

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen C en D beide te E
Zaak : Eigen risico, behandeltraject, staaroperaties
Zaaknummer : 2012.03144
Zittingsdatum : 7 augustus 2013

1. Partijen

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

tegen

1) C te E, en

2) D te E,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] Zorg-op-maatpolis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Genoemde verzekering is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). Verder waren ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen 50+ en Tandarts Collectief afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 21 oktober 2012 van verzoeker een bedrag aan verplicht eigen risico voor het jaar 2012 ter hoogte van € 207,38 gevorderd.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brieven van 21 november 2012 en 13 december 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.4. Bij brief van 10 mei 2013 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar het bedrag van € 207,38 ten onrechte van hem vordert (hierna: het verzoek).
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stuk-

ken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 25 juni 2013 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 26 juni 2013 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 27 juni 2013 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 4 juli 2013 schriftelijk medegedeeld eveneens niet te willen worden gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Op 21 november 2011 heeft verzoeker zich op verwijzing van de huisarts tot de oogarts van het Oogziekenhuis te Rotterdam gewend. Op deze datum werd de Diagnose Behandeling Combinatie (hierna: DBC) geopend door de oogarts. Bij beide ogen werd de diagnose cataract gesteld. Op 2 januari 2012 heeft een operatie aan het linkeroog plaatsgevonden, en op 19 maart 2012 aan het rechteroog. Op 30 april 2012 beëindigde de oogarts de DBC. De ziektekostenverzekeraar heeft het wettelijk verplicht eigen risico 2011 én 2012 bij hem in rekening gebracht. Verzoeker stelt dat hij enkel het eigen risico 2011 verschuldigd is – hetwelk hij heeft voldaan –, en wel om de volgende redenen.
- 4.2. De gebruikte DBC is een overloop-DBC. Dit betekent dat deze betrekking heeft op een trajectbehandeling die is gestart in 2011, en doorloopt in 2012. Voor het jaar 2011 gold een wettelijk verplicht eigen risico van € 170,--. Kosten van zorg of diensten blijven tot dit bedrag voor rekening van een verzekerde. Genoemd bedrag is door verzoeker voldaan. Het verplicht eigen risico van het jaar waarin de DBC is geopend wordt bij een verzekerde in rekening gebracht. Het traject ving aan in 2011 en duurde korter dan 365 dagen.
- 4.3. De Nederlandse Zorgautoriteit (hierna: NZa) heeft bevestigd dat het in het onderhavige geval om één DBC-traject gaat. De ziektekostenverzekeraar stelt zich dan ook ten onrechte op het standpunt dat twee DBC's zijn geopend, en dat de twee hieruit voortvloeiende nota's zijn vergoed. Er is maar sprake van één DBC, waarbinnen twee nota's door het Oogziekenhuis zijn gedeclareerd.
- 4.4. Op grond van de polisvoorwaarden 2011 zijn de operaties in het Oogziekenhuis uitgevoerd. De ziektekostenverzekeraar heeft met het Oogziekenhuis voor het jaar 2011 afspraken gemaakt over tarieven voor zorg en diensten. De polisvoorwaarden 2012, en daarmee het wettelijk verplicht eigen risico 2012, zijn in dit geval in het geheel niet van toepassing.
- 4.5. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. Staaroperaties vallen onder medisch-specialistische zorg. Deze zorg wordt vergoed ten laste van de zorgverzekering als voldaan is aan de bijbehorende voorwaarden. Iedere verzekerde van 18 jaar en ouder heeft een wettelijk verplicht eigen risico. Het verplicht eigen risico voor 2011 was € 170,--. Voor 2012 was dit € 220,--. De kosten

van zorg die worden vergoed ten laste van de zorgverzekering, worden voor de eerste € 170,-- respectievelijk de eerste € 220,-- op het wettelijk verplicht eigen risico van een verzekerde geboekt.

- 5.2. Behandelingen in een ziekenhuis worden in Nederland gedeclareerd met DBC-zorgproducten. De vergoeding voor een DBC-zorgproduct is een van tevoren vastgestelde gemiddelde prijs op basis van het gemiddelde behandeltraject. Uit het all-in-tarief worden alle kosten voor het behandeltraject betaald. Het ziekenhuis brengt de behandeling achteraf met een DBC-zorgproductcode bij de ziektekostenverzekeraar in rekening. De kosten tellen mee voor het eigen risico van het jaar waarin de DBC is geopend.
Het is landelijk bepaald in de DBC/DOT-systematiek hoe, wat en wanneer gedeclareerd mag worden. De ziektekostenverzekeraar gaat daar niet over. Er worden hierover geen afwijkende afspraken gemaakt met zorgverleners.
- 5.3. Verzoeker is in het Oogziekenhuis te Rotterdam aan beide ogen geopereerd vanwege staar. Het eigen risico 2011 (€ 142,60) is in rekening gebracht voor de eerste staaroperatie; het eigen risico 2012 (€ 207,38) voor de tweede staaroperatie.
De behandeling van verzoekers linkeroog is gestart in 2011 en de behandeling van het rechteroog in 2012. Het Oogziekenhuis heeft twee aparte rekeningen voor de staaroperaties naar de ziektekostenverzekeraar gestuurd. Op 15 februari 2012 werd een rekening (€ 1.476,83) ontvangen voor de behandeling in de periode van 21 november 2011 tot en met 31 januari 2012. Verzoeker is namelijk na de eerste operatie op 31 januari 2012 voor het laatst op controle geweest. Hiermee is dat behandeltraject afgesloten. De tweede rekening (€ 1.008,43) betrof de tweede behandeling in de periode van 1 februari 2012 tot en met 30 april 2012. Er is namelijk een nieuw behandeltraject gestart voor de staaroperatie van het rechteroog. Dit traject is afgesloten na verzoekers laatste controle in april 2012.
Het apart in rekening brengen van de behandeling van beide ogen is derhalve correct. Er is immers sprake van twee zelfstandige behandelingen, waarbij steeds per oog wordt behandeld. Meestal kan worden volstaan met een staaroperatie aan één oog. Dit was bij verzoeker niet het geval, waardoor twee afzonderlijke behandeltrajecten apart zijn gedeclareerd. Per staaroperatie wordt derhalve één DBC-zorgproduct gerekend. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar heeft dit bevestigd. Er is twee keer het tarief voor een staaroperatie vergoed. Als wordt meegegaan in verzoekers stelling dat sprake is van één behandeltraject, zou dit betekenen dat maar één keer het tarief voor een staaroperatie wordt betaald, waardoor de tweede operatie voor verzoekers rekening zou komen.
Als de ziektekostenverzekeraar had gevonden dat de declaratie door het Oogziekenhuis onjuist was, zouden beide nota's niet zijn vergoed. Er is geen reden te twijfelen aan de declaraties, mede omdat vast staat dat aan beide ogen een staaroperatie heeft plaatsgevonden en er dan voor allebei een DBC gedeclareerd mag worden.
- 5.4. Het eigen risico 2011 en 2012 is terecht bij verzoeker in rekening gebracht. Het is begrijpelijk dat dit vervelend en teleurstellend voor hem is. Er is echter geen reden het eigen risico 2012 niet bij verzoeker in rekening te brengen.
- 5.5. De NZa onderschrijft het standpunt van de ziektekostenverzekeraar.

- 5.6. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.
6. De bevoegdheid van de commissie
- 6.1. Gelet op artikel A.25. (2011) en A.21. (2012) van de zorgverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.
7. Het geschil
- 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar terecht het bedrag van € 207,38 ter zake van het eigen risico 2012 bij verzoeker in rekening brengt.
8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving
- 8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.
- 8.2. Artikel A.12. van de zorgverzekering (2011) regelt het verplicht eigen risico, en luidt, voor zover hier van belang:
- “A.12.1. Verplicht eigen risico**
Als u 18 jaar of ouder bent, hebt u voor de zorgverzekering een verplicht eigen risico van € 170,- voor een heel jaar. Dit betekent dat u de eerste € 170,- aan kosten die u als vergoeding van uw zorgverzekering zou hebben ontvangen, zelf moet betalen. Pas als u dit hebt gedaan, krijgt u de overige kosten die onder de dekking van uw zorgverzekering vallen van ons vergoed.
(...)
- A.12.4. DBC**
De kosten van een Diagnose Behandel Combinatie (DBC) – behalve de eerstelijns DBC's – tellen alleen mee voor het verplicht eigen risico van het jaar waarin de DBC is begonnen (opening van de DBC).
(...)”
- Artikel A.12. van de zorgverzekering (2012) inzake het verplicht eigen risico is van gelijke strekking, met dien verstande dat het eigen risico in 2012 € 220,-- bedroeg en in dat jaar geen sprake was van DBC's, maar van DOT-zorgproducten.
- 8.3. Artikel A.12. van de zorgverzekering (2011-2012) is volgens artikel A.2. van de zorgverzekering (2011-2012) gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.4. Het verplicht eigen risico is naar aard en omvang geregeld in artikel 19 Zvw, en verder uitgewerkt in artikel 2.17 Bzv.
9. Beoordeling van het geschil
- 9.1. Verzoeker heeft twee staaroperaties ondergaan. De eerste operatie heeft in 2011 plaatsgevonden, de tweede operatie in 2012. Deze operaties zijn door de ziektekostenverzekeraar vergoed ten laste van de zorgverzekering en de vergoedingen zijn verrekend met het verplicht eigen risico 2011 en 2012. Verzoeker bestrijdt dat in dit

geval het verplicht eigen risico 2012 van toepassing is, en wel op de grond dat sprake is van één behandeltraject dat is aangevangen in 2011, waardoor hij enkel het verplicht eigen risico 2011 is verschuldigd. Hiertoe overweegt de commissie als volgt.

- 9.2. Uit de door partijen overgelegde stukken blijkt dat door de zorgverlener twee DBC's zijn gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar. De behandelend arts van verzoeker heeft twee DBC's geopend (in 2011 en 2012) en gesloten (beide in 2012). Dit betekent dat sprake is van twee afzonderlijke behandeltrajecten waarbij telkens één oog is behandeld. In tegenstelling tot hetgeen verzoeker stelt, is derhalve geen sprake van één DBC waarbinnen twee nota's zijn gedeclareerd door de zorgverlener. Een en ander is conform de Instructie DBC registratie Oogheelkunde van DBC Onderhoud en de Nadere Regel NR/CU-222 Regeling medisch specialistische zorg van de NZa.
- 9.3. Gelet op het voorgaande is de commissie van oordeel dat de ziektekostenverzekeraar terecht conform artikel A.12. van de zorgverzekering (2011-2012) het verplicht eigen risico 2012 bij verzoeker in rekening heeft gebracht.

Conclusie

- 9.4. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 7 augustus 2013,

Voorzitter