- 6.9. De zorgverzekeraar is wel gehouden het entreegeld van € 37,-- aan verzoeker te vergoeden. Immers, verzoeker heeft terecht aangevoerd dat het ziekenhuis niet volgens de regeling heeft gedeclareerd. Het had op de weg van de zorgverzekeraar gelegen dit eerder te erkennen, zodat verzoeker de onderhavige procedure niet had hoeven starten.

- 6.10. Dit leidt tot de navolgende beslissing.



7. Bindend advies



- 7.1. De commissie beslist dat:
- (i) de zorgverzekeraar terecht een bedrag van € 385,-- in rekening heeft gebracht bij verzoeker in verband met het eigen risico 2017;
 - (ii) de zorgverzekeraar aan verzoeker het entreegeld van € 37,-- moet vergoeden.



Zeist, 4 maart 2020,



G.R.J. de Groot



BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

en kosten aan ons hebt betaald, ook die van de oude beëindigde verzekering.

A.10.2. Teveel betaalde premie

- Eindigt uw verzekering in een betalingsperiode die u (verzekeringnemer) vooraf betaald hebt, dan krijgt u (verzekeringnemer) over het aantal overgebleven dagen van die betalingsperiode, een gedeelte van het betaalde bedrag terug. Wij brengen op het terug te betalen bedrag namelijk wel administratiekosten in mindering.
- Als uw verzekering wijzigt in een betalingsperiode die u (verzekeringnemer) vooraf betaald hebt, dan verrekenen wij de teveel betaalde premie over het aantal overgebleven dagen in die betalingsperiode, met de premie die u moet betalen voor de nieuwe verzekering(en).
- Wij kunnen in een betalingsperiode die u (verzekeringnemer) vooraf betaald hebt, uw verzekering beëindigen, omdat u zich tegenover ons schuldig maakt aan (een poging tot) misdrijf, overtreding, oplichting, misleiding, fraude, dwang of bedreiging. In deze gevallen krijgt u (verzekeringnemer) over het overgebleven gedeelte van die betalingsperiode van het betaalde bedrag niets terug.

A.11. Verandering van premiegrondslag

Wij kunnen de premiegrondslag veranderen. De hoogte van de premie verandert dan ook. Wij delen u (verzekeringnemer) deze verandering tenminste 6 weken voordat deze ingaat mee. In artikel A.5.4 kunt u de opzegmogelijkheden lezen die 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 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 hebben 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 eigen bijdrage. Eigen risico en eigen bijdrage 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 genoten.

Wordt zorg in 2 achtereenvolgende jaren genoten 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.

Echter 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 niet voor OZP's (Overige Zorg Producten) 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:

- De kosten van huisartsenzorg. Het verplicht eigen risico geldt weer wel voor kosten die met huisartsenzorg te maken hebben, maar welke 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 € 110,- aan kosten die onder de dekking van uw zorgverzekering vallen. Het gaat om € 80,- aan kosten voor een medisch specialist in het ziekenhuis. Deze kosten tellen mee voor het verplicht eigen risico. Daarnaast gaat het om € 30,- aan kosten voor een consult bij de huisarts. Deze kosten tellen niet mee voor het verplicht eigen risico. U moet dan € 80,- zelf betalen. De € 30,- voor het huisartsenconsult worden al wel door ons vergoed.

- De kosten van verloskundige zorg en kraamzorg artikelen B.5. (met uitzondering van de NIPT uit artikel B.5.3.), B.6. en B.7.. Het verplicht eigen risico geldt weer wel voor kosten die hiermee te maken kunnen hebben, maar die in een ander artikel van onze verzekeringsvoorwaarden zijn opgenomen, zoals IVF, am-

balancevervoer, geneesmiddelen, hulpmiddelen en (laboratorium)onderzoek dat niet door de huisarts is gedaan en ook niet door hem in rekening is gebracht.

- De kosten van nacontroles van 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.).
- De kosten van vervoer van de donor bij orgaantransplantatie als deze vervoerskosten onder zijn eigen zorgverzekering vallen (zie artikel B.4.7.2.);
- 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;
 - 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 zorgovereenkomst hebben afgesloten. In deze zorgovereenkomst moeten wij ook hebben afgesproken dat zij deze kosten bij uw inschrijving in rekening mogen brengen;
- De gehele of gedeeltelijke kosten van zorg en overige diensten als:
 - u voor die zorg of diensten naar een zorgverlener bent geweest, die wij daarvoor hebben aangewezen, of
 - u een programma voor diabetes, depressie, hart- en vaatziekten chronisch obstructief longlijden, overgewicht, dementie, trombosezorg, incontinentiezorg of stoppen met roken hebt gevolgd, dat wij hebben aangewezen.

Wij hebben hiervoor geen zorgverleners of gezondheidsprogramma's aangewezen. Als hier verandering in komt, plaatsen wij een bericht op onze internetsite;

- De kosten van ketenzorg (zie voor "ketenzorg" ook artikel B.24.);
- De kosten van wijkverpleging (zie ook artikel B.26.);
- 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 ge-

bruikskosten die samenhangen met het hulpmiddel dat wij u in bruikleen geven.

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.

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 zorgverlener (die een betaalovereenkomst met ons heeft) 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 geen betaalovereenkomst met ons heeft), betalen wij aan u als er nog een (deel van het) eigen risico openstaat, ook al hebt u ons gevraagd om rechtstreeks aan de zorgverlener te betalen. U ontvangt van ons dan het bedrag waar u recht op hebt 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 2016. Van 23 september 2016 tot en met 31 december 2016 is 100 dagen (2016 is een schrikkeljaar). Uw eigen risico wordt dan:

- € 385,- : 366 = € 1,0519 eigen risico per dag
- € 1,0519 x 100 dagen = € 105,19 eigen risico dat jaar (niet afgerond)
- € 105,19 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 2016 t/m 30 juni 2016; dit zijn 182 dagen (2016 is een schrikkeljaar). U hebt dan alleen het verplichte eigen risico van € 385,-.

Uw 2^e zorgverzekering loopt van 1 juli 2016 t/m 31 december 2016 (dit zijn 184 dagen). U kiest dan, naast het verplichte eigen risico voor een vrijwillig eigen risico van € 300,-.

Uw eigen risico voor de eerste zorgverzekering wordt dan:

- € 385,- : 366 = € 1,0519 eigen risico per dag
- € 1,0519 x 182 dagen = € 191,45 eigen risico; dat is afgerond € 191,-.

Uw eigen risico voor uw 2^e zorgverzekering wordt dan:

- € 385,- + € 300,- = € 685,-
- € 685,- : 366 = € 1,8715 eigen risico per dag
- € 1,8715 x 184 dagen = € 344,36 eigen risico; dat is afgerond € 344,-.

Voor deze 2 periodes tellen wij beide eigen risico bedragen bij elkaar op: € 191,- + € 344,- = € 535,-. 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 verplichte 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 2016 wordt uw zoon 18 jaar. Voor 5 november 2016 had hij geen verplicht eigen risico (€ 0,-) en vanaf 5 november 2016 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,- : 366 dagen = € 1,0519 eigen risico per dag.
- € 1,0519 x 57 dagen = € 59,96 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 januari 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 1^e kwartaal van het deelnamejaar in 10 termijnen.

Voorwaarden tijdens deelname

- Deelname kan worden verlengd, behalve als u voor 1 januari van het volgende jaar aangeeft dat en voor welke verzekerden u wilt stoppen met deze betalingsregeling.
- U ontvangt een eindafrekening in het 1^e kwartaal van het volgende jaar. Hebt u teveel betaald aan verplicht eigen risico, dan betalen wij het (resterende) bedrag uiterlijk in dat zelfde kwartaal aan u terug. Als hierna nog rekeningen bij ons binnen komen die met uw ver-

plicht 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:
 - niet meer wordt voldaan aan bovenstaande voorwaarden;
 - u niet tijdig betaalt;
 - uw verzekeringssituatie 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. 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.

Bij een Zorgverzekering Natura Direct en een Zorgverzekering Natura Select kunt u alleen kiezen voor een vrijwillig eigen risico van € 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 vrijwillige 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 dertig dagen te melden dat u in hechtenis bent genomen of in de gevangenis zit of u daartoe veroordeeld bent;
- ons binnen dertig 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 dertig 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 die onder de dekking van de verzekering(en) in aanmerking kunnen komen.

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.

Besluit zorgverzekering

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.