



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen Menzis Zorgverzekeraar N.V. te Wageningen
Zaak : Eigen risico, DBC/DOT systematiek, ('lege') vervolg-DBC/DOT
Zaaknummer : 201601639
Zittingsdatum : 19 april 2017

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden zorgverzekering 2015 en 2016, artt. 10 en 11, 19-23 Zvw, 2.1, 2.4, 2.17-2.19 Bzv)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

Menzis Zorgverzekeraar N.V. te Wageningen, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Verzoeker was in het jaar 2015 bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering BudgetBewust, en in het jaar 2016 op grond van de verzekering Basis Voordelig (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 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Bij specificatie van 30 april 2016 heeft de zorgverzekeraar bij verzoeker een bedrag van € 391,-- in rekening gebracht ter zake van het verplicht en vrijwillig eigen risico 2015. Bij specificatie van 12 mei 2016 heeft de zorgverzekeraar bij verzoeker een bedrag van € 191,81 in rekening gebracht ter zake van het vrijwillig eigen risico 2015.

3.2. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissingen gevraagd. Bij brief van 29 juni 2016 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissingen 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 18 december 2016 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is af te zien van het in rekening brengen van de bedragen van € 391,-- en € 191,81 ter zake van het verplicht en vrijwillig eigen risico 2015 (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 zorgverzekeraar 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.

3.6. De zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 15 maart 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 16 maart 2017 aan verzoeker gezonden.

 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 17 maart 2017 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De zorgverzekeraar heeft op 22 maart 2017 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.

 3.8. 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.

 3.9. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 19 april 2017 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord.

 4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

 4.1. Vijftien jaar geleden heeft verzoeker een operatie ondergaan in verband met longkanker; hij lijdt aan COPD en heeft hartproblemen. Voor deze klachten staat verzoeker onder controle van een longarts in het Amphia Ziekenhuis en een cardioloog in het TweeSteden Ziekenhuis.

Verzoeker is een paar jaar geleden zijn baan verloren en heeft sindsdien ernstige, financiële problemen. Omwille van zijn financiële situatie heeft hij voor 2015 gekozen voor de goedkoopste zorgverzekering met een maximaal vrijwillig eigen risico. Tevens heeft hij in 2015 zo min mogelijk gebruik gemaakt van zorg, ondanks zijn gezondheidsproblemen.

Bij de laatste controlebezoeken aan beide medisch specialisten in 2014 heeft verzoeker hen geïnformeerd over zijn keuze voor de zorgverzekering voor het jaar 2015. De vervolgcontroles zijn hierop ingepland voor het jaar 2016.

 4.2. Verzoeker is het niet eens met de nota van de zorgverzekeraar voor het eigen risico 2015. De specificaties (van 30 april 2016 en 12 mei 2016) verwijzen namelijk naar ziekenhuiszorg/ behandeltrajecten in 2016. De kosten van deze zorg zijn daarom ten onrechte toegerekend aan 2015.

 In 2014 is twee keer een vervolg-DOT gedeclareerd in verband met de controles bij de longarts en de cardioloog. In 2015 heeft verzoeker geen afspraken gehad bij deze specialisten in het Amphia Ziekenhuis en het TweeSteden Ziekenhuis. Er zijn dus geen kosten gemaakt die kunnen worden toegerekend aan het eigen risico 2015. De controles bij de medisch specialisten in januari 2016 kunnen op grond van de wet onmogelijk worden gekoppeld aan de zorgtrajecten uit 2014.

 Verzoeker stelt dat de zorgverzekeraar heeft gehandeld in strijd met de regels van de Nederlandse Zorgautoriteit (hierna: NZa).

 Ten eerste geldt dat de hoofdbehandelaar de DBC/DOT had moeten sluiten omdat verzoeker vanaf november/december 2014 langdurig niet is komen opdagen; verzoeker heeft meer dan 365 dagen geen zorg ontvangen. Dit is opgenomen in de regels van de NZa, onder 'Sluitreden 1'.

Ten tweede heeft de hoofdbehandelaar meerdere ('lege') vervolg-DBC's/DOT's gedeclareerd. De mogelijkheid hiertoe komt echter niet in de wet of in de regels van de NZa voor.

 4.3. Verzoeker heeft de onderhavige vorderingen inmiddels voldaan, en de betreffende bedragen worden thans teruggevorderd, te verhogen met de rente. Deze bedraagt op jaarbasis 22,3%, te weten het voor de creditcard van verzoeker geldende rentepercentage.

 4.4. Ter zitting is door verzoeker aangevoerd dat in de wet niets staat over lege DBC's. Indien de patiënt gedurende 365 dagen geen zorg heeft gehad, moet de DBC worden gesloten.

 4.5. Verzoeker 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 is de DOT (DBC Op weg naar Transparantie) systematiek van toepassing. Medisch specialistische zorg wordt gedeclareerd door middel van een zorgproduct. Onder een zorgproduct vallen alle zorgactiviteiten die horen bij een bepaalde zorgvraag. Een zorgproduct heeft een bepaalde looptijd, die afhankelijk is van het behandeltraject, doch deze looptijd bedraagt nooit meer dan 120 dagen. Als sprake is van een vervolgbehandeling of een jaarlijkse controle, *moet* het ziekenhuis hiervoor een vervolg-DBC/DOT (zorgproduct) openen. Deze vervolg-DBC/DOT *moet* aansluiten op de voorafgaande DBC/DOT. Dit is een *wettelijke* regeling. De ingangsdatum van de vervolg-DOT hoeft dus niet per definitie de datum te zijn waarop men daadwerkelijk zorg heeft gekregen of bijvoorbeeld op consult is geweest. Wel moet in de periode tussen de opening van de vervolg-DBC/DOT en de sluiting in ieder geval een consult of contact hebben plaatsgevonden. Alleen dan mogen de kosten van een vervolg-DBC/DOT worden gedeclareerd. Als er geen contact binnen het behandeltraject heeft plaatsgevonden, moet de vervolg-DBC/DOT volgens de beleidsregels van de NZa worden geopend en gesloten, maar mag het zorgproduct niet worden gedeclareerd. Dit is dus enkel ter registratie.
De ingangsdatum van een DBC/DOT bepaalt voor welk jaar het eigen risico wordt aangesproken.
- 5.2. Verzoeker is al langere tijd onder behandeling van zowel de cardioloog als de longarts. Er is dan ook sprake van vervolg-zorg, waarvoor het ziekenhuis een vervolg-DOT moet openen.
Het Amphia Ziekenhuis heeft in 2015 DBC-zorgproduct 15A883 (100501036) gedeclareerd bij de zorgverzekeraar.
Het TweeSteden Ziekenhuis heeft in 2015 DBC-zorgproduct 15A763 (099899045) gedeclareerd bij de zorgverzekeraar.
Ten aanzien van de zorgtrajecten bij beide ziekenhuizen is sprake van 'lege' vervolg-DBC's/DOT's. Deze DBC's/DOT's zijn niet gedeclareerd. Beide ziekenhuizen hebben gebruik gemaakt van de mogelijkheid om twee keer een 'lege' vervolg-DBC/DOT van 120 dagen te openen. Hierdoor liggen de begindata van de daarop aansluitende daadwerkelijk gedeclareerde DBC's/DOT's op 1 november 2015 (Amphia Ziekenhuis) onderscheidenlijk op 2 december 2015 (TweeSteden Ziekenhuis).
Ter verduidelijking van de mogelijkheid voor ziekenhuizen om 'lege' DBC's/DOT's te openen, verwijst de zorgverzekeraar naar het informatieblad van de NZa genaamd 'Ziekenhuisbezoek in 2016, eigen risico betalen van 2015'.
Verzoeker heeft in 2014 voor het laatst zorg gehad in het kader van DBC's/DOT's die doorliepen tot maart respectievelijk april 2015. Daarna zijn er enkele vervolgtrajecten geweest van meer dan 120 dagen waarin geen zorg is verleend, waardoor de vervolgtrajecten de vorm van een registratieve 'lege' DBC/DOT kregen. Ziekenhuizen hebben de mogelijkheid om drie maal een lege DBC/DOT van 120 dagen te openen. Indien blijkt dat in deze periode geen zorg is verleend, dient het ziekenhuis de DBC/DOT te sluiten. In het onderhavige geval hebben beide ziekenhuizen gebruik gemaakt van slechts twee keer een 'lege' DBC/DOT van 120 dagen. In november en december 2015 is weer een vervolgtraject (de derde vervolg-DBC/DOT) geopend, en tijdens de looptijd daarvan is in 2016 zorg verleend aan verzoeker.
De ingangsdata van de (vervolg-)DBC's/DOT's liggen in 2015. Daarom zijn de kosten van de zorg verrekend met het verplicht en vrijwillig eigen risico 2015 van verzoeker.
Kortom: ondanks het feit dat tussen de beide zorgmomenten meer dan 365 dagen liggen, maakt dit niet uit voor het moeten sluiten van een vervolgtraject en is bij verzoeker terecht het verplicht en vrijwillig eigen risico in rekening gebracht voor het jaar 2015. De bekostigingswijze en daarmee de eigen risicoregeling kijkt namelijk niet naar de data van de afzonderlijke zorgmomenten, maar naar de behandelingen gedurende tijdsperiodes en dus naar de eind- en begindata van de tijdsperiodes van de betreffende declaraties.
Aangezien het een wettelijke regeling betreft, kan de zorgverzekeraar voor verzoeker geen uitzondering maken en kan hij de kosten van de zorg niet verrekenen met het verplicht eigen risico 2016. Dit gebeurt ook niet uit coulance. Desondanks heeft de zorgverzekeraar begrip voor de situatie van verzoeker.

5.3. Ter zitting is door de zorgverzekeraar aangevoerd dat de ziekenhuizen hebben gedeclareerd volgens de regels. Er zijn zogenoemde 'lege' DBC-zorgproducten geopend, en de openingsdata van deze zorgproducten liggen in 2015.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel A17 van de zorgverzekering (2015-2016) 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 terecht de bedragen van € 391,-- en € 191,81 bij verzoeker in rekening heeft gebracht ter zake van het verplicht en vrijwillig eigen risico 2015.

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 verzekeringsvoorwaarden van de zorgverzekering (2015-2016).

8.3. Op pagina 29 en verder van de verzekeringsvoorwaarden van de zorgverzekering (2015-2016) is geregeld wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat. De betreffende passage luidt, voor zover hier van belang:

"(...)

Welke zorg

U heeft recht op:

- onderzoek en diagnostiek,
- behandeling,
- materialen die de medisch specialist gebruikt, zoals geneesmiddelen, verbandmiddelen of hulpmiddelen, laboratoriumonderzoek, mechanische beademing en daarbij horende medisch specialistische zorg, geneesmiddelen, verblijf, verpleging en verzorging in of onder verantwoordelijkheid van een beademingscentrum.

(...)"

8.4. Op pagina 7 en verder van de verzekeringsvoorwaarden van de zorgverzekering (2015) is het eigen risico opgenomen. De betreffende passage luidt, voor zover hier van belang:

"U heeft een verplicht eigen risico van €375 per kalenderjaar als u 18 jaar of ouder bent. U kunt naast uw verplicht eigen risico kiezen voor een vrijwillig eigen risico van €500 per kalenderjaar. In dat geval krijgt u een korting op de premiegrondslag. Deze korting bedraagt per maand een bedrag van €22.

Let op

Het (verplicht en vrijwillig) eigen risico geldt niet voor:

- verloskundige zorg en kraamzorg (voor de kosten van laboratoriumonderzoek, geneesmiddelen en (ambulance)vervoer geldt het eigen risico wel),
- hulpmiddelen die in bruikleen worden verstrekt (voor gebruiksartikelen van het hulpmiddel geldt het eigen risico wel),

- de kosten van inschrijving bij een huisarts of bij een instelling die huisartsenzorg verleent,
- huisartsenzorg met inbegrip van 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). Door de huisarts aangevraagd laboratorium- en functieonderzoek valt wel onder het eigen risico, als dat onderzoek elders wordt uitgevoerd en apart in rekening wordt gebracht,
- wijkverpleegkundige zorg,
- vervoer van de donor bij transplantatie dat wordt genoemd in het artikel 'Transplantatie', bij de 8e en 9e punt van de opsomming onder 'Welke zorg',
- nacontroles van de donor bij transplantatie, nadat de periode genoemd in het artikel 'Transplantatie', bij de 7e punt van de opsomming onder 'Welke zorg', is verstreken.

Als u een eigen bijdrage heeft of een eigen betaling doet, telt dat niet mee voor het eigen risico. Als de verzekering niet op 1 januari begint of eindigt, wordt het eigen risico naar evenredigheid toegepast. Eerst wordt het verplicht eigen risico toegepast, daarna het vrijwillig eigen risico. Als Menzis uw zorgnota rechtstreeks betaalt aan een zorgaanbieder, betaalt u of verzekeringnemer (ter keuze van Menzis) het eigen risico en de eventueel betaalde eigen bijdrage aan Menzis. U of verzekeringnemer ontvangt dan een nota van Menzis. Het eigen risico of een eigen bijdrage is ook van toepassing als u naar een gecontracteerde zorgaanbieder gaat.
(...)"

De betreffende passage is voor het jaar 2016 gelijklopend, met dien verstande dat het verplicht eigen risico € 385,-- per kalenderjaar bedraagt.

- 8.5. Artikel A26 van de zorgverzekering (2015-2016) luidt, voor zover hier van belang:

"A26 Overig

- De datum waarop u bent behandeld, een geneesmiddel is bereid of een hulpmiddel is afgeleverd, is bepalend voor de vergoeding en het eigen risico. De datum waarop de nota is uitgeschreven of betaald is hiervoor niet van belang. Als een behandeling in meerdere kalenderjaren valt en de zorgaanbieder die behandeling in één bedrag in rekening mag brengen, is de datum waarop de behandeling is gestart bepalend. Als het gaat om een DBC (Diagnose Behandel Combinatie), dan is de ingangsdatum van de DBC bepalend in welk kalenderjaar de vergoeding toegekend wordt.
(...)"

- 8.6. Voormelde passages uit de verzekeringsvoorwaarden en artikel A26 van de zorgverzekering zijn volgens artikel A1 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.7. Artikel 11 lid 1 onderdeel a Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.
Medisch-specialistische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.
Het eigen risico is geregeld in de artikelen 19 tot en met 22 Zvw, en nader uitgewerkt in de artikelen 2.17 tot en met 2.19 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 zorgverzekeraar 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 NZa. Indien sprake is van een doorlopende behandeling wordt steeds aansluitend een vervolg-DBC geopend. Een DBC is niet gebonden aan kalenderjaren. Voorts is met ingang van 1 januari 2012 de DBC vervangen door DOT (DBC's Op weg naar Transparantie).

9.2. Het verplicht en vrijwillig eigen risico bestaat, conform de voorwaarden 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 DOT, dan wordt het eigen risico toegerekend aan het kalenderjaar waarin de DOT is geopend.

9.3. Het Amphia Ziekenhuis heeft op 7 maart 2008 een eerste DBC geopend. Elk jaar is een nieuwe DBC (DOT) geopend en de laatste DBC eindigde op 5 maart 2015. Het ziekenhuis heeft nadien DBC-zorgproductcode 100501036 (declaratiecode 15A883) geopend op 1 november 2015, en deze eindigde op 28 februari 2016, waarna is gedeclareerd bij de zorgverzekeraar. In de periode tussen 5 maart 2015 en 1 november 2015 zijn door het ziekenhuis 'lege' vervolg-DBC's geopend. Deze 'lege' DBC's zijn niet gedeclareerd, maar hebben een zuiver administratieve functie.

Voorts heeft het TweeSteden Ziekenhuis op 6 april 2012 een eerste DBC geopend. Elk jaar is een nieuwe DBC geopend en de laatste DBC (DOT) eindigde op 5 april 2015. Het TweeSteden Ziekenhuis heeft nadien DBC-zorgproductcode 099899045 (declaratiecode 15A763) geopend op 2 december 2015 en deze eindigde op 30 maart 2016, waarna is gedeclareerd bij de zorgverzekeraar. In de periode tussen 5 april 2015 en 2 december 2015 zijn door het ziekenhuis 'lege' vervolg-DBC's geopend. Zoals hiervoor is vermeld, worden deze niet gedeclareerd, en hebben zij een zuiver administratieve functie.

De commissie merkt op dat het mogelijk is een vervolg-DBC te registreren in het geval verdere behandeling noodzakelijk is. Alsdan kunnen ('lege') vervolg-DBC's worden geopend. Ingevolge artikel 9 van de Regeling medisch specialistische zorg (NR/CU-249) van de NZa opent het ziekenhuis in een dergelijke situatie een vervolgtraject dat ingaat één dag na de sluitingsdatum van het voorgaande traject. Voorts was aanvankelijk bepaald dat vervolg-DBC's een maximale looptijd hebben van 365 dagen. Later is dit teruggebracht naar 120 dagen. Er kunnen maximaal drie 'lege' DBC worden gedeclareerd.

Uit artikel A26 van de zorgverzekering volgt dat voor de berekening van het eigen risico in geval de kosten van zorg of een andere dienst worden gedeclareerd door middel van een DBC, de ingangsdatum leidend is.

De zorgverzekeraar heeft de door beide ziekenhuizen gedeclareerde kosten vergoed en voor de DBC met ingangsdatum 1 november 2015 (Amphia Ziekenhuis) een bedrag van € 191,81 verrekend met het vrijwillig eigen risico 2015, en voor de DBC met ingangsdatum 2 december 2015 (TweeSteden Ziekenhuis) een bedrag van € 391,-- verrekend met het verplicht en vrijwillig eigen risico 2015 van verzoeker.

- 9.4. Verzoeker was in 2015 maximaal € 375,-- aan verplicht eigen risico en maximaal € 500,-- aan vrijwillig eigen risico verschuldigd voor de zorg en overige diensten die ten laste van de zorgverzekering worden vergoed. Tussen partijen is niet in geschil dat het verplicht eigen risico 2015 op het moment dat de onderhavige kosten werden gemaakt, nog gedeeltelijk open stond en het vrijwillig eigen risico volledig. Voorts geldt dat de onderhavige (kosten van) zorg niet zijn uitgesloten van de eigen risicoregeling.
- De zorgverzekeraar heeft derhalve terecht de onderhavige door middel van DBC's gedeclareerde kosten van medisch-specialistische zorg, ten laste van het verplicht en vrijwillig eigen risico 2015 van verzoeker gebracht.

Conclusie

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

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 10 mei 2017,

P.J.J. Vonk