



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen FBTO Zorgverzekeringen N.V. te Leeuwarden  
Zaak : Eigen risico, DBC-systematiek  
Zaaknummer : 201502492  
Zittingsdatum : 2 maart 2016

 Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. H.A.J. Kroon)

 (Voorwaarden zorgverzekering 2014, artt. 19, 20 en 21 Zvw, 2.17 en 2.18 Bzv)

---

 1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

 tegen

 FBTO Zorgverzekeringen N.V. te Leeuwarden, hierna te noemen: de zorgverzekeraar,

 2. De verzekeringssituatie

 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de FBTO Basisverzekering natura (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

 3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

 3.1. Bij e-mailbericht van 7 mei 2015 heeft de zorgverzekeraar bij verzoekster een bedrag van € 813,07 in rekening gebracht met betrekking tot het verplicht en vrijwillig eigen risico 2014.

 3.2. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij e-mailbericht van 23 september 2015 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de zorgverzekeraar.

 3.4. Bij brief van 24 oktober 2015 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is het bedrag van € 813,07 ten laste te brengen van het eigen risico 2015 (hierna: het verzoek).

 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 37,-- voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

 3.6. De zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 7 december 2015 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 11 januari 2016 aan verzoekster gezonden.

 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 21 januari 2016 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De zorgverzekeraar heeft op 16 februari 2016 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.

 3.8. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10, lid 9 van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat de onderhavige zaak enkelvoudig wordt afgedaan.

 3.9. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 2 maart 2016 telefonisch gehoord.

 4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

 4.1. Verzoekster heeft op 21 januari 2015 een operatie ondergaan in het Sint Jans Gasthuis te Weert. Uit het overzicht eigen risico van 7 mei 2015 blijkt dat de declaratie is verrekend met het verplicht en vrijwillig eigen risico 2014, tot een bedrag van € 813,07. Verzoekster heeft de zorgverzekeraar hierover telefonisch geraadpleegd. In het gesprek werd door een medewerker aan verzoekster medegedeeld dat voorafgaand aan de operatie op 21 januari 2015, op 3 december 2014 een eerste artsbezoek heeft plaatsgevonden. Op laatstgenoemde datum is het zorgtraject gestart. Om deze reden zouden de kosten van de behandeling zijn verrekend met het eigen risico 2014 en niet met het eigen risico 2015.

 4.2. Het antwoord van de zorgverzekeraar naar aanleiding van het door haar voorgelegde geschil is onbevredigend voor verzoekster. Het besluit wordt gemotiveerd door te verwijzen naar een declaratie- en afhandelingsprocedure die de zorgverzekeraar met het ziekenhuis heeft afgesproken. Dat de procedure zo zou verlopen was niet bekend bij verzoekster. Deze is ook ongebruikelijk. Kosten dienen te worden verrekend in het jaar dat deze zijn gemaakt en bovendien is het simpeler om kosten te declareren op de datum waarop deze feitelijk zijn ontstaan. Verzoekster heeft bewust het vrijwillig eigen risico in 2015 verlaagd, omdat het haar bekend was dat in dat jaar de operatie zou plaatsvinden. Zij heeft het tijdstip van de operatie afgestemd op het eigen risico van het jaar waarin deze zou worden uitgevoerd. Indien zij op de hoogte was geweest van deze ongebruikelijke manier van kostenverrekening, had zij het eerste bezoek aan de arts een maand uitgesteld.

 4.3. Ter zitting is door verzoekster haar standpunt herhaald.

 4.4. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

 5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

 5.1. Vanaf 1 januari 2012 worden nieuwe zorgprestaties voor medisch specialistische zorg uitgedrukt in DBC-zorgproducten. Dit traject heet DOT (DBC's op weg naar transparantie). Een DBC-zorgproduct is een declarabele prestatie op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg binnen de medisch specialistische zorg die de resultante is van het totale traject van de diagnose tot en met de eventuele behandeling. Het DBC-traject start op het moment dat verzoekster zich heeft gemeld met haar zorgvraag.

 5.2. Ziekenhuizen declareren volgens de DBC-systematiek. In de algemene voorwaarden van de zorgverzekering 2014 had verzoekster kunnen lezen wat onder een DBC wordt verstaan. In artikel 6.9 is geregeld dat als een behandeling wordt gedeclareerd in de vorm van een DBC, het startmoment van deze behandeling bepalend is voor het verplicht en vrijwillig eigen risico.

 5.3. Op 3 december 2014 is, naar aanleiding van een zorgvraag van verzoekster, bij het Sint Jans Gasthuis een DBC-traject gestart. Op 21 januari 2015 heeft verzoekster een operatie ondergaan. Op 4 maart 2015 (42 dagen nadat de operatie had plaatsgevonden) is het traject door het Sint Jans Gasthuis gesloten. De kosten hiervan zijn door hem in april 2015 gedeclareerd bij de zorgverzekeraar.

 5.4. De ziektekostenverzekeraar heeft vastgesteld dat de nota van het Sint Jans Gasthuis terecht is verrekend met het verplicht en vrijwillig eigen risico 2014. Het DBC-traject is immers in 2014 gestart.

 Zoals bepaald in artikel 6.9 is de startdatum van het DBC-traject bepalend voor het verplicht en het vrijwillig eigen risico.

5.5. Ter zitting is door de zorgverzekeraar zijn standpunt herhaald.

 5.6. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

 6.1. Gelet op artikel 18.4 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 zorgverzekeraar gehouden is het bedrag van € 813,07 te verrekenen met het eigen risico 2015 van verzoekster.

 8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.

8.2. De zorgverzekering betreft een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen 1 tot en met 42 van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 6 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering regelt het verplicht eigen risico en luidt, voor zover hier van belang:

*"6.1 Als u 18 jaar of ouder bent en premie verschuldigd bent, heeft u een verplicht eigen risico voor de basisverzekering. De overheid bepaalt hoe hoog dit eigen risicobedrag is. In 2014 is het verplicht eigen risico € 360,- per verzekerde per kalenderjaar.*

*(...)*

*6.2 Wij brengen het verplicht eigen risico in mindering op uw vergoeding van de kosten van zorg. Het gaat hierbij om de kosten die u in de loop van het kalenderjaar vanuit de basisverzekering maakt. Voorbeeld: u wordt behandeld in een ziekenhuis, maar ontvangt geen nota. Dan vergoeden wij deze kosten rechtstreeks aan het ziekenhuis. U (verzekeringnemer) ontvangt vervolgens een nota van ons van € 360,- (...)*

*6.9 Wordt een behandeling gedeclareerd in de vorm van een diagnose-behandelcombinatie (DBC)? Dan is het startmoment van de behandeling ook bepalend voor het verplicht eigen risico dat wij moeten toepassen (...)"*

8.4. Artikel 7 van de zorgverzekering regelt het vrijwillig eigen risico en luidt, voor zover hier van belang:

*"7.1 Per kalenderjaar kan een verzekerde van 18 jaar of ouder kiezen voor een vrijwillig eigen risico. U kunt in uw basisverzekering kiezen voor geen vrijwillig eigen risico of voor een vrijwillig eigen risico van € 100,-, € 200,-, € 300,-, € 400,- of € 500,- per kalenderjaar. (...)*

*(...)*

*7.8 Wordt een behandeling gedeclareerd in de vorm van een diagnosebehandelcombinatie (DBC)? Dan is het startmoment van de behandeling ook bepalend voor het vrijwillig gekozen eigen risico dat wij in mindering moeten brengen (...)"*

8.5. Artikel 5.5 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering regelt het declareren op basis van een DBC en luidt, voor zover hier van belang:

*"Wordt een behandeling gedeclareerd in de vorm van een diagnosebehandelcombinatie (DBC)? Dan is het startmoment van de behandeling bepalend voor het recht op vergoeding. U heeft bij een DBC alleen recht op vergoeding van de kosten van zorg die u heeft gemaakt in de periode waarin u bij ons de basisverzekering heeft afgesloten. Bovendien moet het startmoment tijdens deze verzekering zijn geweest (...)"*

- 8.6. Het begrip DBC is gedefinieerd in artikel 21 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering, en deze definitie luidt:

*"Diagnose Behandeling Combinatie (DBC-)zorgproduct: vanaf 1 januari 2012 worden nieuwe zorgprestaties voor medisch-specialistische zorg uitgedrukt in DBC-zorgproducten. Dit traject heet DOT (DBC's Op weg naar Transparantie). Een DBC-zorgproduct is een declarabele prestatie op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg, binnen de medischspecialistische zorg die de resultante is van het totale traject van de diagnose die de zorgverlener stelt tot en met de (eventuele) behandeling. Het DBC-traject begint op het moment dat u zich meldt met uw zorgvraag en wordt afgesloten aan het eind van de behandeling, dan wel na 365 dagen."*

- 8.7. De artikelen 5.5, 6, 7 en 21 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering zijn volgens artikel 1 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.8. Het verplicht en vrijwillig eigen risico is geregeld in de artikelen 19 tot en met 21 Zvw, en nader uitgewerkt in de artikelen 2.17 e.v. Bzv

- 8.9. De hiervoor beschreven regeling, zoals opgenomen in de zorgverzekering, strookt met de toepasselijke regelgeving.

## 9. Beoordeling van het geschil

- 9.1. Door het ziekenhuis is op 3 december 2014 een DBC-traject geopend, op basis van DBC-zorgproduct 15A976 met de omschrijving: *operatie aan de galblaas of galwegen bij een aandoening van galblaas / galwegen / alvleesklier*. Op 4 maart 2015 werd dit DBC-traject gesloten. Gezien hetgeen is bepaald in artikel 6.9 respectievelijk 7.8 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering, is de openingsdatum van het DBC-traject bepalend voor het jaar waarin de kosten ten laste van het verplicht en het vrijwillig eigen risico moeten worden gebracht. In de situatie van verzoekster ligt deze datum in het jaar 2014. De aan het DBC-traject verbonden kosten zijn derhalve terecht toegerekend aan dat jaar en niet aan het jaar 2015. Hetgeen door verzoekster is aangevoerd ten aanzien van mogelijke alternatieve methoden van declareren, maakt dit, gelet op het bepaalde in voornoemd artikel 6.9, niet anders.

- 9.2. Conform artikel 6.1 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering is verzoekster in 2014 € 360,- aan verplicht eigen risico verschuldigd, en € 500,- vrijwillig eigen risico volgens artikel 7.1, voor zorg en overige diensten die ten laste van de zorgverzekering komen. Tussen partijen is niet in geschil dat het eigen risico 2014 op het moment dat de onderhavige kosten werden gemaakt nog open stond. De betreffende kosten zijn voorts niet uitgesloten van de eigen risicoregeling. De zorgverzekeraar heeft derhalve terecht de door middel van een DBC gedeclareerde kosten van medisch specialistische zorg ten bedrage van € 813,07,- ten laste van het verplicht en vrijwillig eigen risico 2014 gebracht.

- 9.3. De stelling van verzoekster dat zij niet bekend was met de DBC-systematiek, en dat zij, indien dit wel het geval was geweest, ervoor zou hebben gekozen het eerste bezoek aan de medisch specialist één maand uit te stellen, kan niet leiden tot een andere uitkomst. De DBC-systematiek op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg, en de verrekening van de in de vorm van een DBC bij de zorgverzekeraar gedeclareerde kosten met het eigen risico van een bepaald jaar, worden namelijk duidelijk uiteengezet in de voor verzoekster kenbare polisvoorwaarden.



## 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, 23 maart 2016,



H.A.J. Kroon

