

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B , en VGZ Zorgverzekeraar NV te Arnhem
Zaak : Eigen risico, verplicht eigen risico, Wvggz, schadevergoeding
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2021, artt. 10, 11, 19, 21 en 64 Zvw, 2.1, 2.4, 2.17 en 2.18 Bzv,
artt. 2.1, 3.3 en 3.4 Wvggz
Zaaknummer : 202200479
Zittingsdatum : 19 oktober 2022

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

en

VGZ Zorgverzekeraar NV te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoeker heeft bij brief van 7 juli 2022 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 13 juli 2022 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 2.2. Bij brief van 18 augustus 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar de commissie bericht van verzoeker een toestemmingsverklaring nodig te hebben om de beschikking van de rechtbank inzake de afgegeven zorgmachtiging over te leggen. Een kopie van deze brief is op 19 augustus 2022 aan verzoeker gestuurd. Bij e-mailbericht van 18 augustus 2022 heeft de voormalig advocaat van verzoeker aan de commissie de beschikking van de rechtbank overgelegd. Een kopie van de beschikking is op 1 september 2022 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd. Bij brief van 12 september 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 13 september 2022 aan verzoeker gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 29 september 2022 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2022036833) aan de commissie meegedeeld geen adviesbevoegdheid te hebben in deze kwestie. Een kopie hiervan is op 5 oktober 2022 aan partijen gestuurd.
- 2.4. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 19 oktober 2022 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.5. Na afloop van de hoorzitting heeft de ziektekostenverzekeraar de commissie bij brief van 25 oktober 2022 geïnformeerd verzoeker eenmalig en uit coulance tegemoet te willen komen door het kwijtschelden van het verplicht eigen risico 2021 ten bedrage van € 385,-. Genoemde brief is op 26 oktober 2022 aan verzoeker gestuurd met de vraag of het geschil hiermee is opgelost. Bij e-mailbericht van 13 november 2022 heeft verzoeker de commissie meegedeeld dat het geschil niet is opgelost, waarbij hij de commissie heeft verzocht de procedure voort te zetten en een bindend advies uit te brengen. Een kopie hiervan is ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 2.6. De aantekeningen van de hoorzitting, kopieën van de ter zitting door verzoeker overgelegde stukken en van de nadien ontvangen stukken zijn op 3 november 2022 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 29 september 2022 aanpassing behoeft. In de begeleidende brief heeft de commissie het Zorginstituut verzocht de volgende vragen te beantwoorden:

"1. Noch in de Wet verplichte Geestelijke Gezondheidszorg, noch in de Zorgverzekeringswet is een bepaling opgenomen die regelt wie de kosten draagt van de (voorbereidende) activiteiten door zorgaanbieders, voor zover het gaat om de zorginhoudelijke beoordeling of iemand is aangewezen op verplichte zorg. Dit in de situatie dat de Officier van Justitie een verzoek om een zorgmachtiging bij de rechtbank wil indienen. Op welke grondslag (wet of AMvB) is gebaseerd dat deze kosten ten laste van de zorgverzekering vallen nu noch de WvGGz, noch de Zvw daar iets over zeggen. Wilt u hierbij artikel 64 Zvw betrekken?

2. In het onderhavige geval is het verzoek van de Officier van Justitie afgewezen omdat niet voldaan is aan een belangrijke wettelijke eis. Wat is in zo'n geval de grondslag om de kosten van de zorginhoudelijke activiteiten in het kader van de voorbereiding van het verzoek om een ggz-machtiging door de Officier van Justitie, ten laste van de Zvw en daarmee het verplicht eigen risico te laten komen?

Waarop is gebaseerd dat het geen verschil maakt of het verzoek om een verplichte ggz machtiging is toegewezen, dan wel of het verzoek om verplichte ggz, niet blijkt te hebben voldaan aan de wettelijke eis om te kunnen komen tot het afgeven van een zorgmachtiging door de rechtbank, en dus is afgewezen?

3. Het Zorginstituut heeft aan de NZa een niet openbaar advies uitgebracht, naar de Geschillencommissie heeft begrepen, waarin is verrat dat de kosten van de zorginhoudelijke beoordeling of iemand is aangewezen op verplichte zorg in het kader van het verzoek om een verplichte ggz-machtiging door de Officier van Justitie, ten laste van de Zvw komen, ongeacht of de machtiging is verleend of afgewezen. Waarop is dit advies gebaseerd en hoe kan een verzekerde dit advies kennen?"

- 2.7. Bij brief van 22 november 2022 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 24 november 2022 aan partijen gestuurd, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop te reageren. Bij e-mailbericht van 30 november 2022 heeft verzoeker van de geboden mogelijkheid gebruik gemaakt. Een kopie van deze reactie is aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2021 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering VGZ Ruime Keuze (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering VGZ Gemeentepakket Compleet (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.
- 3.2. Bij brief van 13 augustus 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar bij verzoeker een bedrag van € 386,50 (€ 385,- plus € 1,50 voor de kosten van de acceptgiro) in rekening gebracht ter zake van het verplicht eigen risico 2021.
- 3.3. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij e-mailbericht van 31 januari 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

4. Standpunt verzoeker

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar ten onrechte een bedrag van € 385,- bij hem vordert ter zake van het verplicht eigen risico 2021.
- 4.2. Volgens verzoeker stelt de ziektekostenverzekeraar zich ten onrechte op het standpunt dat hij het bedrag van € 385,- is verschuldigd vanwege door hem genoten GGZ-zorg. Nog afgezien van

het feit dat alleen een kort gesprek met een medewerker heeft plaatsgevonden, waarop geen behandeling is gevolgd, is dit volgens de ziektekostenverzekeraar gebeurd op verzoek van de Officier van Justitie. Dit laatste is echter niet juist, aangezien de zorg is gestart op verzoek van de gemeente. Omdat het hele traject via de gemeente is verlopen, is een en ander niet aan te merken als zorg die onder de Zorgverzekeringswet (Zvw) valt. Dit laatste brengt met zich dat de verrekening met het verplicht eigen risico 2021 ten onrechte heeft plaatsgevonden.

- 4.3. Ter zitting heeft verzoeker zijn standpunt herhaald, waarbij hij ter aanvulling heeft aangevoerd dat hij tevens een schadevergoeding van ruim € 10.000,- vordert van de ziektekostenverzekeraar. Genoemd bedrag heeft verzoeker moeten betalen aan advocaatkosten. De advocaat heeft geprobeerd de ziektekostenverzekeraar ervan te overtuigen dat de GGZ-instelling ten onrechte kosten heeft gedeclareerd. Tot grote teleurstelling van verzoeker is de advocaat hierin niet geslaagd.
- 4.4. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft verzoeker te kennen gegeven dat alle punten die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen, zijn besproken.

5. **Standpunt ziektekostenverzekeraar**

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat voor 2021 sprake is van een wettelijk verplicht eigen risico van € 385,-. Dit wordt bij de verzekerde in rekening gebracht op het moment dat de ziektekostenverzekeraar zorgkosten op grond van de zorgverzekering vergoedt. De GGZ-instelling heeft bij de ziektekostenverzekeraar een bedrag van € 2.056,02 gedeclareerd voor aan verzoeker geleverde zorg. Bij de betreffende declaratie staat als omschrijving: '*Gespecialiseerde ggz, Diagnostiek, Bestede tijd vanaf 800 tot en met 1199 minuten.*' Daarnaast heeft de GGZ-instelling bij de ziektekostenverzekeraar een bedrag gedeclareerd van € 340,23 met als omschrijving '*Vorbereiding zorgmachtiging*'. Alleen de eerste declaratie is verrekend met het openstaande verplicht eigen risico 2021 van verzoeker.
- 5.2. De declaratie van de GGZ-instelling die is verrekend met het verplicht eigen risico 2021 van verzoeker betreft activiteiten die door de instelling zijn uitgevoerd in het kader van de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (hierna: Wvvggz), dit ter voorbereiding van de aanvraag van een zorgmachtiging door de Officier van Justitie. De aan deze voorbereiding verbonden kosten mogen in rekening worden gebracht, ongeacht of de zorgmachtiging daadwerkelijk door de rechtbank wordt afgegeven. In de situatie van verzoeker is door de Officier van Justitie wel een aanvraag gedaan voor een zorgmachtiging, maar is deze uiteindelijk niet verstrekt. De Wvvggz legt, in het kader van het aanvragen van een zorgmachtiging, verschillende taken neer bij de Officier van Justitie, de geneesheer-directeur, de onafhankelijk psychiater en de zorgverantwoordelijke. De taken van de Officier van Justitie komen niet ten laste van de Zvw, die van de geneesheer-directeur, de onafhankelijk psychiater en de zorgverantwoordelijke daarentegen wel.
- 5.3. In het kader van de bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen heeft de ziektekostenverzekeraar contact opgenomen met de psychiater die ook de declaratie heeft ingediend. Deze heeft verklaard dat zij was aangewezen door de geneesheer-directeur om een onafhankelijke beoordeling te doen voor de medische verklaring naar aanleiding van het verzoek van de Officier van Justitie. Als psychiater was zij niet bij de behandeling betrokken. Wel is er kort telefonisch contact geweest met verzoeker waarin hij zijn medewerking weigerde. Op basis van de informatie die beschikbaar was heeft de psychiater de gevraagde medische verklaring afgegeven. Een collega die was aangewezen als zorgverantwoordelijke heeft in die hoedanigheid uitvoering gegeven aan het invullen van het zorgplan. Op basis van de door hem ontvangen informatie heeft de ziektekostenverzekeraar geconcludeerd dat de kosten van de GGZ-instelling terecht zijn vergoed ten laste van de zorgverzekering en ook terecht zijn verrekend met het verplicht eigen risico 2021 van verzoeker.

- 5.4. Tijdens de hoorzitting heeft de ziektekostenverzekeraar zijn eerdere standpunt herhaald en ter aanvulling aangevoerd dat hij geen grond ziet tot het toekennen van een schadevergoeding. 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. Na afloop van de hoorzitting heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard verzoeker eenmalig en uit coulance tegemoet te willen komen door het kwijtschelden van het verplicht eigen risico 2021 ten bedrage van € 385,-.

6. Advies Zorginstituut

- 6.1. In het voorlopig advies van 29 september 2022 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, verklaard:

"(...) Het Zorginstituut heeft het dossier beoordeeld. De conclusie is dat het Zorginstituut in dit geschil geen adviesbevoegdheid heeft.

De Officier van Justitie heeft ten aanzien van verzoeker een verzoek ingediend bij de rechtbank tot het verlenen van een zorgmachtiging in de zin van artikel 6:4 van de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz). Uit het vonnis van de rechtbank blijkt dat het verzoek tot het afgeven van een zorgmachtiging is afgewezen.

In het kader van de voorbereiding van de zorgmachtiging is verzoeker beoordeeld door een psychiater en er is een zorgplan opgesteld. Volgens verweerder komen de kosten hiervan ten laste van de Zorgverzekeringswet (Zvw). Daarom is bij verzoeker het eigen risico in rekening gebracht. Volgens verzoeker is echter geen sprake van Zvw zorg.

Het geschil gaat over het in rekening brengen van het eigen risico. Het Zorginstituut adviseert alleen over geschillen die betrekking hebben op de aanspraak op zorg op grond van de basisverzekering. Onderhavig geschil heeft hier geen betrekking op. Het Zorginstituut gaat op verzoek van de SKGZ hieronder in op de vraag of de activiteiten in het kader van de voorbereiding van een zorgmachtiging ten laste van de basisverzekering kunnen worden gebracht.

Er kan sprake zijn van geneeskundige ggz als er een redelijk vermoeden bestaat dat iemand is aangewezen op (onvrijwillige) ggz en men beslist het beoordelingstraject in de zin van de Wvggz in te zetten. De (voorbereidende) activiteiten die door zorgverleners (arts, psychiater, geneesheer-directeur, verzorgende etc.) worden verricht om te beoordelen of daadwerkelijk onvrijwillige zorg aangewezen is, kunnen onder de Zvw vallen; het moet dan gaan om activiteiten in het kader van de (zorginhoudelijke) beoordeling of iemand is aangewezen op (verplichte) zorg en zo ja, welke vorm van verplichte zorg inhoudelijk gezien het best passend is. Ook als dit traject uiteindelijk niet leidt tot verplichte ggz (maar bijvoorbeeld tot zorg in een ander domein, of tot geen zorg) kunnen de activiteiten die de zorg in het kader van de beoordeling heeft verricht, onder de Zvw worden gebracht.

De kosten van taken die onder de bevoegdheid van College van Burgemeester en wethouders vallen (zoals het verkennend onderzoek voorafgaand aan de aanvraag van een zorgmachtiging), kunnen niet ten laste van de zorgverzekering worden gebracht. Ook niet als het College van Burgemeester en wethouders daarbij een zorgprofessional inschakelt, zoals een psychiater."

- 6.2. In het definitief advies van 22 november 2022 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"Naar aanleiding van uw vragen merkt het Zorginstituut het volgende op.

Op grond van artikel 64 van de Zvw bevordert het Zorginstituut een eenduidige uitleg van de aard, inhoud en omvang van de te verzekeren prestaties als bedoeld in artikel 11 van de wet. Met ingang van 1 januari 2020 is de WvGGZ ingevoerd. In de aanloop (2018) naar de invoering van deze wet, heeft het Zorginstituut op verzoek van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport een ambtelijke notitie uitgebracht aan de Werkgroep bekostiging WvGGZ van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). In deze notitie heeft het Zorginstituut nader geduid welke activiteiten, die in het kader van de voorbereiding van een zorgmachtiging door verschillende actoren op grond van de WvGGZ worden verricht, onder de Zvw kunnen vallen.

Het Zorginstituut heeft als hoofdlijn aangegeven, dat kosten die in het kader van de WvGGZ worden gemaakt alleen onder de Zvw kunnen vallen als het gaat om zorgkosten (in dit geval geneeskundige GGZ). Het moet dan gaan om geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten (in dit geval de psychiater) en klinisch psychologen, die plegen te bieden (artikel 2.4, eerste lid, Besluit zorgverzekering (Bzv)). Het aangrijpingspunt wanneer sprake kan zijn van geneeskundige GGZ die ten laste van de basisverzekering komt, is als er een redelijk vermoeden bestaat dat iemand is aangewezen op (onvrijwillige) GGZ en men beslist een beoordelingstraject daarvoor in te zetten.

In het kader van een dergelijk traject worden op grond van de WvGGZ diverse activiteiten verricht, door diverse actoren. Het Zorginstituut heeft in de ambtelijke notitie beschreven welke van deze activiteiten als geneeskundige GGZ kunnen worden aangemerkt en derhalve onder de basisverzekering vallen.

Zo stelt een onafhankelijk psychiater in het kader van de voorbereiding van een zorgmachtiging een medische verklaring op waarin deze zijn bevindingen vermeldt ten aanzien van de vraag of bij betrokkene sprake is van een psychische stoornis, een (voorlopige) diagnose van de psychische stoornis, een relatie tussen de psychische stoornis en het gedrag van betrokkene dat tot het ernstig nadeel leidt en de zorg die noodzakelijk is om het ernstig nadeel weg te nemen. Het opstellen van deze verklaring kan worden aangemerkt als geneeskundige zorg, zoals medisch-specialisten en klinisch psychologen plegen te bieden. Dit geldt ook als de uitkomst van het beoordelingstraject niet leidt tot verplichte GGZ, maar bijvoorbeeld tot zorg in een ander domein, of geen zorg. De reden hiervoor is, dat er geen verschil is in de aard van de activiteiten die zijn verricht. In beide gevallen gaat het bij dit beoordelingstraject om geneeskundige zorg, zoals medisch-specialisten en klinisch psychologen plegen te bieden (artikel 2.4, eerste lid van het Bzv).

Zoals uit het vorenstaande blijkt is de duiding van het Zorginstituut gebaseerd op de Zvw. Het Zorginstituut heeft op grond van artikel 64 van de Zvw verduidelijkt welke activiteiten vallen onder artikel 2.4, eerste lid van het Bzv. Het betreft een duiding in een ambtelijke notitie aan de werkgroep van de NZa. Deze notitie was bedoeld om tot een juiste bekostiging van de WvGGZ te komen. Gelet op het doel van de notitie is deze destijds niet gepubliceerd. De WvGGZ was op dat moment ook nog niet van kracht. Een verzekerde kan deze duiding dan ook niet zonder meer kennen."

7. Bevoegdheid van de commissie

- 7.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 10 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 7.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

8. Beoordeling

- 8.1. De relevante bepalingen uit de Zvw, het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over het verplicht eigen risico alsmede die uit de WvGGZ 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.

- 8.2. De commissie constateert dat partijen verdeeld zijn over het antwoord op de vraag of de ziektekostenverzekeraar, voor zorg verleend in het kader van de Wvggz, van verzoeker een bedrag van € 385,- mag vorderen in verband met het verplicht eigen risico 2021. Daarnaast heeft verzoeker van de ziektekostenverzekeraar een schadevergoeding van ruim € 10.000,- gevorderd.

Vordering eigen risico

- 8.3. Tussen partijen is niet in geschil dat verzoeker in 2021 een verplicht eigen risico had van € 385,- en dat dit ten tijde van de declaratie door de GGZ-instelling nog volledig openstond. De ziektekostenverzekeraar heeft de door de zorgaanbieder bij hem ingediende declaratie aangemerkt als betrekking hebbend op verzekerde zorg in het kader van de zorgverzekering en de kosten vergoed, waarna hij deze heeft verrekend met het verplicht eigen risico 2021 van verzoeker. Beoordeeld dient te worden of de zorg die aan verzoeker is verleend op basis van de Wvggz valt onder de dekking van de zorgverzekering. Hierover overweegt de commissie als volgt.
- 8.4. Geestelijke gezondheidszorg in verband met een psychische aandoening kan ofwel vrijwillig plaatsvinden binnen de grenzen van de geneeskundige behandelingsovereenkomst, zoals nader geregeld in het Burgerlijk Wetboek (BW), ofwel verplicht binnen de grenzen die de Wvggz hieraan stelt.
In het onderhavige geval staat vast dat de zorg aan verzoeker niet op zijn verzoek is verleend, maar in het kader van de Wvggz. Verzoeker meent dat de hiermee gemoeide kosten ten laste van de gemeente dienen te komen. De ziektekostenverzekeraar heeft hiertegen aangevoerd dat de activiteiten die door de gemeente worden uitgevoerd onder het verkennend onderzoek na een melding vallen. Zodra evenwel de Officier van Justitie besluit een verzoek in te dienen bij de rechtbank tot afgifte van een zorgmachtiging eindigt de betrokkenheid van de gemeente. Bij de voorbereiding van een dergelijk verzoek horen een onafhankelijke (zorginhoudelijke) beoordeling door een psychiater en het opstellen van een zorgplan. Alle kosten die worden gemaakt in het kader van de voorbereiding van de zorgmachtiging worden ten laste van de Zvw gebracht. Dit is ook het geval als de rechtbank uiteindelijk besluit geen zorgmachtiging af te geven. Voornoemd onderscheid is volgens de ziektekostenverzekeraar beschreven in een advies dat het Zorginstituut heeft uitgebracht aan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).
- 8.5. De commissie overweegt dat de onderhavige zorgkosten ten laste van de zorgverzekering kunnen komen als sprake is van een verzekerde prestatie. Dit is het geval als het gaat om geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten (in dit geval de psychiater) en klinisch psychologen, die plegen te bieden (artikel 2.4, eerste lid, Bzv). Tevens moet de zorg conform de stand van de wetenschap en praktijk zijn (artikel 2.1, tweede lid, Bzv). Is aan deze criteria voldaan, dan volgt uit de systematiek van de Zvw dat de desbetreffende zorg onder de dekking van de zorgverzekering valt, tenzij de wetgever ter zake een uitsluiting heeft opgenomen of indien de zorg kan worden bekostigd op basis van een andere wettelijke regeling (artikel 2.1, eerste lid, Bzv). Bestaat twijfel of het een verzekerde prestatie betreft, dan kan de pakketbeheerder, het Zorginstituut, uitsluitsel geven door middel van een duiding op grond van artikel 64 Zvw.
- 8.6. Het aangrijpingspunt wanneer sprake kan zijn van geneeskundige GGZ die ten laste van de zorgverzekering komt, is, zoals het Zorginstituut in zijn definitieve advies van 22 november 2022 opmerkt en welke redenering de commissie tot de hare maakt, als een redelijk vermoeden bestaat dat iemand is aangewezen op (onvrijwillige) GGZ en de Officier van Justitie beslist een beoordelingstraject daarvoor in te zetten. Dit laatste was bij verzoeker aan de orde.
Verder blijkt dat verzoeker - met het oog op het beoordelingstraject ter voorbereiding op de aanvraag van een zorgmachtiging voor hem - hoe kort ook, heeft gesproken met een psychiater, werkzaam bij de zorgaanbieder, en dat deze een medische verklaring heeft afgegeven. Aansluitend is door de zorgverantwoordelijke een zorgplan opgesteld. De commissie oordeelt dat het opstellen van een medische verklaring door een onafhankelijk psychiater in het kader van de voorbereiding van een zorgmachtiging kan worden aangemerkt als geneeskundige zorg, zoals medisch-specialisten en klinisch psychologen plegen te bieden. Daarmee staat vast dat is

voldaan aan het criterium 'plegen te bieden' en dat het hier geneeskundige GGZ betreft. Het tweede criterium is niet in geschil. Voorts is in de Zvw door de wetgever geen uitsluiting ter zake opgenomen en voorziet de Wvvgz niet in bekostiging, zodat moet worden geconcludeerd dat het hier zorg betreft die onder de verzekerde prestaties op grond van de zorgverzekering valt. Desgevraagd heeft het Zorginstituut in zijn adviezen van 29 september 2022 en 22 november 2022 het voorgaande bevestigd. Zoals het Zorginstituut eveneens opmerkt, doet hieraan niet af dat de zorgmachtiging uiteindelijk door de rechter niet is verleend.

- 8.7. Nu het hier een verzekerde prestatie betreft op grond van de zorgverzekering, en verzoeker kennelijk redelijkerwijs op de zorg was aangewezen, verzoeker heeft in dat verband geen feiten en omstandigheden gesteld waaruit redelijkerwijs het tegendeel voortvloeit of valt af te leiden, was de ziektekostenverzekeraar gehouden de kosten hiervan te vergoeden. Aangezien deze kosten niet zijn uitgesloten van het verplicht eigen risico en dit nog volledig open stond, heeft terecht verrekening met het verplicht eigen risico 2021 plaatsgevonden.
- 8.8. Het voorgaande betekent dat verzoeker het van hem gevorderde bedrag van € 385,- moet voldoen. De commissie begrijpt de weerstand van verzoeker, daar deze met kosten wordt geconfronteerd die niet het gevolg zijn van een door hem gemaakte keuze, en juist de keuzevrijheid het uitgangspunt is bij de eigen risicoregeling. Hiermee worden immers bewustwording en het voorkomen van onnodige zorgkosten beoogd. Aan dit bezwaar van verzoeker is door de ziektekostenverzekeraar eerder zo goed mogelijk tegemoet gekomen. Deze heeft namelijk na afloop van de hoorzitting aangeboden het bij verzoeker in rekening gebrachte bedrag ter zake van het verplicht eigen risico 2021 eenmalig en uit coulance kwijt te schelden. De commissie stelt vast dat verzoeker dit aanbod toen weliswaar heeft verworpen, maar spreekt de verwachting uit dat de ziektekostenverzekeraar, onder de gegeven omstandigheden, bereid is het desalniettemin gestand te doen.

Vergoeding advocaatkosten

- 8.9. Ter zitting heeft verzoeker verklaard dat hij van de ziektekostenverzekeraar ruim € 10.000,- vordert, omdat hij dit bedrag heeft moeten betalen aan advocaatkosten. De commissie beslist dat, aangezien het verzoek wordt afgewezen, voor toekenning van een vergoeding voor deze kosten geen grond bestaat, nog daargelaten dat deze vordering (i) in een dermate laat stadium (tijdens de mondelinge behandeling) naar voren is gebracht dat die als strijdig met de goede procesorde niet wordt toegelaten, en bovendien (ii) op geen enkele wijze is onderbouwd.

Slotsom

- 8.10. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

9. Bindend advies

- 9.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 27 januari 2023,

A.I.M. van Mierlo

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

Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg

Artikel 2:1

1. De zorgaanbieder en de geneesheer-directeur bieden voldoende mogelijkheden voor zorg op basis van vrijwilligheid, om daarmee verplichte zorg zoveel mogelijk te voorkomen.
2. Verplichte zorg kan alleen als uiterste middel worden overwogen, indien er geen mogelijkheden voor vrijwillige zorg meer zijn.
3. Bij de voorbereiding, de afgifte, de tenuitvoerlegging, de uitvoering, de wijziging en de beëindiging van een crisismaatregel, machtiging tot voortzetting van de crisismaatregel of zorgmachtiging worden van de verplichte zorg, waaronder begrepen de verplichte zorg in ambulante omstandigheden, de proportionaliteit, subsidiariteit, effectiviteit en veiligheid beoordeeld.
4. Bij de voorbereiding, de afgifte, de uitvoering, de wijziging en de beëindiging van een crisismaatregel, machtiging tot voortzetting van de crisismaatregel of zorgmachtiging wordt rekening gehouden met de voorwaarden die noodzakelijk zijn om deelname van betrokkene aan het maatschappelijk leven te bevorderen.
5. Bij de voorbereiding, de uitvoering, de wijziging en de beëindiging van een crisismaatregel, machtiging tot voortzetting van de crisismaatregel of zorgmachtiging worden de wensen en voorkeuren van betrokkene ten aanzien van de zorg vastgelegd.
6. De wensen en voorkeuren van betrokkene ten aanzien van de verplichte zorg worden gehonoreerd, tenzij:
 - a. betrokkene niet tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake in staat is, of
 - b. acuut levensgevaar voor betrokkene dreigt dan wel er een aanzienlijk risico voor een ander is op levensgevaar, ernstig lichamelijk letsel, ernstige psychische, materiële, immateriële of financiële schade, ernstige verwaarlozing of maatschappelijke teloorgang, of om ernstig in zijn ontwikkeling te worden geschaad, dan wel de algemene veiligheid van personen of goederen in gevaar is.
7. Bij de voorbereiding, de uitvoering, de wijziging en de beëindiging van een crisismaatregel, machtiging tot voortzetting van de crisismaatregel of zorgmachtiging worden de familie, de directe naasten van betrokkene en de huisarts zoveel mogelijk betrokken.
8. Bij de voorbereiding, de afgifte, de uitvoering, de wijziging en de beëindiging van verplichte zorg worden de mogelijk nadelige effecten van de verplichte zorg op lange termijn voor betrokkene bij de beoordeling van de subsidiariteit, proportionaliteit, effectiviteit en veiligheid betrokken en indien mogelijk met terzake deskundigen besproken.
9. Bij de voorbereiding, de afgifte, de uitvoering, de wijziging en de beëindiging van verplichte zorg bij kinderen en jeugdigen worden zonedig aanvullende zorgvuldigheidseisen gesteld en de mogelijk nadelige effecten van de verplichte zorg op lange termijn op de lichamelijke en geestelijke ontwikkeling van betrokkene en de deelname aan het maatschappelijk leven betrokken bij de beoordeling van de subsidiariteit, proportionaliteit, effectiviteit en veiligheid en indien mogelijk met terzake deskundigen besproken.

Artikel 3:3

Indien het gedrag van een persoon als gevolg van zijn psychische stoornis, niet zijnde een psychogeriatrische aandoening, verstandelijke handicap, of een op grond van artikel 1, vierde lid, of onder toepassing van artikel 24, vierde lid, van de Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten daarmee gelijkgestelde ziekte of aandoening, leidt tot ernstig

nadeel kan als uiterste middel verplichte zorg als bedoeld in artikel 3:1 worden verleend, indien:

- a. er geen mogelijkheden voor zorg op basis van vrijwilligheid zijn;
- b. er voor betrokkene geen minder bezwarende alternatieven met het beoogde effect zijn;
- c. het verlenen van verplichte zorg, gelet op het beoogde doel van verplichte zorg evenredig is;
en
- d. redelijkerwijs te verwachten is dat het verlenen van verplichte zorg effectief is.

Artikel 3:4

Verplichte zorg kan worden verleend om:

- a. een crisissituatie af te wenden,
- b. ernstig nadeel af te wenden,
- c. de geestelijke gezondheid van betrokkene te stabiliseren,
- d. de geestelijke gezondheid van betrokkene dusdanig te herstellen dat hij zijn autonomie zoveel mogelijk herwint, of
- e. het stabiliseren of herstellen van de fysieke gezondheid van betrokkene in het geval diens gedrag als gevolg van zijn psychische stoornis leidt tot ernstig nadeel daarvoor.

Zorgverzekeringswet

Artikel 64

1. Het Zorginstituut bevordert de eenduidige uitleg van de aard, inhoud en omvang van de prestaties, bedoeld in artikel 11.
2. Het Zorginstituut kan de zorgverzekeraars met het oog hierop richtlijnen geven.

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.

- De dag waarop de zorgverzekering eindigt
- Of voor u op die dag een eigen risico gold en zo ja, voor welk bedrag.

Als de verzekeringsplicht is geëindigd, dan wordt dit ook op het bewijs van einde vermeld.

6.6. Verzekering van onverzekerden

Als het CAK op grond van artikel 9d eerste lid van de Zorgverzekeringswet deze zorgverzekering namens u heeft gesloten, dan geldt het volgende:

- U kunt deze zorgverzekering vernietigen als u ons en het CAK binnen 2 weken aantoont dat u al een zorgverzekering heeft gesloten. De termijn van 2 weken gaat in op de datum waarop het CAK u heeft geïnformeerd dat zij deze zorgverzekering namens u heeft gesloten;
- Wij kunnen deze zorgverzekering wegens dwaling vernietigen als blijkt dat u niet verzekeringsplichtig bent;
- U kunt deze zorgverzekering gedurende de eerste 12 maanden niet opzeggen. Na deze 12 maanden gelden de gebruikelijke opzeggingsmogelijkheden zoals vermeld in artikel 6.3.

Artikel 7. Verplicht eigen risico

7.1. Hoogte verplicht eigen risico

Als u 18 jaar of ouder bent, dan heeft u een verplicht eigen risico van € 385 per kalenderjaar. De kosten van zorg blijven tot dit bedrag voor uw rekening. Als u in de loop van een kalenderjaar 18 jaar wordt, 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 volgens de berekeningswijze als vermeld in artikel 7.4.

7.2. Voor welke zorgvormen geldt het verplicht eigen risico?

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

- Huisartsenzorg. Het eigen risico geldt wel voor geneesmiddelen. Het eigen risico geldt ook voor onderzoek en diagnostiek die op verzoek van de huisarts door een andere zorgaanbieder worden uitgevoerd en in rekening worden gebracht. Zie artikel 11, Huisartsenzorg;
- Een gecombineerde leefstijlinterventie zoals omschreven in artikel 13;
- Verpleging en verzorging zoals omschreven in artikel 14;
- Verloskundige zorg door een verloskundige, huisarts of gynaecoloog. Er geldt ook geen eigen risico voor prenatale screening, behalve voor de NIPT. Hiervoor geldt wel het eigen risico. Ook voor de met verloskundige zorg samenhangende kosten geldt het eigen risico. Dit betekent dat geneesmiddelen, bloedonderzoek en ziekenvervoer wel meetellen voor het verplicht eigen risico. Zie artikel 15.1, Verloskundige zorg en artikel 16, Medisch specialistische zorg;
- Kraamzorg. Zie artikel 15.2, Kraamzorg;
- Het stoppen-met-rokenprogramma zoals omschreven in artikel 24;
- De door ons aangewezen voorkeursgeneesmiddelen zoals genoemd in het Reglement farmaceutische zorg. Houdt u er rekening mee dat de dienstverlening van de apotheek, bijvoorbeeld de terhandstellingskosten, het begeleidingsgesprek bij een nieuw geneesmiddel of een inhalatie instructie niet zijn vrijgesteld van dit eigen risico. Zie artikel 35, Geneesmiddelen;
- De door ons geselecteerde zorgaanbieders voor de proeftuin Blauwe Zorg in de regio Maastricht en Heuvelland, voor zover zij de door ons geselecteerde voorkeurslongmedicatie leveren. U vindt de geselecteerde zorgaanbieders en voorkeurslongmedicatie in het Reglement farmaceutische zorg bijlage D en E. Houdt u er rekening mee dat de dienstverlening van de apotheek, bijvoorbeeld de terhandstellingskosten, het begeleidingsgesprek bij een nieuw geneesmiddel of een inhalatie instructie niet zijn vrijgesteld van dit eigen risico. Zie artikel 35, Geneesmiddelen;
- De als voorkeursproduct geselecteerde drinkvoedingen zoals genoemd in het Reglement farmaceutische zorg. Zie artikel 36, Dieetpreparaten;
- Hulpmiddelen in bruikleen. Zie artikel 37, Hulpmiddelen en verbandmiddelen;

- Zorg die verband houdt met een donatie bij leven, nadat de periode zoals genoemd in artikel 22 punt d, Transplantatie van weefsels en organen is verstreken;
- Vervoer van een donor zoals genoemd in artikel 22 punt e en f, Transplantatie van weefsels en organen als de donor een zorgverzekering heeft afgesloten;
- Eventuele eigen bijdragen en/of eigen betalingen.

7.3. Voor welke zorgaanbieders en zorgarrangementen geldt het verplicht eigen risico niet?

Wij hebben de mogelijkheid om zorgaanbieders of zorgarrangementen aan te wijzen waarbij u geen of maar een gedeeltelijk bedrag aan verplicht eigen risico verschuldigd bent. Dit geldt ook voor nader aan te wijzen gezondheidsbevorderende of op preventie gerichte zorgarrangementen. Deze informatie vindt u op onze website.

7.4. Berekening hoogte verplicht eigen risico

Als de zorgverzekering niet start of eindigt op 1 januari, dan berekenen wij het eigen risico als volgt:

$$\text{Eigen risico} \times \frac{\text{aantal dagen dat de zorgverzekering loopt}}{\text{aantal dagen in het betreffende kalenderjaar}}$$

Het berekende bedrag wordt afgerond op hele euro's.

Voorbeeld

De zorgverzekering loopt van 1 januari tot en met 30 januari. In totaal zijn dit 30 dagen. Het kalenderjaar telt 365 dagen. Het eigen risico is: € 385 x 30 gedeeld door 365 is € 31,64 en wordt afgerond op € 32.

7.5. Berekening verplicht eigen risico

Voor de berekening van het eigen risico, worden de kosten van zorg of een andere dienst toegerekend aan het kalenderjaar waarin de zorg is genoten. Als een behandeling in 2 kalenderjaren valt en de zorgaanbieder de kosten hiervan in 1 bedrag in rekening mag brengen (bijvoorbeeld een diagnose-behandelcombinatie), dan worden deze kosten in mindering gebracht op het eigen risico van het kalenderjaar waarin de behandeling is gestart.

Artikel 8. Vrijwillig eigen risico

8.1. Varianten vrijwillig eigen risico

Als u 18 jaar of ouder bent, dan kunt u kiezen uit een zorgverzekering met een vrijwillig eigen risico van: € 0, € 100, € 200, € 300, € 400 of € 500 per kalenderjaar. De kosten van zorg blijven tot dit bedrag voor uw rekening. Afhankelijk van de hoogte van het gekozen vrijwillig eigen risico ontvangt u een korting op de grondslag van de premie. Het gekozen vrijwillig eigen risico en de eventuele korting staan op het polisblad.

8.2. Voor welke zorgvormen geldt het vrijwillig eigen risico?

Het vrijwillig eigen risico geldt voor dezelfde zorgvormen als vermeld in artikel 7.2.

8.3. Berekening hoogte vrijwillig eigen risico

8.3.1. Als de zorgverzekering niet start of eindigt op 1 januari, dan berekenen wij het vrijwillig eigen risico als volgt:

$$\text{Eigen risico} \times \frac{\text{aantal dagen dat de zorgverzekering loopt}}{\text{aantal dagen in het betreffende kalenderjaar}}$$

Het berekende bedrag wordt afgerond op hele euro's.

Voorbeeld

U heeft gekozen voor een vrijwillig eigen risico van € 100. De zorgverzekering loopt van 1 januari tot en met 30 januari. In totaal zijn dit 30 dagen. Het kalenderjaar telt 365 dagen. Het vrijwillig eigen risico is: € 100 x 30 gedeeld door 365 is € 8,22 en wordt afgerond op € 8. Het verplicht eigen risico is € 385 x 30 gedeeld door 365 is € 31,64 en wordt afgerond op € 32. Het totale eigen risico bedraagt € 40 (€ 32 verplicht eigen risico en € 8 vrijwillig eigen risico).