



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen Anderzorg N.V. en Menzis N.V., beide te Wageningen

Zaak : Eigen risico, verplicht en vrijwillig eigen risico, DBC-systematiek, hoogte nota zorgaanbieder

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2020, artt. 10, 11, 19, 20, en 21 Zvw, 2.1, 2.17 en 2.18 Bzv, Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (TH/NR-017)

Zaaknummer : 202001887

Zittingsdatum : 1 september 2021

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. H.A.J. Kroon, mr. L. Ritzema en mr. drs. J.W. Heringa)

---

1. Partijen

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

1) Anderzorg N.V. te Wageningen, en  
2) Menzis N.V. te Wageningen,  
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 18 februari 2021 heeft verzoekster per brief de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen. Op 5 april 2021 heeft zij het verschuldigde entreegeld van € 37,- voldaan en was het dossier gereed voor verdere behandeling.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 8 juni 2021 per e-mail zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van dit e-mailbericht is op 10 juni 2021 aan verzoekster gezonden.
- 2.3. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 1 september 2021 gehoord.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2020 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Anderzorg Basis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Buitenland & Tandongeval (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.
- 3.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 21 juni 2020 via de MijnOmgeving aan verzoekster meegedeeld dat hij bij haar een bedrag van € 807,91 in rekening zal brengen ter zake van het verplicht en vrijwillig eigen risico 2020.
- 3.3. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Op 20 juli 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar per e-mail aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.4. De zorgaanbieder heeft verzoeker per e-mail een specificatie gestuurd van het bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerde bedrag.

4. Geschil

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar ten onrechte een bedrag van € 807,91 van haar vordert ter zake van het verplicht en vrijwillig eigen risico 2020.

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 A.17 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 en vrijwillig eigen risico alsmede die uit de Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (TH/NR-017) van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Standpunten partijen

6.2. Verzoekster licht toe dat zij nog studeert en op 21 juni 2020 van de ziektekostenverzekeraar het verzoek kreeg om voor 16 juli 2020 een bedrag van € 807,91 te voldoen. Voor iemand die student is, is dit niet prettig. Genoemd bedrag heeft betrekking op genoten GGZ-zorg in de periode van 5 februari 2020 tot en met 16 maart 2020. Verzoekster bestrijdt niet dat er in dit tijdvak door haar zorg is genoten, maar zij betwist wel de hoogte van het bedrag dat voor deze zorg is gedeclareerd. Door de zorgaanbieder is een DBC-code gebruikt voor zorg 'vanaf 250 tot en met 799 minuten'. Uit de specificatie van de nota, die verzoekster van de zorgaanbieder heeft ontvangen, maakt zij op dat er voor 285 minuten aan zorg is geleverd. Dit betekent een overschrijding met slechts 35 minuten, met als gevolg dat een veel hoger bedrag is gedeclareerd. Over dit gevolg is verzoekster vooraf noch door de zorgaanbieder noch door de ziektekostenverzekeraar geïnformeerd. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar gevraagd om duidelijkheid, maar tot op heden heeft deze hier geen gehoor aan gegeven. Ook wil de ziektekostenverzekeraar niet met de zorgaanbieder in gesprek om het aantal gedeclareerde minuten omlaag te brengen naar 249.

6.3. De ziektekostenverzekeraar voert aan dat hij ten behoeve van verzoekster de nota van de zorgaanbieder heeft vergoed. Deze zorgaanbieder is een GGZ-instelling. Zowel het verplicht eigen risico 2020 als het door verzoekster gekozen vrijwillig eigen risico voor dat jaar van € 500,- was op dat moment nog niet 'volgemaakt'. Daarom heeft de ziektekostenverzekeraar € 807,91 hiermee verrekend.


Ten aanzien van de declaratie geldt dat hij, naar aanleiding van de door verzoekster ingediende klacht, contact heeft opgenomen met de zorgaanbieder. De zorgaanbieder heeft een en ander nagekeken, en heeft geconcludeerd dat de verleende zorg correct is gedeclareerd. De desbetreffende zorg heeft code 156391 met de omschrijving 'Angst - vanaf 250 tot en met 799 minuten'. Door de zorgaanbieder is aan verzoekster een specificatie gezonden. Hieruit blijkt dat de totale behandeltime 300 minuten bedraagt. Deze bestaat uit 285 minuten directe behandeltime en 15 minuten indirecte behandeltime. De ziektekostenverzekeraar ziet geen aanleiding contact op te nemen met de zorgaanbieder om het aantal gedeclareerde minuten terug te brengen tot 249, zoals verzoekster vraagt.

Overwegingen commissie


6.4. De commissie stelt allereerst vast dat verzoekster voor het jaar 2020 een verplicht eigen risico had van € 385,- en een vrijwillig eigen risico van € 500,-. Ten tijde van het contact met de zorgaanbieder was dit eigen risico van totaal € 885,- nog niet geheel 'volgemaakt'. Daarnaast geldt dat de kosten van GGZ-zorg niet zijn uitgesloten van het verplicht en vrijwillig eigen risico. Verzoekster heeft van de ziektekostenverzekeraar een nota ontvangen van € 807,91 ter zake van het verplicht en vrijwillig eigen risico 2020. Dit bedrag zou verschuldigd zijn vanwege de aan

haar verleende specialistische geestelijke gezondheidszorg. Verzoekster bestrijdt het door de ziektekostenverzekeraar bij haar in rekening gebrachte eigen risicobedrag en wel door te stellen dat (i) slechts sprake is van een geringe overschrijding van het aantal minuten behandeltijd dat als minimum geldt voor het gehanteerde DBC, en (ii) dat het aantal minuten behandeltijd zou kunnen worden verlaagd. De zorgaanbieder zou, aldus verzoekster, moeten uitgaan van een andere DBC, leidend tot een lagere nota.


- 6.5. De commissie stelt voorop dat zij niet bevoegd is te oordelen over de juistheid van de door de zorgaanbieder ingediende declaratie. Aangezien de zorgaanbieder rechtstreeks bij de ziektekostenverzekeraar heeft gedeclareerd, heeft verzoekster niet vooraf inzage gehad in de nota en heeft zij niet de mogelijkheid gehad betaling te weigeren. De financiële consequenties komen - in de vorm van het eigen risico - echter wel voor haar rekening. De vraag die ter beantwoording voorligt, is derhalve of de ziektekostenverzekeraar betaling van de nota had moeten weigeren dan wel bij de zorgaanbieder had moeten aandringen op correctie.
- 6.6. De zorgaanbieder heeft bij de ziektekostenverzekeraar een DBC met openingsdatum 5 februari 2020 gedeclareerd voor de aan verzoekster verleende zorg. Dit betreft DBC 156391 met de omschrijving 'Angst - vanaf 250 tot en met 799 minuten'. De ziektekostenverzekeraar heeft de hieraan verbonden kosten (€ 1.300,19) vergoed aan de zorgaanbieder. Gelet op het naturakarakter van de zorgverzekering, en het feit dat de betreffende zorgaanbieder door de ziektekostenverzekeraar is gecontracteerd, is de ziektekostenverzekeraar gehouden gedegen onderzoek te doen naar de hoogte van de bij hem ingediende nota. Hij heeft hieraan voldaan door de gedeclareerde DBC naar aanleiding van de klacht van verzoekster nader te bekijken en hierover contact op te nemen met de zorgaanbieder. Dit heeft ertoe geleid dat de zorgaanbieder aan verzoekster een specificatie heeft gestuurd van de gedeclareerde DBC. Hieruit blijkt dat de zorgaanbieder 285 minuten directe en 15 minuten indirecte tijd heeft besteed. Op basis van de specificatie heeft de ziektekostenverzekeraar geconcludeerd dat de gedeclareerde tijd niet ongebruikelijk is, hetgeen de commissie - mede bij gebrek aan een gemotiveerde betwisting door verzoekster - onderschrijft. Binnen de GGZ-DBC dient namelijk niet alleen rekening te worden gehouden met de directe tijd, zoals verzoekster stelt, maar ook met de indirecte tijd. Laatstgenoemde tijd betreft bijvoorbeeld verslaglegging. In het kader van de GGZ-DBC's wordt uitgegaan van tijdsblokken. Een eventueel geringe overschrijding kan ertoe leiden dat een andere DBC - met een hoger tarief - van toepassing wordt. Dit is inherent aan de gekozen systematiek zodat hetgeen verzoekster heeft aangevoerd over de mate van overschrijding niet relevant is. Het zelfde geldt voor haar wens het aantal minuten behandeltijd te verlagen. Als vaststaand moet worden aangenomen dat de door de zorgaanbieder gehanteerde DBC past bij de feitelijke situatie, waarbij 285 minuten directe en 15 minuten indirecte tijd aan de behandeling van verzoekster zijn besteed, zodat voor de ziektekostenverzekeraar geen aanleiding bestond de gedeclareerde nota te weigeren dan wel bij de zorgaanbieder aan te dringen op correctie hiervan.
- 6.7. Op grond van het bepaalde op pagina 8 van de voorwaarden van de zorgverzekering wordt zorg die wordt gedeclareerd door middel van een DBC toegerekend aan het jaar waarin de behandeling is gestart. De openingsdatum van de onderhavige DBC is 5 februari 2020. De ziektekostenverzekeraar heeft het gedeclareerde bedrag daarom terecht verrekend met het nog openstaande verplicht en vrijwillig eigen risico 2020. Verzoekster is daarom gehouden het bedrag van € 807,91 aan de ziektekostenverzekeraar te voldoen.
- 6.8. Door verzoekster is aangevoerd dat zij noch door de zorgaanbieder noch door de ziektekostenverzekeraar over een en ander is geïnformeerd. Voor zover verzoekster met deze stelling doelt op het verschuldigd zijn van het eigen risico, kan deze stelling haar niet baten, aangezien de verschuldigdheid van het (verplicht) eigen risico uit de Zvw voortvloeit, op de polis wordt vermeld en ook overigens een feit van algemene bekendheid is. Daarbij heeft verzoekster bovenop het wettelijk verplicht eigen risico gekozen voor een vrijwillig eigen risico. Naar moet worden aangenomen betreft het hierbij een weloverwogen keuze welke, zo bleek desgevraagd ter



zitting, was ingegeven door de daartegenover staande lagere nominale premie zodat de verwijzing naar de zorgverzekeraar ook om die reden geen doel treft.




Voor zover verzoekster stelt dat de ziektekostenverzekeraar haar over het eigen risico in deze specifieke situatie onvoldoende heeft geïnformeerd, geldt dat het in de eerste plaats aan de betreffende zorgaanbieder is zijn patiënten - desgevraagd - in te lichten over de te verwachten kosten. De ziektekostenverzekeraar heeft hier echter ook een verantwoordelijkheid. Hij moet zijn verzekerde op grond van de 'Regeling informatieverstrekking ziekenverzekeraars aan consumenten' (TH/NR-017) van de NZa informeren over de financiële gevolgen van een (toekomstige) behandeling indien de verzekerde daarom vraagt. Aangezien gesteld noch gebleken is dat verzoekster voorafgaand aan de behandeling met de ziektekostenverzekeraar hierover contact heeft gezocht, kan laatstgenoemde ten aanzien van de informatievoorziening geen verwijt worden gemaakt.




6.9. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies



7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 8 september 2021,



H.A.J. Kroon

# BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

## 15. Volumeafspraken en omzetplafonds

Kenmerk

TH/NR-017

Pagina

6 van 27

- 15.1 Als de zorgverzekeraar volumeafspraken of omzetplafonds afsprekt met zorgaanbieders en deze afspraken mogelijk consequenties hebben voor de verzekerde, vermeldt de zorgverzekeraar op de website hoe de zorgverzekeraar omgaat met volumeafspraken en omzetplafonds, en de mogelijke consequenties hiervan voor de verzekerde. Daarnaast vermeldt de zorgverzekeraar in de polisvoorwaarden dat er (mogelijk) volumeafspraken of omzetplafonds kunnen worden gehanteerd en wat de gevolgen hiervan kunnen zijn.
- 15.2 Als de zorgverzekeraar volumeafspraken of omzetplafonds afsprekt met zorgaanbieders en deze afspraken mogelijk consequenties hebben voor de verzekerde, vermeldt de zorgverzekeraar per betreffende zorgaanbieder in of bij het onder 14.1 bedoelde overzicht dat een volumeafpraak dan wel omzetplafond wordt gehanteerd en welke mogelijke consequenties dit voor de verzekerde kan hebben.

## 16. Inzicht in kosten voor behandeling of dienst

- 16.1 Wanneer een consument vraagt om informatie over de financiële gevolgen van zijn (toekomstige) keuze voor een specifieke behandeling of dienst bij een specifieke zorgaanbieder, verstrekt de zorgverzekeraar de consument alle informatie die de consument nodig heeft om de financiële gevolgen van zijn keuze te kunnen overzien. Dit omvat, wanneer van toepassing, ten minste de volgende informatie:
- het percentage dat de consument zelf zal moeten betalen:
    - van de kosten van de behandeling of dienst, of
    - van het door de verzekeraar gehanteerde tarief voor de behandeling of dienst;
  - het absolute bedrag waar het percentage bedoeld in onderdeel a over berekend wordt voor zover de consument dit nodig heeft om te kunnen bepalen welk bedrag de consument zelf zal moeten betalen;
  - de eigen bijdrage die de consument in totaal moet betalen, in een absoluut bedrag;
  - het eigen risico dat de consument in totaal moet betalen, in een absoluut bedrag;
  - het totale bedrag dat voor rekening komt van de consument waarin bovenstaande informatie samengenomen wordt.
- 16.2 Wanneer de zorgverzekeraar niet kan beschikken over één of meerdere van de gegevens genoemd in lid 1 omdat de consument niet exact kan aangeven welke behandeling of dienst de consument in de toekomst verwacht te krijgen, geeft de zorgverzekeraar de informatie genoemd in lid 1 zover als mogelijk en geeft de zorgverzekeraar de verzekerde een indicatie van de overige punten.
- 16.3 Wanneer de zorgverzekeraar niet kan beschikken over één of meerdere van de gegevens genoemd in lid 1 omdat de zorgverzekeraar de betreffende behandeling of dienst niet bij de zorgaanbieder gecontracteerd heeft, informeert de zorgverzekeraar de consument erover dat:
- de consument het tarief voor de behandeling of dienst bij de zorgaanbieder kan opvragen;

- b. en de zorgverzekeraar op basis hiervan de consument inzicht kan geven in de onder artikel 16.1 opgesomde punten.
- 16.4 Wanneer de zorgverzekeraar niet kan beschikken over één of meerdere van de gegevens genoemd in lid 1 omdat de zorgverzekeraar niet kan beschikken over de geldende prijslijst van de gecontracteerde zorgaanbieder, geeft de zorgverzekeraar de informatie genoemd in lid 1 zover als mogelijk en geeft de zorgverzekeraar de verzekerde een indicatie van de overige punten.
- 16.5 Als de zorgverzekeraar informatie verstrekt aan de consument over de gevolgen van een behandeling of dienst voor het eigen risico van de consument, informeert de zorgverzekeraar de consument tegelijkertijd over de volgende punten:
- over welk polisjaar het eigen risico verrekend zou kunnen worden, afhankelijk van de startdatum van de behandeling of dienst;
  - bij zorg die als dbc wordt gedeclareerd: dat een vervolg-dbc kan leiden tot tweemaal betalen van het eigen risico als de startdatum van de vervolg-dbc in een ander kalenderjaar valt dan de startdatum van de initiële dbc;
  - dat de verzekerde bij de zorgaanbieder kan navragen of en wanneer er een vervolg-dbc gestart wordt.

Kenmerk

TH/NR-017

Pagina

7 van 27

## 17. Systeem van eigen risico

- 17.1 De zorgverzekeraar vermeldt op de website ten minste de volgende informatie over het eigen risico:
- de hoogte van het verplicht eigen risico;
  - de vormen van zorg waarvoor het verplicht eigen risico niet geldt;
  - het systeem van verrekenen en betalen van het eigen risico waaronder de informatie dat als de zorgaanbieder de nota rechtstreeks naar de zorgverzekeraar stuurt, de zorgverzekeraar het verplicht eigen risico in rekening brengt bij de verzekerde, en dat wanneer de verzekerde de nota zelf betaalt, de zorgverzekeraar slechts een gedeelte van de nota restitueert omdat de verzekerde op die manier het deel van de nota dat onder het eigen risico valt zelf heeft voldaan;
  - over welk polisjaar het eigen risico verrekend kan worden, afhankelijk van de startdatum van een behandeling;
  - wat een vervolg-dbc is en dat een vervolg-dbc kan leiden tot tweemaal betalen van het eigen risico, als de vervolg-dbc in een ander kalenderjaar start dan de eerste behandeling;
  - dat de verzekerde bij de zorgaanbieder kan navragen of en wanneer er een vervolg-dbc gestart wordt.

Indien van toepassing vermeldt de zorgverzekeraar ook:

- dat de zorgverzekeraar gebruikt maakt van de mogelijkheid tot gedifferentieerd eigen risico;
  - de mogelijke hoogte van het vrijwillig eigen risico;
  - de vormen van zorg waarvoor het vrijwillig eigen risico niet geldt.
- 17.2 Indien de zorgverzekeraar gebruik maakt van een gedifferentieerd eigen risico, vermeldt de zorgverzekeraar op de website voor welke zorgvormen het geldt, welke aanbieders als



---

# 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.

zorgvormen zijn wel gedetailleerd omschreven, zoals geneesmiddelen en hulpmiddelen. Ook hiervoor geldt dat deze zorgvormen alleen tot de verzekerde zorg behoren voor zover ze voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Bij sommige vormen van zorg ontbreekt een 'stand van de wetenschap', bijvoorbeeld bij zittend ziekenvervoer. Dan geldt een iets andere regel: u bent verzekerd voor hulp die in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

## Indicatie en doelmatigheid

Natuurlijk heeft u alleen recht op een onderzoek of een behandeling als dat nodig is. Om voor zorg in aanmerking te komen moet er een indicatie zijn. Zoals de wet het zegt, u moet 'redelijkerwijs zijn aangewezen' op de zorg. Welke zorg voor u nodig is, wordt objectief bekeken. Die zorg moet bovendien doelmatig zijn. Zorg die onnodig is, of onnodig veel kost in vergelijking met een andere zorgvorm die gelijkwaardig is gezien de indicatie en uw zorgbehoefte, komt niet voor rekening van de verzekering.

## Redelijke termijn en afstand

U heeft recht op zorg binnen een redelijke termijn en binnen een redelijke afstand van uw huisadres. Wat redelijk is, hangt af van de vorm en de urgentie van de zorg. U heeft in elk geval recht op zorg binnen de termijn die medisch gezien als maximaal aanvaardbaar wordt beschouwd.

## Eigen risico

U heeft een verplicht eigen risico van € 385 per kalenderjaar als u 18 jaar of ouder bent. U kunt naast uw verplicht eigen risico kiezen voor een vrijwillig eigen risico van € 100, € 200, € 300, € 400 of € 500 per kalenderjaar. In dat geval krijgt u een korting op de premiegrondslag. Deze korting bedraagt per maand bij een eigen risico van € 100 een bedrag van € 4, bij een eigen risico van € 200 een bedrag van € 7, bij een eigen risico van € 300 een bedrag van € 11, bij een eigen risico van € 400 een bedrag van € 16, bij een eigen risico van € 500 een bedrag van € 25.



### Let op

Sommige behandelingen worden gedeclareerd met een *behandelcode*, in officiële woorden heet dat: DBC-zorgproduct (diagnose behandelcombinatie), bijvoorbeeld de zorg die u in een ziekenhuis krijgt. Een DBC-zorgproduct omvat alle activiteiten en verrichtingen die het ziekenhuis en de medisch specialist uitvoeren voor diagnose en behandeling. Voor een DBC-zorgproduct declareert het ziekenhuis één bedrag. Als een DBC-zorgproduct in 2 jaren achter elkaar valt, dan tellen de kosten van het DBC-zorgproduct mee voor het eigen risico van het jaar waarin het DBC-zorgproduct is begonnen (openingsdatum). Dus als een DBC-zorgproduct wordt geopend in 2020 en gesloten in 2021, dan tellen de kosten van het DBC-zorgproduct mee voor het eigen risico van het jaar 2020. Als na het sluiten van een DBC-zorgproduct een nieuw (vervolg)DBC-zorgproduct wordt geopend, dan moet u voor dat nieuwe DBC-zorgproduct opnieuw eigen risico betalen.

## Geen eigen risico

Het (verplicht en vrijwillig) eigen risico geldt niet voor:

- verloskundige zorg en kraamzorg (voor de kosten van laboratoriumonderzoek, geneesmiddelen en (ambulance)vervoer geldt het eigen risico wel). Zorg tijdens en na de bevalling valt onder verloskundige zorg, ongeacht de uitkomst van de zwangerschap (bijvoorbeeld een miskraam). Deze kosten vallen niet onder het eigen risico. Ook kosten die verband houden met het behandelen van aandoeningen die zich tot 6 weken na de bevalling voordoen en verband houden met de zwangerschap, vallen niet onder het verplichte eigen risico,
- hulpmiddelen die in bruikleen worden verstrekt (voor verbruiksartikelen van het hulpmiddel geldt het eigen risico wel),
- de kosten van inschrijving bij een huisarts of bij een instelling die huisartsenzorg verleent,
- huisartsenzorg, multidisciplinaire zorg waar huisartsenzorg deel van uitmaakt, stoppen-met-rokenprogramma en gecombineerde leefstijlinterventie. Door de huisarts aangevraagd laboratorium- en functieonderzoek valt wel onder het eigen risico, als dat onderzoek elders wordt uitgevoerd en apart in rekening wordt gebracht. Voor Geneeskundige Zorg voor Specifieke Patientgroepen geldt het eigen risico ook,
- medicatiebeoordeling chronisch Uitsluitend Recept-geneesmiddelengebruik, als u naar een apotheker of huisarts gaat,
- verpleging en verzorging (wijkverpleging),
- vervoer van de donor bij transplantatie dat wordt genoemd in het artikel 'Transplantatie, bij het 8e en 9e punt van de opsomming onder 'Welke zorg',
- nacontroles van de donor bij transplantatie, nadat de periode genoemd in het artikel 'Transplantatie', bij het 7e punt van de opsomming onder 'Welke zorg', is verstreken,
- medicatie en Nicotine vervangende middelen als onderdeel van een stoppen-met-rokenprogramma, als u deze betreft van een specifiek daarvoor gecontracteerde zorgaanbieder.

Als u een eigen bijdrage heeft of een eigen betaling doet, telt dat niet mee voor het eigen risico. Als de verzekering niet op 1 januari begint of eindigt, wordt het eigen risico naar evenredigheid toegepast. Eerst wordt het verplicht eigen risico toegepast, daarna het vrijwillig eigen risico. Als Anderzorg uw zorgnota rechtstreeks betaalt aan een zorgaanbieder, betaalt u of verzekeringnemer (ter keuze van Anderzorg) het eigen risico en de eventueel betaalde eigen bijdrage aan Anderzorg. U of verzekeringnemer ontvangt dan een nota van Anderzorg. Het eigen risico of een eigen bijdrage is ook van toepassing als u naar een gecontracteerde zorgaanbieder gaat.