

Compensatie verplicht eigen risico 2009

In dit document staan antwoorden op 30 vragen over de compensatie eigen risico 2009

(bijgewerkt tot 21 september 2009)

1. Wanneer kom ik in aanmerking voor compensatie van het verplicht eigen risico?

U komt in aanmerking voor de compensatie 2009:

- Als u op 1 juli 2009 ten minste een half jaar in een AWBZ-instelling verbleef.
AWBZ-instellingen zijn verpleeghuizen, verzorgingshuizen, instellingen voor lichamelijk gehandicapten, instellingen voor verstandelijk gehandicapten, psychiatrische ziekenhuizen en instellingen voor beschermd wonen.
- Als u een bepaalde chronische aandoening heeft waarvoor in 2007 en 2008 meer dan 180 standaard dagdoseringen van specifieke geneesmiddelen zijn afgeleverd.
Een standaard dagdosering is een internationaal aanvaarde maat voor de hoeveelheid werkzame stof in geneesmiddelen die een volwassene gemiddeld per dag gebruikt.
- Als u zowel in 2006 als in 2007 was ingedeeld in een Diagnosekostengroep (DKG).

2. Ik kom in aanmerking voor compensatie eigen risico als ik onder een DKG val. Waar staat DKG voor?

DKG staat voor "Diagnosekostengroep". Dat is een term die zorgverzekeraars gebruiken. Verzekerden die onder een DKG vallen zijn meestal in een ziekenhuis opgenomen voor een bepaalde chronische aandoening. Let op: opname in een ziekenhuis betekent niet automatisch dat u onder een DKG valt.

3. Waar worden DKG's voor gebruikt?

Patiënten met een chronische aandoening maken veel gebruik van zorg. De zorgverzekeraar vraagt aan iedereen, chronisch ziek of gezond, een gelijke premie voor de zorgverzekering. Deze premie is niet kostendekkend voor de zorg die chronisch zieken gebruiken en daarom krijgen verzekeraars extra geld voor chronisch zieken. De DKG's worden gebruikt om dit extra geld aan de zorgverzekeraars toe te kennen. De DKG's zijn dus niet speciaal ontwikkeld voor de compensatieregeling.

4. Wanneer valt iemand onder een DKG?

Mensen die te maken hebben met chemotherapie, nierdialyse, radiotherapie en thuisbeademing vallen doorgaans in een DKG. Voor andere groepen wordt gekeken naar de diagnose van een ziekenhuisopname. Uitsluitend diagnoses die samenhangen met een chronische aandoening en waarbij verwacht wordt dat de behandeling van de betrokken patiënten in het komende jaar hoge kosten met zich meebrengen, worden bij de vaststelling van de DKG's meegenomen.

5. Waarom worden DKG's en FKG's gebruikt bij de compensatie van het verplicht eigen risico?

De overheid wil dat de compensatie van het verplicht eigen risico automatisch wordt uitgekeerd. Mensen hoeven er dus geen aanvraag voor te doen. Er bestaat echter geen aparte registratie van chronisch zieken. Daarom wordt gebruik gemaakt van de informatie die zorgverzekeraars al over chronisch zieken hebben. Van de beschikbare registraties van de zorgverzekeraars zijn de FKG's en de DKG's het meest geschikt voor de compensatie eigen risico. Een FKG (farmaceutische kostengroep) zegt iets over het medicijngebruik van chronisch zieken. Een DKG zegt iets over ziekenhuisverblijf of - in enkele gevallen - zorg buiten het ziekenhuis bij bepaalde chronische aandoeningen.

6. Hoe lang moet een ziekenhuisopname duren voordat ik in aanmerking kom voor compensatie?

Er moet sprake zijn van een ziekenhuisopname van minimaal 1 nacht. Anders kan ziekenhuisopname niet tot een DKG leiden.

7. Heeft een DKG altijd te maken met ziekenhuisopname?

Nee. Meestal gaat het om een ziekenhuisopname maar er zijn vier uitzonderingen: nierdialyse, thuisbeademing, chemotherapie en radiotherapie. Patiënten die deze behandelingen zonder ziekenhuisopname maar wel vanuit het ziekenhuis ondergaan, kunnen ook onder een DKG vallen.

8. Wat heeft een DBC-code te maken met de indeling in een DKG?

DBC staat voor diagnose behandel combinatie. Alle medische specialismen, diagnoses en behandelingen hebben een eigen code. Een aantal DBC-codes leidt tot indeling in een DKG .

9. Ik was zowel in 2006 als in 2007 voor een chronische ziekte opgenomen in het ziekenhuis. Toch krijg ik geen compensatie eigen risico. Hoe kan dat?

Dat kan als de behandeling in het ziekenhuis vóór 2006 is begonnen. Stel, u kwam december 2005 voor het eerst bij de arts in het ziekenhuis. Op dat moment werd een DBC geopend, ook al was de eigenlijke opname en behandeling in 2006. De mogelijke indeling in de DKG telt dan mee voor 2005 (en niet voor 2006), omdat de behandeling in het ziekenhuis formeel in 2005 is gestart. De behandelkosten werden ook toegerekend aan het jaar 2005.

10. Moet ik in beide jaren onder dezelfde DKG vallen om compensatie te krijgen?

Nee. Ziekenhuisopnames voor verschillende chronische aandoeningen kunnen leiden tot indeling in verschillende DKG's. Viel u bijvoorbeeld in 2006 onder DKG "A" en in 2007 onder DKG "B" dan komt u ook in aanmerking voor de compensatie.

11. Er wordt een DBC geopend in 2006. In 2007 wordt voor dezelfde behandeling een vervolg DBC geopend. Wat betekent dat voor de compensatie?

Een DBC staat maximaal 1 jaar open. Na dat jaar wordt de DBC gesloten en wordt zonodig een nieuwe (vervolg) DBC geopend.

Voor de indeling in een DKG wordt gekeken naar het moment van openen van een DBC. Wordt de DBC geopend in 2006 dan valt u in een DKG voor 2006. U valt door opening van de vervolg DBC in 2007 ook in 2007 in een DKG. U heeft dus recht op compensatie.

12. In december 2005 heb ik een eerste consult voor mijn chronische aandoening gekregen. Deze behandeling is gestopt in augustus 2007. Kom ik in aanmerking voor de compensatie?

Nee. Als in december 2005 een DBC geopend is, moet deze worden gesloten in december 2006. In 2006 wordt dan een nieuwe DBC geopend, die doorloopt tot december 2007. U bent op grond van deze informatie ingedeeld in een DKG voor 2005 en 2006, maar niet in een DKG voor 2007. In 2007 is immers de behandeling gestopt en is geen nieuwe DBC geopend.

13. Ik viel wel in 2006, maar niet in 2007 in een DKG. Krijg ik dan toch compensatie?

Nee, tenzij u de compensatie op andere gronden (medicijngebruik of verblijf in een AWBZ instelling) krijgt.

14. Ik viel niet in een DKG. Krijg ik dan geen compensatie?

Dat hangt er van af. U kunt ook compensatie krijgen als uw apotheker in 2007 en 2008 meer dan 180 dagdoseringen van bepaalde medicijnen heeft afgeleverd. Of als u op 1 juli 2009 een half jaar of langer, zonder onderbreking, in een AWBZ instelling opgenomen bent geweest.

15. Ik viel in 2007 in een DKG en in 2008 in een FKG. Krijg ik compensatie?

Nee. U krijgt de compensatie alleen als u twee achtereenvolgende jaren in een DKG of in een FKG bent ingedeeld. De combinatie van het ene jaar een DKG en het andere jaar een FKG levert dus geen compensatie op.

- 16. Ik viel in 2006 en 2007 in een DKG en in 2007 en 2008 in een FKG. Krijg ik dan over 2009 dubbel compensatie?**

Nee. U kunt de compensatie maar 1 keer per jaar krijgen, ook als u aan meerdere toekenningcriteria voldoet. U krijgt dus maximaal één keer per jaar een vast bedrag.

- 17. Mijn zoon/dochter is 16 jaar en chronisch ziek. Zowel in 2006 als in 2007 viel hij/zij onder een DKG. Toch krijg ik geen compensatie voor hem/haar. Hoe kan dat?**

De compensatie eigen risico wordt alleen gegeven aan verzekerden die onder het verplicht eigen risico van de zorgverzekering vallen. Voor kinderen tot 18 jaar geldt het verplicht eigen risico niet. Zij hoeven dus geen eigen risico te betalen. Daarom krijgen zij ook geen compensatie.

- 18. In 2006 en 2007 ben ik ingedeeld in een DKG. Ik ben echter in 2007 18 geworden. Kom ik in aanmerking voor de compensatie?**

Ja. U komt in aanmerking voor compensatie omdat u in 2009 ouder bent dan 18 jaar en daarom een verplicht eigen risico heeft.

- 19. Mijn echtgenoot is in 2007 overleden. Hij is in 2006 en 2007 wel ingedeeld in een DKG. Hebben de erven recht op de compensatie?**

Nee. Er is in 2009 immers geen verplicht eigen risico betaald voor uw in 2007 overleden echtgenoot. U kunt alleen compensatie krijgen als er ook een verplicht eigen risico gold.

- 20. Ik lag zowel in 2006 als in 2007 een tijd in het ziekenhuis. Kan ik bij mijn zorgverzekeraar nagaan of ik in een DKG viel?**

Nee. Om te voorkomen dat zorgverzekeraars worden overspoeld met vragen over de compensatie is voor een andere weg gekozen.

U kunt het CAK vanaf oktober 2009 via een aanvraagformulier vragen voor u uit te zoeken of u inderdaad onder een DKG viel.

21. Wat betekent de overstap naar een andere verzekeraar voor de compensatie?

De overstap naar een andere zorgverzekeraar heeft geen gevolgen voor de compensatie. Het CAK krijgt alle benodigde informatie van alle zorgverzekeraars.

22. Ik kreeg eind september nog steeds geen bericht van het CAK over de compensatie. Toch lag ik in 2006 en 2007 in het ziekenhuis. Wanneer kan ik daar het beste contact over opnemen met het CAK?

U kunt het CAK vanaf begin oktober 2009 om een aanvraagformulier vragen. Dit kan via de website van het CAK (www.hetcak.nl) of via het gratis telefoonnummer 0800-2108.

23. Waarom kan ik pas vanaf begin oktober een aanvraag bij het CAK doen en niet eerder?

Het CAK verstuurt in september beschikkingen aan verzekerden die de compensatie krijgen. Tot eind september kunt u dus nog een beschikking van het CAK krijgen.

24. Hoeveel DKG's zijn er?

Er zijn dertien groepen DKG's. Onder één DKG vallen meerdere chronische aandoeningen.

25. Verandert het aantal groepen DKG's nog in de loop van de tijd?

Nee. Het aantal groepen DKG's dat er nu is verandert voorlopig niet.

26. Welke ernstige chronische aandoeningen kunnen zoal onder een DKG vallen?

De volgende aandoeningen* kunnen mogelijk onder een DKG vallen wanneer u voor een van deze aandoeningen opgenomen bent geweest in een ziekenhuis:

- kwaadaardige tumoren, inclusief uitzaaiingen
- goedaardige tumoren in de hersenen en in het zenuwstelsel
- letsel in de schedel zonder een schedelbreuk, hersenen ruggenmergaandoeningen, hersenaandoeningen in combinatie met hart- en vaatziekten, epilepsie en stuipen
- hart- en vaatziekten, hartafwijkingen, hartinfarct, aneurysma, trombose, embolie, pijn op de borst, geleidingsstoornissen en hartdysritmieën
- longziekten en longziekten in combinatie met hart- en vaatziekten, COPD en astma
- ernstige aangeboren afwijkingen van het bewegingsapparaat, breuken van de wervelkolom met ruggenmergletsel
- chronische ernstige wonden aan de huid (chronische ulcus)
- afweersysteemziekten, bloedziekten, HIV en AIDS (incl. Kaposi sarcoom)
- nierziekten, leverziekten, alveesklierziekten, darmziekten, ziekte van Crohn, Colitis ulcerosa, maagziekten, slokdarmziekten, slokdarmspataderen,
- chronische gewrichtsreuma (reumatoïde artritis) en aandoeningen van het bindweefsel, chronische reumatische hartaandoeningen, gewrichtsslijtage (osteo-arthrose)
- botziekten, infecties van het bot, afsterven van het beenweefsel zonder infectie (aseptische botnecrose)
- ernstige aangeboren afwijkingen
- inwendig letsel van borst, buik en bekken
- ernstige brandwonden

De volgende behandelingen kunnen mogelijk onder een DKG vallen, ook als u daarvoor niet opgenomen bent geweest in een ziekenhuis:

- nierdialyse
- thuisbeademing
- radiotherapie (bestraling)
- chemotherapie

* Let op: Aan deze lijst kunnen geen rechten worden ontleend.

27. Ik gebruik vanwege mijn chronische ziekte uitsluitend geneesmiddelen die mijn apotheek zelf bereidt. Krijg ik compensatie eigen risico?

Nee. Geneesmiddelen die uw apotheker zelf maakt tellen niet mee voor de compensatie eigen risico. Deze geneesmiddelen worden namelijk niet opgenomen in de farmaceutische kostengroepen (FKG's).

28. Waarom vallen geneesmiddelen die de apotheker zelf maakt niet onder de FKG's?

Anders dan bij de kant-en-klare geneesmiddelen is er geen goede eenduidige registratie van geneesmiddelen die de apothekers zelf maken. Daarom worden deze geneesmiddelen niet meegenomen bij de FKG's.

29. Ik krijg de geneesmiddelen voor mijn chronische aandoening in grootverpakking. Kom ik in aanmerking voor compensatie van het eigen risico?

Nee. Grootverpakkingen tellen niet mee voor de compensatie eigen risico. Grootverpakkingen worden namelijk niet opgenomen in de farmaceutische kostengroepen (FKG's).

30. Waarom tellen geneesmiddelen die in grootverpakkingen worden afgeleverd niet mee voor de FKG's terwijl dezelfde geneesmiddelen in kleinere verpakkingen wél meetellen voor de FKG's?

Voor de FKG's tellen enkel geneesmiddelen mee die aan thuiswonende patiënten worden afgeleverd. Geneesmiddelen in grootverpakking - de officiële naam is kliniekverpakking - zijn van oorsprong niet bedoeld voor thuiswonende patiënten maar voor patiënten die bijvoorbeeld in een ziekenhuis zijn opgenomen. Daarom tellen kliniekverpakkingen niet mee voor de FKG's.