



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen De Friesland Zorgverzekeraar N.V. en De Friesland
Particuliere Ziektekostenverzekeringen N.V., beide te Leeuwarden

Zaak : Eigen risico, DBC-systematiek

Zaaknummer : 201502153

Zittingsdatum : 14 september 2016

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden zorgverzekering 2014, artt. 19, 20, 21 en 23 Zvw, 2.17 en 2.18 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2014)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

- 1) De Friesland Zorgverzekeraar N.V., en
- 2) De Friesland Particuliere Ziektekostenverzekeringen N.V., beide te Leeuwarden, 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 Online Verzorgd Polis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering AV Tand Extra Online afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). 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 19 juni 2015 € 565,98 bij verzoeker in rekening gebracht in verband met het verplicht en vrijwillig eigen risico 2014.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brieven van 30 juli 2015 en 11 augustus 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 8 januari 2016 € 256,24 bij verzoeker in rekening gebracht in verband met het vrijwillig eigen risico 2014.
- 3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.5. Bij e-mailbericht van 13 februari 2016 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar de bedragen van € 565,98 en € 256,24 niet ten laste mag brengen van het verplicht en vrijwillig eigen risico 2014 (hierna: het verzoek).

- 3.6. 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 stukken gevoegd.
- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 26 april 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 28 april 2016 aan verzoeker gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 4 mei 2016 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 29 augustus 2016 per e-mail medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.9. 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.
- 3.10. Op grond van artikel 114 lid 3 Zvw dient de commissie verplicht advies te vragen aan het Zorginstituut Nederland (hierna: Zorginstituut) indien het geschil betrekking heeft op de zorg of de overige diensten, bedoeld in artikel 11, dan wel de vergoeding van die zorg of diensten. Blijkens de Memorie van toelichting blijft deze verplichting beperkt tot de vraag of de vorm van zorg of andere dienst waar de verzekerde behoefte aan heeft tot het verzekerde pakket behoort. Aangezien die vraag in het onderhavige geval geen beantwoording behoeft, is het Zorginstituut niet verzocht te adviseren.
- 3.11. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 14 september 2016 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. Verzoeker is in 2013 onder behandeling geweest bij een uroloog. In 2014 heeft hij geen behandeling ondergaan, is er geen onderzoek verricht, en is hij evenmin op consult geweest bij de uroloog. Dit alles wordt bevestigd door het door verzoeker overgelegde medisch dossier. Aanvankelijk was wel een afspraak gemaakt voor een controleconsult in 2014 en voor het maken van foto's, maar reeds in december 2013 is deze afspraak verzet naar 2015, omdat verzoeker in 2014 langdurig in het buitenland zou verblijven. De ziektekostenverzekeraar heeft daarom ten onrechte het bedrag van € 565,98 ten laste van het verplicht en vrijwillig eigen risico 2014 gebracht. De kosten van de scan die in 2015 is gemaakt, dienen ten laste van het eigen risico 2015 te komen.
- 4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft het bedrag van € 565,98 zonder aankondiging en zonder toestemming van verzoeker van zijn bankrekening afgeschreven. Verzoeker is hierop zelf een en ander gaan uitzoeken, en uit navraag bij de ziektekostenverzekeraar bleek dat het ging om kosten die in 2014 zouden zijn gemaakt voor behandeling door een uroloog. Verzoeker heeft ook het ziekenhuis om opheldering gevraagd. De uitleg die de debiteuren-administratie van het ziekenhuis heeft gegeven is echter niet correct.
- 4.3. Ook de factuurdatum en het declaratiemoment komen niet overeen. Het bevreemdt verzoeker dat de ziektekostenverzekeraar op 21 juli 2015 alsnog het eigen risico 2014 incasseert, aangezien de ziektekostenverzekeraar in 2014 reeds meerdere keren bedragen heeft geïncasseerd die vallen onder het eigen risico. Verzoeker heeft daarom in 2014 per saldo teveel eigen risico betaald.
- 4.4. Op 18 januari 2016 heeft verzoeker, zonder vooraankondiging, een e-mailbericht ontvangen van de ziektekostenverzekeraar waarin hem wordt medegedeeld dat € 256,24 zal worden afgeschreven van zijn bankrekening ter zake van het vrijwillig eigen risico 2014. Hoewel in het bericht wordt

verwezen naar een bijlage, was deze niet bijgevoegd. Verzoeker heeft zelf op 'Mijn Friesland' gekeken, en zodoende kunnen achterhalen dat deze incasso betrekking heeft op een declaratie van een zorgaanbieder van € 2.975,-- met als behandeldatum 9 oktober 2014 (behandelperiode van 9 oktober 2014 tot en met 2 april 2015). Dit komt echter niet overeen met de werkelijke behandelperiode, te weten 18 februari 2015 tot en met 10 maart 2015. Deze kosten moeten dus ten laste van het eigen risico 2015 komen. Daarom had de betreffende zorgaanbieder de declaratie naar de nieuwe verzekeraar van verzoeker moeten sturen, en niet naar de ziektekostenverzekeraar. Bovendien mag met ingang van 1 januari 2015 een DBC op grond van de regelgeving maximaal 120 dagen openstaan. De incassoaankondiging is gedateerd op 2 januari 2016. Het bedrag is dus één jaar later pas ten laste van het eigen risico gebracht. De nieuwe verzekeraar van verzoeker heeft het volledige verplicht eigen risico 2015 reeds bij hem in rekening gebracht.

- 4.5. Ter zitting is door verzoeker toegelicht dat het ziekenhuis een overzicht heeft gemaakt van de uitgevoerde verrichtingen, en dat dit is aangeleverd met een DVD. In de periode waarop het eigen risico betrekking heeft, hebben geen behandelingen plaatsgevonden. Het kan niet zo zijn dat kosten in rekening worden gebracht voor een behandeling die niet heeft plaatsgevonden. Het medisch dossier was in 2013 afgesloten. In maart 2015 is verzoeker weer naar het ziekenhuis gegaan, ditmaal voor een andere behandeling. De CT-scan die is gemaakt in verband met de nierstenen, leverde verder geen behandeling op. Met betrekking tot het bedrag van € 256,24 geldt het volgende. Bij Stichting Kempenhaeghe vindt om de zoveel tijd een slaaponderzoek plaats. Dit werd voorheen niet ten laste gebracht van het eigen risico, omdat het gaat om ketenzorg. De ziektekostenverzekeraar heeft ook dit bedrag daarom ten onrechte bij verzoeker in rekening gebracht.

- 4.6. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. Verzoeker heeft medisch specialistische zorg genoten. Voor deze zorg heeft het ziekenhuis een nota met DBC-prestatiecode 15C883 betreffende de periode van 6 maart 2014 tot en met 5 maart 2015 ten bedrage van € 565,98 ter declaratie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. De omschrijving die bij deze DBC-prestatiecode hoort is: *onderzoek(en) of behandeling tijdens een polikliniekbezoek of dagbehandeling bij een aandoening aan de nier of urineleiders*. Dit zorgproduct sluit aan bij het onderzoek dat is uitgevoerd, te weten een CT-scan van de nieren. Aangezien de DBC in 2014 is geopend, te weten op 6 maart van dat jaar, zijn de kosten hiervan terecht ten laste van het verplicht en vrijwillig eigen risico 2014 gebracht.

- 5.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 18 juli 2014 een bedrag van € 15,53 ten laste van het verplicht eigen risico gebracht, en op 5 september 2014 € 22,25. Derhalve was ten tijde het in rekening brengen van de onderhavige € 565,98 pas totaal € 37,78 met het verplicht eigen risico 2014 verrekend.

- 5.3. Verzoeker heeft voorts een nota ontvangen voor € 256,24 ter zake van het vrijwillig eigen risico 2014. Dit betreft een andere declaratie, te weten van Stichting Kempenhaeghe voor de vervolg-DBC met looptijd 9 oktober 2014 tot en met 2 april 2015. Vanwege de opname van verzoeker is deze vervolg-DBC 42 dagen na de opname gesloten, in plaats van 365 dagen na de opening van de vervolg-DBC. Aangezien de datum van opening, in dit geval 9 oktober 2014, bepalend is voor de toerekening van het verplicht en vrijwillig eigen risico, is het bedrag van € 256,24 terecht ten laste van het nog openstaande vrijwillig eigen risico 2014 gebracht.

- 5.4. Stichting Kempenhaeghe heeft de nota op 2 november 2015 gedeclareerd. In artikel 19 lid 4 Zvw is bepaald dat rekeningen voor kosten van zorg of overige diensten slechts op het verplicht eigen risico in mindering worden gebracht, indien deze door de zorgverzekeraar zijn ontvangen vóór 31 december van het kalenderjaar volgend op het kalender jaar waarop het verplicht eigen risico betrekking heeft. De datum van 31 december staat vermeld in artikel 2.17 lid 3 Bzv. De nota van

Stichting Kempenhaeghe is door de ziektekostenverzekeraar ontvangen vóór 31 december 2015 en derhalve tijdig.

5.5. In reactie op de stelling van verzoeker, dat hij in 2014 teveel eigen risico zou hebben betaald, verklaart de ziektekostenverzekeraar het volgende. Het bedrag van € 85,10 dat op 9 januari 2014 van verzoeker is gevorderd, heeft betrekking op de premie van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering. Het bedrag van € 850,-- betreft, zoals ook is vermeld in de brief van 10 januari 2014, het eigen risico 2013. Het bedrag van € 170,20 heeft betrekking op het herstel van de inschrijving voor de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering. De bedragen van € 15,53 en € 22,25 zien op het eigen risico 2014.

5.6. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat het juist is dat in 2014 feitelijk geen behandeling heeft plaatsgevonden. De behandelingen en onderzoeken die er wel zijn geweest, vallen echter binnen de looptijd van de gedeclareerde DBC-zorgproducten. Er is contact geweest met het ziekenhuis, en er is diverse keren uitgelegd waarom het eigen risico in rekening werd gebracht. Verzoeker is vanaf 2013 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd, zodat geen inzicht bestaat in eerdere jaren. Er is bij Stichting Kempenhaeghe geen sprake van ketenzorg. Het gaat bij ketenzorg om diabetes, COPD en hart- en vaatziekten, en niet om slaapapneu.

5.7. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op de artikelen 2.12 van de zorgverzekering en 2.10 van de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar de bedragen van € 565,98 en € 256,24 ter zake van het verplicht en vrijwillig eigen risico 2014 van verzoeker mag vorderen.

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 ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen 3.1 tot en met 3.24 van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 2.8 van de zorgverzekering regelt het eigen risico en luidt, voor zover hier van belang:

"2.8.1 Verplicht eigen risico

Het verplichte eigen risico is het bedrag aan kosten van zorg of overige diensten, genoemd in hoofdstuk 3 van deze verzekeringsvoorwaarden, dat verplicht voor uw rekening blijft. Voor verzekerden van 18 jaar of ouder geldt een verplicht eigen risico van € 360,- per kalenderjaar. (...)

2.8.2 Vrijwillig eigen risico

Het vrijwillige eigen risico is het met u als verzekeringnemer overeengekomen bedrag per kalenderjaar aan kosten van zorg of overige diensten, genoemd in hoofdstuk 3 van deze verzekeringsvoorwaarden, dat u naast het verplichte eigen risico voor uw eigen rekening neemt.

(...)

2.8.3 Wanneer is het eigen risico niet van toepassing

Zowel het verplichte als het vrijwillige eigen risico zijn niet van toepassing op de kosten van:

- a. verloskundige zorg en kraamzorg;
- b. het gebruik van huisartsenzorg. Door de huisarts aangevraagd laboratorium- en functieonderzoek valt wel onder het eigen risico, als dat onderzoek onder de dekking van deze verzekering valt, elders wordt uitgevoerd en apart in rekening wordt gebracht;
- c. nacontroles van de donor na afloop van de periode genoemd in hoofdstuk 3 in het artikel Transplantaties van weefsels en organen, Inhoud zorg, onder d.;
- d. hulpmiddelen die in bruikleen worden verstrekt;
- e. 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).

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.

(...)

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 Diagnose Behandel Combinatie (DBC) dus toegerekend aan het jaar waarin deze is geopend. 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 het eigen risico krijgt u een specificatie van de kosten die ten laste komen van het eigen risico. Hierop wordt ook aangegeven wanneer en op welke manier het verschuldigde bedrag zal worden geïncasseerd."

8.4. Artikel 2.7.12 van de zorgverzekering regelt de dekkingperiode van de verzekering, en luidt:

"U heeft recht op (vergoeding van) de verzekerde zorg, voor zover gemaakt tijdens de periode waarin deze verzekering van kracht is. Bepalend daarbij is de behandeldatum en/of de datum van levering, en niet de datum waarop de nota is uitgeschreven. Als het gaat om een nota van een Diagnose Behandel Combinatie (DBC) waarmee een begin is gemaakt voor de einddatum van de verzekering, worden de kosten geacht te zijn gemaakt in de periode waarin de verzekering van toepassing was. Als de nota betrekking heeft op een DBC waarmee is begonnen voor de datum van ingang van de verzekering, worden de kosten hiervan niet vergoed."

8.5. Het begrip DBC is gedefinieerd in artikel 4 van de zorgverzekering, en deze definitie luidt:

"Een DBC of DBC Zorgproduct is het totale traject vanaf de diagnose van de specialist tot en met de (eventuele) behandeling die hieruit volgt, gedurende een vastgestelde periode. Diagnose en behandeling leiden samen tot één prijs die in rekening mag worden gebracht. Een DBC bestaat dus uit alle activiteiten van een ziekenhuis en een medisch specialist die voortkomen uit een zorgvraag van een patiënt."

8.6. De artikelen 2.7.12, 2.8 en 4 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2.2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.7. 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.
In artikel 23 Zvw is bepaald dat de 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.

- 8.8. De Zvw, het daarop gebaseerde Bzv en de Rzv, schrijven dwingend voor welke prestaties onder de zorgverzekering verzekerd dienen te zijn. De verzekerde die een zorgverzekering sluit heeft recht op niet meer of minder dan deze prestaties. De zorgverzekering is in dit opzicht een bijzondere, van overheidswege gereguleerde vorm van schadeverzekering. Het staat de ziektekostenverzekeraar niet vrij een dekking te bieden die hetzij ruimer dan wel beperkter is dan op grond van het bij of krachtens de Zvw bepaalde is voorgeschreven. De hiervoor beschreven regeling, zoals opgenomen in de zorgverzekering, strookt met de toepasselijke regelgeving.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. In Nederland worden behandeltrajecten vanaf de diagnose tot het eind van de behandeling voorzien van een code, de zogenoemde Diagnose Behandel Combinatie (DBC). Deze regeling is op 1 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 had aanvankelijk een maximale looptijd van 365 dagen. Later is dit teruggebracht tot maximaal 120 dagen, maar een DBC kan ook een looptijd hebben van 42 of 90 dagen, afhankelijk van de toepasselijke regels van de Nederlandse Zorgautoriteit. Indien sprake is van een doorlopende behandeling wordt steeds aansluitend een nieuwe DBC geopend. Een DBC is niet gebonden aan kalenderjaren.
- 9.2. Het verplicht en vrijwillig eigen risico bestaat, conform artikel 2.8 van de zorgverzekering, uit de bedragen aan kosten van zorg of overige diensten die per kalenderjaar voor rekening van de verzekerde blijven. De kosten van zorg of een andere dienst worden toegerekend aan het kalenderjaar waarin de zorg is genoten. Echter, indien de zorg of dienst die in twee achtereenvolgende kalenderjaren is genoten, wordt gedeclareerd met één DBC, dan wordt het eigen risico toegerekend aan het kalenderjaar waarin de DBC is geopend.
- 9.3. Uit de in het dossier aanwezige factuur van het ziekenhuis van 28 april 2014 blijkt dat op 6 december 2013 een DBC is geopend met prestatiecode 041-15C883 en zorgproduct 149599012. Deze DBC is na 90 dagen, conform de hiervoor geldende regels, op 5 maart 2014 gesloten. Uit de factuur van het ziekenhuis van 10 april 2015 blijkt dat een vervolg-DBC is geopend (en gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar) voor dezelfde zorgvraag op 6 maart 2014, die op 5 maart 2015 is gesloten. Verzoeker heeft verklaard dat op 5 maart 2015 het onderzoek - zoals voorgeschreven door de uroloog - heeft plaatsgevonden. Aangezien dit onderzoek op de laatste dag van looptijd van de vervolg-DBC heeft plaatsgevonden - in dit geval nog 365 dagen - , heeft het ziekenhuis conform de hiervoor geldende regels de (aansluitende) vervolg-DBC met ingangsdatum 6 maart 2014 gefactureerd. De onderhavige zorg is niet uitgesloten van de eigen risicoregeling en niet gebleken is dat het eigen risico al was volgemaakt. Verzoeker is daarom over de hiervoor door de ziektekostenverzekeraar toegekende vergoeding het nog openstaande verplicht en vrijwillig eigen risico 2014 verschuldigd. Dit betreft een bedrag van € 565,98.
- 9.4. Ten aanzien van het gevorderde bedrag van € 256,24 ter zake van de door Stichting Kempenhaeghe gedeclareerde kosten van zorg, overweegt de commissie het volgende. De ziektekostenverzekeraar heeft toegelicht dat voornoemde kosten betrekking hebben op een vervolg-DBC met een looptijd van 9 oktober 2014 tot en met 2 april 2015. Uit de verklaring van de ziektekostenverzekeraar blijkt dat op 11 juli 2013 een DBC is geopend door Stichting Kempenhaeghe, die op 8 oktober 2013 is gesloten. Op 9 oktober 2013 is een vervolg-DBC geopend, die op 8 oktober 2014 is gesloten. Op 9 oktober 2014 is aansluitend weer een vervolg-DBC geopend, die na 42 dagen, te weten op 2 april 2015, is gesloten. Het voorgaande is door



verzoeker niet weersproken, daarom neemt de commissie dit als vaststaand aan. Verzoeker heeft aangevoerd dat hij van 18 februari tot en met 10 maart 2015 is behandeld, en dat de werkelijke behandelperiode dus niet overeenkomt met de gedeclareerde periode. Dit is correct, echter gezien de toepasselijke DBC-systematiek is de declaratie niet onjuist. De commissie is niet gebleken dat door Stichting Kempenhaeghe over een onjuiste periode is gedeclareerd en de declaratie werd ook tijdig bij de ziektekostenverzekeraar ingediend. Aangezien de vervolg-DBC in 2014 is geopend, de betreffende zorg niet is uitgesloten van de eigen risicoregeling, en het vrijwillig eigen risico nog niet was volgemaakt, is de hiervoor toegekende vergoeding terecht verrekend met het nog openstaande vrijwillig eigen risico 2014.

- 
- 
- 
- 
- 9.5. Ingevolge artikel 2.8 van de zorgverzekering is verzoeker in 2014 maximaal € 360,-- aan wettelijk verplicht eigen risico verschuldigd voor zorg en diensten die ten laste van de zorgverzekering komen. Daarnaast had verzoeker in 2014 een vrijwillig eigen risico van € 500,--. In totaal bedroeg het eigen risico 2014 derhalve € 860,--. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat eerder de bedragen van € 15,53 en € 22,25 ten laste van het verplicht eigen risico 2014 zijn gebracht. Tezamen met de door de ziektekostenverzekeraar gevorderde bedragen € 565,98 en € 256,24 is het verplicht en vrijwillig eigen risico 2014 geheel vol gemaakt.
- 9.6. Verzoeker heeft aangevoerd dat door de ziektekostenverzekeraar bij hem meer bedragen (dan genoemd in 9.5) in rekening zijn gebracht. De ziektekostenverzekeraar heeft dit in zijn brief van 26 april 2016 weersproken en heeft hierbij de stukken gevoegd waaruit blijkt dat de door verzoeker genoemde bedragen geen betrekking hadden op het verplicht en vrijwillig eigen risico 2014. Verzoeker heeft dit niet weersproken. Daarom neemt de commissie dit als vaststaand aan. Er is derhalve niet gebleken dat ter zake van het verplicht en vrijwillig eigen risico 2014 meer dan € 850,-- bij verzoeker in rekening is gebracht. Dat voornoemde bedragen in eerst in 2015 en 2016 zijn geïncasseerd maakt het voorgaande niet anders.



Conclusie

- 
- 9.7. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
10. Het bindend advies
- 
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 12 oktober 2016,



J.A.M. Strens-Meulemeester