

ANONIEM BINDEND ADVIES

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

Zaak : Eigen risico, medisch specialistische zorg, staaroperaties, twee zorgvragen, startdatum
DBC

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2019 en 2020, artt. 19-23 Zvw, 2.1, 2.4 en 2.17-2.19 Bzv

Zaaknummer : 202002601

Zittingsdatum : 1 december 2021

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

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

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 9 april 2021 heeft verzoeker per brief de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen. De commissie heeft verzoeker verzocht het entreegeld van € 37,- te betalen en aanvullende informatie op te sturen. Verzoeker heeft hieraan voldaan; op 6 mei 2021 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. De zorgverzekeraar heeft op 9 juli 2021 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 15 juli 2021 aan verzoeker gezonden.
- 2.3. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 1 december 2021 gehoord.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2019 en 2020 bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Alles Verzorgd Polis (hierna: de zorgverzekering). In 2019 had verzoeker, naast het verplicht eigen risico, gekozen voor een vrijwillig eigen risico.
- 3.2. Verzoeker is in september 2019 vanwege staar naar een oogkliniek verwezen. Aldaar hebben op 29 oktober 2019 en 4 december 2019 consulten en onderzoeken plaatsgevonden. De uitkomst hiervan was dat verzoeker aan beide ogen een staaroperatie moest ondergaan. Eveneens op 4 december 2019 is met de oogkliniek afgesproken dat de ingreep aan het linkeroog op 10 december 2019 zou plaatsvinden en die aan het rechteroog op 28 januari 2020. Aldus is geschied en (kort) na elke ingreep heeft een nacontrole in de oogkliniek plaatsgevonden.
- 3.3. De oogkliniek heeft voor de eerste staaroperatie bij de zorgverzekeraar € 912,45 gedeclareerd. Via een uitkeringsspecificatie (2/2020) heeft de zorgverzekeraar een bedrag van € 640,26 in rekening gebracht ter zake van het verplicht en vrijwillig eigen risico 2019 van verzoeker.
- 3.4. De oogkliniek heeft voor de tweede staaroperatie bij de ziektekostenverzekeraar € 930,88 gedeclareerd. Via een uitkeringsspecificatie (4/2020) heeft de ziektekostenverzekeraar een bedrag van € 352,66 in rekening gebracht ter zake van het verplicht eigen risico 2020.
- 3.5. Verzoeker heeft de zorgverzekeraar om heroverweging van laatstgenoemde beslissing gevraagd. Zowel op 6 juli 2020 als op 24 augustus 2020 heeft de zorgverzekeraar per brief aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

4. Geschil

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie gevraagd te beslissen dat de zorgverzekeraar ten onrechte een bedrag van € 352,66 bij hem vordert ter zake van het verplicht eigen risico 2020.
- 4.2. De zorgverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

5. Bevoegdheid van de commissie

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

6. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over medisch specialistische zorg en het verplicht eigen risico zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Standpunt verzoeker

- 6.2. Verzoeker stelt dat de zorgverzekeraar ten onrechte een bedrag van € 352,66 bij hem in rekening heeft gebracht ter zake van het verplicht eigen risico 2020. Hiertoe voert hij aan dat hij al in 2019 een consult heeft gehad in de oogkliniek. Tijdens dit consult is besproken dat verzoeker zowel aan het linker- als aan het rechteroog moest worden geopereerd. Op dat moment is ook een DBC-traject geopend dat betrekking had op beide ogen. Op grond van artikel 23, eerste lid, Zvw is voor het eigen risico van belang de datum waarop de behandeling is aangevangen. Deze datum, en ook de openingsdatum van de DBC, ligt in 2019 en niet, zoals de zorgverzekeraar stelt, in 2020. Het door de zorgverzekeraar aangehaalde polisartikel is in strijd met eerder genoemde bepaling en hetzelfde geldt voor de regeling van de Nederlandse Zorgautoriteit (Nza). Ter zitting heeft verzoeker dit standpunt herhaald en uitdrukkelijk opgemerkt dat hij niet betwist dat zorgverzekeraar heeft gehandeld conform de NZa-regels en zijn polisvoorwaarden. Een en ander betekent echter niet dat dit correct is, aangezien - kort samengevat - het handelen conform deze regels in strijd is met de wet en meer specifiek artikel 23 Zvw.

Standpunt zorgverzekeraar

- 6.3. De zorgverzekeraar stelt zich op het standpunt dat hij gerechtigd was het bedrag van € 352,66 te verrekenen met het nog openstaande verplicht eigen risico 2020 van verzoeker. Hij voert hiertoe aan dat de oogkliniek op 29 oktober 2019 een eerste zorgtraject heeft geopend voor de staaroperatie aan het linkeroog. Deze operatie heeft op 10 december 2019 plaatsgevonden. Dit zorgtraject is, conform de 'Regeling medisch-specialistische zorg (NR/Reg-1816)' van de NZa, 42 dagen later, dus op 21 januari 2020, gesloten. De staaroperatie aan het rechteroog heeft niet binnen deze termijn van 42 dagen na de eerste operatie plaatsgevonden. De oogkliniek heeft daarom voor deze ingreep een tweede zorgtraject moeten openen op 22 januari 2020. Omdat de oogkliniek conform de geldende richtlijnen heeft gedeclareerd, bestond voor de zorgverzekeraar geen aanleiding contact op te nemen met de kliniek. Nu de eerste operatie is aangevangen op 29 oktober 2019 en de tweede op 22 januari 2020, zijn de kosten van de eerste ingreep terecht verrekend met het verplicht en vrijwillig eigen risico 2019 en die van de tweede ingreep terecht verrekend met het verplicht eigen risico 2020 van verzoeker. Anders dan verzoeker stelt, handelt de zorgverzekeraar hiermee niet in strijd met artikel 23 Zvw. Op grond van die bepaling kan 'jaar-overschrijdende' zorg worden toegerekend aan het eigen risico van het jaar waarin de zorg is aangevangen, als die zorg in één bedrag in

rekening is gebracht. In het geval van verzoeker heeft de oogkliniek de zorg in twee verschillende zorgtrajecten (DBC's) en daarmee twee verschillende bedragen in rekening gebracht.

Overwegingen commissie

- 6.4. De commissie stelt voorop dat zij niet bevoegd is te oordelen over de juistheid van de door de oogkliniek ingediende declaraties. Hetzelfde geldt voor de informatie die door de oogkliniek en de behandelend chirurg werd gegeven. Indien verzoeker meent door hen onjuist of onvolledig te zijn voorgelicht, zal hij hierover bij de oogkliniek of de chirurg zijn beklag moeten doen. De commissie is wel bevoegd ten aanzien van het eigen risico. In dit geval verschillen partijen met name van mening over de verrekening met het verplicht eigen risico 2020 van verzoeker. De vraag die in dat verband ter beantwoording voorligt, is of de zorgverzekeraar bij de oogkliniek had moeten aandringen op correctie of verlaging van de nota van de behandeling in dat jaar.
- 6.5. In Nederland worden medisch-specialistische behandeltrajecten vanaf de diagnose tot het eind van de behandeling voorzien van een code, de zogenoemde Diagnose Behandel Combinatie (DBC). Deze regeling is in januari 2005 ingevoerd door de overheid. Een DBC omvat het gehele behandeltraject inclusief verpleging en verzorging, verband- en hulpmiddelen en de tijdens de behandeling plaatsgevonden paramedische zorg en geneesmiddelen. Een DBC is niet gebonden aan kalenderjaren.
- 6.6. Verzoeker heeft in december 2019 een staaroperatie ondergaan aan het ene oog, in januari 2020 gevolgd door een staaroperatie aan het andere oog. De oogkliniek waar beide ingrepen zijn uitgevoerd heeft voor deze zorg twee nota's gedeclareerd. De zorgverzekeraar heeft voor de eerste ingreep een nota ontvangen van € 912,45 voor de periode van 29 oktober 2019 tot en met 21 januari 2020, en voor de tweede ingreep een nota van € 930,88 voor de periode van 22 januari 2020 tot en met 10 maart 2020. Verzoeker heeft niet gesteld dat het opgevoerde DBC-zorgproduct onjuist is, maar alleen dat de verrekening met het verplicht eigen risico 2020 niet correct is. Dit omdat al tijdens het eerste intakegesprek, dat plaatsvond in 2019, duidelijk was dat hij aan beide ogen moest worden geopereerd. De kosten van de beide ingrepen moeten dan ook volgens hem met het verplicht en vrijwillig eigen risico van 2019 worden verrekend omdat toen met het traject is gestart. Verzoeker heeft in dit verband verwezen naar artikel 23 Zvw.
- 6.7. Verzoeker heeft, zoals hiervoor al opgemerkt, staaroperaties aan beide ogen ondergaan. Hoewel inderdaad vooraf - tijdens de consulten in oktober en/of december 2019 - vaststond dat hij aan beide ogen moest worden geholpen, betreft het hier twee afzonderlijke ingrepen en was het de oogkliniek toegestaan om voor elke staaroperatie een apart DBC-traject te openen. Binnen de Nederlandse systematiek bestaat weliswaar de mogelijkheid van het openen van een parallelle DBC als sprake is van twee onderscheiden zorgvragen, maar een voorwaarde hierbij is dat de beide verrichtingen tijdens één ingreep plaatsvinden. Dat laatste is hier echter niet het geval. De verwijzing naar artikel 23 Zvw baat verzoeker niet. De aldaar opgenomen regeling ziet op de situatie dat sprake is van één - jaaroverschrijdende - zorgvraag. Hiervoor is vastgesteld dat het twee zorgvragen betreft; de eerste is aangevangen in 2019, de tweede, na sluiting van de eerste DBC op 21 januari 2020, in 2020. Hierbij kan nog worden opgemerkt dat 29 oktober 2019 niet (tevens) als openingsdatum van de tweede DBC kan worden gehanteerd, aangezien de maximale looptijd volgens de regelgeving van de NZa 42 dagen is, welke termijn op 22 januari 2020 was verstreken. Gezien het voorgaande is de commissie tevens van oordeel dat voor de zorgverzekeraar geen aanleiding bestond de nota ter zake de tweede operatie te weigeren dan wel bij de oogkliniek aan te dringen op correctie.
- 6.8. In artikel 2.8.4 van de voorwaarden van de zorgverzekering is geregeld ten laste van welk kalenderjaar de kosten van medisch specialistische zorg komen. Dit artikel is gebaseerd op voornoemd artikel 23 Zvw. De oogkliniek heeft voor beide ingrepen een aparte DBC geopend. In een dergelijke situatie bepaalt artikel 2.8.4 van de voorwaarden van de zorgverzekering dat

voor de toerekening van het eigen risico de openingsdatum van de DBC/DOT bepalend is. In het onderhavige geval is de openingsdatum voor de eerste staaroperatie 29 oktober 2019 en voor de tweede operatie 22 januari 2020, zodat de kosten dienen te worden verrekend met het verplicht (en voor 2019 ook het vrijwillig) eigen risico voor de betreffende jaren. Dat de kosten van de eerste operatie zijn verrekend met het verplicht en vrijwillig eigen risico van verzoeker vormt geen onderwerp van geschil.

Ingevolge het bepaalde in de voorwaarden van de zorgverzekering was verzoeker in 2020 een bedrag van € 385,- aan verplicht eigen risico verschuldigd voor de zorg en overige diensten die ten laste van de zorgverzekering komen. Niet in geschil is dat het verplicht eigen risico in 2020 nog niet was 'volgemaakt'. Daarbij geldt dat de onderhavige kosten niet zijn uitgesloten van het eigen risico. De zorgverzekeraar heeft daarom het bij hem gedeclareerde bedrag van € 930,88 terecht verrekend met het nog openstaande verplicht eigen risico 2020 (destijds € 352,66).

6.9. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 21 december 2021,

A.I.M. van Mierlo

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

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.

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

2.8.4 Berekening vrijwillig en verplicht eigen risico

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