



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen IZA Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem
Zaak : Eigen risico, verplicht eigen risico, vertraging, schadevergoeding
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2017 en 2018, artt. 19 en 21 Zvw, 2.17 en 2.18 Bzv
Zaaknummer : 201802146
Zittingsdatum : 5 juni 2019

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

1. Partijen

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

IZA Zorgverzekeraar N.V., hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Het verloop van de procedure

- 2.1. Bij brief van 23 december 2018 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar het over 2018 in rekening gebrachte verplicht eigen risico ter zake van een wenkbrauwlift moet laten vervallen (hierna: het verzoek).
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 4 april 2019 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 10 april 2019 aan verzoeker gezonden.
- 2.3. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 5 juni 2019 gehoord.

3. De vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in de jaren 2017 en 2018 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering IZA Eigen Keuze (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen IZA Extra Zorg 3 en IZA Extra Tand 3 (alleen in 2017) (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.
- 3.2. Verzoeker is in april 2017 bij zijn huisarts geweest, omdat hij last had van een gezichtsveldbeperking. De huisarts heeft hem verwezen naar een plastisch chirurg. Deze oordeelde dat de gezichtsveldbeperking van verzoeker voldeed aan de voorwaarden voor vergoeding van de ingreep ten laste van de zorgverzekering. Daarom is een aanvraag ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. Verzoeker moest daarna nog foto's overleggen. De aanvraag werd vervolgens afgewezen door de ziektekostenverzekeraar. Nadat verzoeker een klacht had ingediend, is hij opgeroepen voor het spreekuur van de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar. De medisch adviseur zag meteen dat verzoeker voldeed aan de vergoedingsvoorwaarden voor een wenkbrauwlift en vertelde hem dat de foto's (die verzoeker niet digitaal mocht toesturen) waren ingescand door de ziektekostenverzekeraar, waardoor veel van de kwaliteit verloren was gegaan. Daarna heeft de ziektekostenverzekeraar alsnog toestemming verleend voor de aangevraagde ingreep. Verzoeker heeft hierop aan de behandelend plastisch chirurg doorgegeven dat hij toestemming had gekregen. Echter, door de ontstane vertraging bij het verlenen van de toestemming was het niet meer mogelijk de operatie nog in 2017 te laten plaatsvinden.
- 3.3. De ziektekostenverzekeraar heeft de aanvraag voor de onderhavige ingreep ontvangen op 19 september 2017. Op 20 september 2017 heeft hij verzoeker een brief gestuurd waarin is gevraagd om foto's. De ziektekostenverzekeraar heeft de foto's ontvangen op 5 oktober 2017. Op

6 oktober 2017 is de afwijzende beslissing aan verzoeker gestuurd. Nadat verzoeker een klacht had ingediend, is hij opgeroepen voor het spreekuur van de medisch adviseur. Daarna is de aanvraag alsnog goedgekeurd.

De ziektekostenverzekeraar licht toe dat verzoeker voorafgaand aan de aanvraag telefonisch contact met hem heeft opgenomen. Verzoeker vertelde in dit gesprek dat hij niet voldeed aan de voorwaarden voor vergoeding van de ingreep vanuit de zorgverzekering. Er is gesproken over een vergoeding ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

Later is gesproken over wachtlijstbemiddeling, maar deze heeft niet plaatsgevonden. De operatie is uiteindelijk op 4 april 2018 uitgevoerd. Het laatste controlebezoek was op 17 juli 2018. Het heeft geruime tijd geduurd voordat de ziektekostenverzekeraar de aanvraag ontving en voordat de ingreep daadwerkelijk plaatsvond. Hiervoor zijn volgens de ziektekostenverzekeraar verschillende oorzaken aan te wijzen, aan de kant van de ziektekostenverzekeraar, maar ook aan de kant van verzoeker en het ziekenhuis.

- 3.4. Verzoeker had voor de jaren 2017 en 2018 een verplicht eigen risico van € 385,- per kalenderjaar. De ziektekostenverzekeraar heeft in 2017 en 2018 ten behoeve van verzoeker nota's ontvangen van het ziekenhuis. De ziektekostenverzekeraar heeft deze nota's vergoed en (gedeeltelijk) verrekend met het nog openstaande deel van het verplicht eigen risico 2017 respectievelijk 2018. De betreffende bedragen zijn vervolgens doorberekend aan verzoeker.
- 3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 19 september 2017 aan verzoeker meegedeeld dat hij een bedrag van € 304,20 moet betalen voor het verplicht eigen risico 2017 vanwege een behandeling in het ziekenhuis. Bij brief van 13 augustus 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij een bedrag van € 51,44 moet betalen voor het verplicht eigen risico 2017 vanwege een behandeling in het ziekenhuis. Bij brief van 6 december 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij een bedrag van € 305,70 moet betalen voor het verplicht eigen risico 2018 vanwege een behandeling in het ziekenhuis. Nadat verzoeker telefonisch hierover had geklaagd, heeft de ziektekostenverzekeraar uit coulance een bedrag van € 152,10 als eenmalige en onverplichte tegemoetkoming in het eigen risico 2017 aan verzoeker toegekend.
- 3.6. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissingen gevraagd. Bij brief van 14 december 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld zijn beslissingen te handhaven.
- 3.7. De behandelend plastisch chirurg heeft in de aanvraag van 19 september 2017 over verzoeker verklaard:
*“Wat is de belangrijkste reden van de ingreep: Dermatochalasis van de bovenoogleden
 Stand wenkbrauw onder orbitarand
 Gezichtsveldbeperking
 Wat is de grootte van de verticale lidspleet: 7 mm
 (...)”*
- 3.8. De ziektekostenverzekeraar heeft het volgende overzicht van de door het ziekenhuis gedeclareerde DBC-tarieven en looptijden overgelegd:
“Declaratie 55911403 regel 408
*06/15D163.990004007 Poli 2-3/ Diagnostisch (zwaar)/ Therapeutisch licht| Plastische chirurgie
 Tarief € 304,20 volledig verrekend met het verplichte eigen risico
 Looptijd DBC: ingangsdatum 15 mei 2017, einddatum 12 augustus 2017*
Declaratie 60608795 regel 23
*06/15D213.990004064 Diagnosen gelaat| Ptosis wenkbrauwen/ oogleden/ implantatie| Plastische chirurgie
 Tarief € 1.100, vergoed € 1.048,56, eigen risico € 51,44
 Looptijd DBC: ingangsdatum 11 december 2017 (zit een lege DBC voor), einddatum 09 april 2018*
Declaratie 61802858 regel 365
06/15D163.990004007 Poli 2-3/ Diagnostisch (zwaar)/ Therapeutisch licht| Plastische chirurgie

Tarief € 305,70 volledig verrekend met eigen risico
Looptijd DBC: Ingangsdatum 10 april 2018, einddatum 7 augustus 2018"

4. De bevoegdheid van de commissie

- 4.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit volgt uit de artikelen 10 van de zorgverzekering en 7 van de aanvullende ziektekostenverzekering.

5. Het geschil


- 5.1. In geschil is of verzoeker het bedrag dat over 2018 in rekening is gebracht bij wijze van eigen risico aan de ziektekostenverzekeraar is verschuldigd.

6. De beoordeling


- 6.1. Artikel 7 van de zorgverzekering ziet op het verplicht eigen risico. In de artikelen 19 en 21 van de Zorgverzekeringswet (Zvw) is het verplicht eigen risico geregeld. Een en ander is verder uitgewerkt in artikel 2.17 van het Besluit zorgverzekering (Bzv). De toepasselijke verzekeringsvoorwaarde en de wet- en regelgeving staan in de bijlage bij dit bindend advies. Deze bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

- 6.2. Op grond van de polisvoorwaarden is verzoeker de bij hem in rekening gebrachte bedragen verschuldigd aan de ziektekostenverzekeraar. Het betreft namelijk kosten van zorg die niet is uitgesloten van het eigen risico, en dit eigen risico was in 2017 en 2018 nog niet vol gemaakt. Verzoeker heeft aangevoerd dat hij in 2018 nogmaals het eigen risico verschuldigd is, doordat de ingreep niet meer in 2017 kon worden verricht, omdat de ziektekostenverzekeraar de afwikkeling van de aanvraag had vertraagd. Uit het tijdsverloop blijkt dat een deel van de vertraging is ontstaan doordat de behandelend arts de aanvraag pas vier maanden ná het consult heeft ingediend. Voorts is een deel van de vertraging ontstaan doordat de ziektekostenverzekeraar de aanvraag in eerste instantie heeft afgekeurd, en deze pas na het spreekuurbezoek van de medisch adviseur heeft goedgekeurd. Volgens verzoeker heeft de medisch adviseur gezegd dat de toegestuurde foto's waren ingescand, waardoor deze niet duidelijk genoeg meer waren voor een beoordeling. Dit is door de ziektekostenverzekeraar niet weersproken. Daarom neemt de commissie dit als vaststaand aan. Gezien het voorgaande is de ziektekostenverzekeraar althans gedeeltelijk verantwoordelijk voor de ontstane vertraging. Door partijen is niet aangevoerd hoeveel de wachttijd voor de onderhavige ingreep in oktober 2017 bedroeg. Hierdoor is achteraf niet te zeggen of de ingreep - in het zelfde ziekenhuis - zonder de door de ziektekostenverzekeraar veroorzaakte vertraging zoveel eerder had kunnen plaatsvinden, dat in 2018 geen vervolg-DBC had hoeven te worden geopend. Feit is dat wél een vervolg-DBC is geopend, waardoor verzoeker met het eigen risico 2018 is geconfronteerd. Als gezegd, is dit in overeenstemming met de verzekeringsvoorwaarden.

- 6.3. Verzoeker heeft in dit verband aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar hem telefonisch heeft meegedeeld dat voor een behandeling maar één keer het eigen risico verschuldigd was. De ziektekostenverzekeraar heeft ter zitting benadrukt dat in het betreffende telefoongesprek niet is toegezegd dat verzoeker uitsluitend het eigen risico 2017 zou zijn verschuldigd voor de behandeling. De ziektekostenverzekeraar heeft de relevante telefoonnotities overgelegd. De telefoonnotitie van 26 januari 2018 luidt: "*Meneer uitleg gegeven over wachttijst bemiddeling en wat er mogelijk is wat betreft het overzetten van een behandeling. Voor eenzelfde DBC die vorig jaar is gestart wordt dit jaar niet nog maals het eigen risico in rekening gebracht*". De mededeling met betrekking tot de DBC-systematiek is op zich juist voor zover het de op 11 december 2017 geopende vervolg-DBC betreft. Deze telde inderdaad niet mee voor het eigen risico 2018. Anders is het voor de vervolg-DBC met openingsdatum 10 april 2018. Echter, tegen de achtergrond van de vraag van verzoeker is goed voorstelbaar dat hij het antwoord zo




heeft opgevat dat voor een 'behandeling' die in 2017 is aangevangen in 2018 niet nogmaals het verplicht eigen risico wordt berekend. Het had hier op de weg van de ziektekostenverzekeraar gelegen een toelichting te geven. Aangezien dit kennelijk niet is gebeurd, mocht verzoeker uitgaan van zijn interpretatie van de gegeven uitleg en behoren de gevolgen hiervan voor risico van de ziektekostenverzekeraar te komen. Verzoeker is derhalve het verplicht eigen risico 2018, dat bij hem in rekening is gebracht voor de vervolg-DBC lopende van 10 april 2018 tot en met 7 augustus 2018, niet verschuldigd. Het eigen risico 2017 werd daarentegen terecht berekend. Omdat de ziektekostenverzekeraar verzoeker tegemoet wilde komen in de voor zijn rekening blijvende kosten van de behandeling, heeft hij verzoeker uit coulance een vergoeding van € 152,10 toegezegd. Nu de behandeling niet meetelt voor het eigen risico 2018 vervalt de noodzaak van een aparte vergoeding. De ziektekostenverzekeraar moet het betaalde bedrag van € 305,70 daarom onder aftrek van de reeds verleende coulancevergoeding van € 152,10 aan verzoeker terugbetalen.




7. Het bindend advies



7.1. De commissie beslist:

- 
- (i) dat de ziektekostenverzekeraar € 153,60 (€ 305,70 - € 152,10) ter zake van het verplicht eigen risico 2018 aan verzoeker moet terugbetalen.
 - (ii) dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker het entreegeld van € 37,-- moet vergoeden.



Zeist, 19 juni 2019,



G.R.J. de Groot

Artikel 19 Zvw

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.

5 Bij algemene maatregel van bestuur wordt bepaald op welke wijze het verplicht eigen risico in mindering wordt gebracht.

Artikel 21 Zvw

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 2.17 Bzv

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. zorg zoals huisartsen die plegen te bieden,
- c. zorg als bedoeld in artikel 2.10, eerste lid,
- d. zorg die wordt bekostigd met toepassing van de op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde beleidsregel voor de prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen,
- e. nacontroles van de donor nadat de periode, bedoeld in artikel 2.5, eerste lid, onderdeel d, is verstreken, en
- f. de kosten van vervoer, bedoeld in artikel 2.5, tweede lid.

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, of
- 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.

4 In afwijking van het derde 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 in het derde lid genoemde dag is ingediend.

6.3.3. Opzegservice

U kunt voor de opzegging van de verzekering zoals bedoeld in artikel 6.3.1 en 6.3.2 ook gebruikmaken van de opzegservice van de Nederlandse zorgverzekeraars. Dit houdt in dat u de verzekeraar van de nieuwe zorgverzekering toestemming geeft om de oude zorgverzekering op te zeggen.

6.3.4. Wanneer kunt u niet opzeggen?

Als wij u een aanmaning hebben gestuurd voor een betalingsachterstand in de premie, dan kunt u uw zorgverzekering niet opzeggen gedurende de tijd dat de verschuldigde premie, rente en incassokosten niet zijn voldaan. U kunt de zorgverzekering wel opzeggen als wij de dekking hebben geschorst of binnen 2 weken uw opzegging bevestigen.

6.4. Wanneer kunnen wij uw verzekering opzeggen, ontbinden of schorsen?

Wij kunnen de zorgverzekering schriftelijk opzeggen, ontbinden of schorsen:

- als er sprake is van het niet op tijd betalen van de verschuldigde bedragen, zoals vermeld in artikel 3.6;
- als er sprake is van fraude (zie artikel 2.4);
- als u ons opzettelijk geen, niet-volledige of onjuiste inlichtingen of stukken hebt verstrekt die tot ons nadeel (kunnen) leiden;
- als u hebt gehandeld met het opzet ons te misleiden of als wij geen zorgverzekering zouden hebben gesloten bij kennis van de ware stand van zaken. In die gevallen kunnen wij binnen 2 maanden na ontdekking en met onmiddellijke ingang de zorgverzekering opzeggen. Wij zijn in die gevallen geen uitkering verschuldigd of kunnen de uitkering verminderen. Wij kunnen de ontstane vorderingen compenseren met andere uitkeringen.

6.5. Bewijs van einde

Als de zorgverzekering eindigt, dan ontvangt u een bewijs van einde met de volgende informatie:

- naam, adres, woonplaats en het burgerservicenummer (BSN) van de verzekerde;
- naam, adres en woonplaats van de verzekeringnemer;
- 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 hebt 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 hebt 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. Houdt u er rekening mee dat geneesmiddelen die de huisarts voorschrijft niet onder huisartsenzorg vallen. Hetzelfde geldt voor laboratoriumonderzoek dat samenhangt met de huisartsenzorg. Als dit laboratoriumonderzoek op verzoek van de huisarts door een andere zorgaanbieder wordt uitgevoerd en in rekening gebracht, dan geldt voor deze zorg wel het verplicht eigen risico. Zie artikel 11, Huisartsenzorg;
- zorgprogramma's zoals omschreven in artikel 12, Zorgprogramma's (ketenzorg). Het eigen risico geldt wel voor geneesmiddelen en laboratoriumonderzoek;
- verpleging en verzorging zoals omschreven in artikel 13;

- 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 14.1, Verloskundige zorg en artikel 15, Medisch specialistische zorg;
- kraamzorg. Zie artikel 14.2, Kraamzorg;
- de door ons aangewezen preferente geneesmiddelen 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 34, 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 34, Geneesmiddelen;
- de door ons als voorkeursproduct geselecteerde drinkvoedingen zoals genoemd in het Reglement farmaceutische zorg. Zie artikel 35, Dieetpreparaten;
- hulpmiddelen in bruikleen. Zie artikel 36, Hulpmiddelen en verbandmiddelen;
- nacontroles van een nier- of leverdonor, nadat de periode zoals genoemd in artikel 21, Transplantatie van weefsels en organen onder omschrijving, punt d is verstreken;
- vervoer van een donor zoals genoemd in artikel 21, Transplantatie van weefsels en organen;
- 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 staat in het Overzicht vrijstelling eigen risico. U vindt dit overzicht 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 2017 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.

Artikel 7. Verplicht eigen risico

7.1. Hoogte verplicht eigen risico

Als u 18 jaar of ouder bent, dan hebt 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. Houdt u er rekening mee dat geneesmiddelen die de huisarts voorschrijft niet onder huisartsenzorg vallen. Hetzelfde geldt voor laboratoriumonderzoek dat samenhangt met de huisartsenzorg en dat op verzoek van de huisarts door een andere zorgaanbieder wordt uitgevoerd en in rekening gebracht. Voor deze zorg geldt wel het verplicht eigen risico. Zie artikel 11, Huisartsenzorg;
- verpleging en verzorging zoals omschreven in artikel 12;
- 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 13.1, Verloskundige zorg en artikel 14, Medisch specialistische zorg;
- kraamzorg. Zie artikel 13.2, Kraamzorg;
- het stoppen-met-rokenprogramma zoals omschreven in artikel 22. Het eigen risico geldt wel voor de geneesmiddelen;
- de door ons aangewezen preferente geneesmiddelen 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 33, 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 33, Geneesmiddelen;
- de door ons als voorkeursproduct geselecteerde drinkvoedingen zoals genoemd in het Reglement farmaceutische zorg. Zie artikel 34, Dieetpreparaten;
- hulpmiddelen in bruikleen. Zie artikel 35, Hulpmiddelen en verbandmiddelen;
- nacontroles van een nier- of leverdonor, nadat de periode zoals genoemd in artikel 20, Transplantatie van weefsels en organen onder omschrijving, punt d is verstreken;
- vervoer van een donor zoals genoemd in artikel 20, Transplantatie van weefsels en organen;
- 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 2018 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:

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

Het berekende bedrag wordt afgerond op hele euro's.

Voorbeeld

U hebt 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 2018 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).

8.3.2. Als de zorgverzekering niet op 1 januari ingaat en u direct voorafgaande hieraan al een zorgverzekering bij ons had gesloten met een ander vrijwillig eigen risico, dan wordt het totale vrijwillige eigen risico als volgt berekend:

- ieder bedrag aan vrijwillig eigen risico x aantal dagen dat het vrijwillig eigen risico van toepassing is;
- de som van de onder a genoemde bedragen gedeeld door het aantal dagen in het betreffende kalenderjaar;
- de uitkomst wordt afgerond op hele euro's.

8.4. Wijziging vrijwillig eigen risico

U kunt het vrijwillig eigen risico jaarlijks per 1 januari wijzigen. U moet ons de wijziging uiterlijk op 31 december van het voorafgaande kalenderjaar schriftelijk of via de Mijn-omgeving doorgeven.

8.5. Berekening verplicht en vrijwillig eigen risico

Als er sprake is van een vrijwillig eigen risico dan worden de kosten van zorg eerst in mindering gebracht op het verplicht eigen risico en daarna op het vrijwillig eigen risico. Voor de berekening van het vrijwillig eigen risicobedrag bij behandeling in 2 kalenderjaren, geldt dezelfde bepaling als genoemd in artikel 7.5.