



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen ONVZ Ziektelastenverzekeraar N.V. te Houten
Zaak : Eigen Risico, DBC-systematiek
Zaaknummer : 201601064
Zittingsdatum : 25 januari 2017



Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. P.J.J. Vonk)



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

1. Partijen



A te B, hierna te noemen: verzoeker,



tegen



ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V. te Houten, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 
- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de PNO Basisverzekering (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 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 
- 3.1. De zorgverzekeraar heeft bij brief van 23 mei 2015 een bedrag van € 721,26 bij verzoeker in rekening gebracht in verband met het verplicht en vrijwillig eigen risico 2014.
- 
- 3.2. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij e-mailbericht van 25 juni 2015 en brieven van 9 september 2015 en 3 maart 2016 heeft de zorgverzekeraar 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 zorgverzekeraar.
- 
- 3.4. Bij brief van 12 september 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 het bedrag van € 721,26 ter zake van het verplicht en vrijwillig eigen risico 2014 (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 1 december 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 5 december 2016 aan verzoeker gezonden.
- 
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 17 december 2016 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De zorgverzekeraar heeft op 29 december 2016 schriftelijk medegedeeld eveneens 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. 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.
-  3.10. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 25 januari 2016 telefonisch gehoord. Bij die gelegenheid is afgesproken dat verzoeker een machtiging zou afgeven op basis waarvan de zorgverzekeraar verdere navraag zou kunnen doen bij het ziekenhuis.
-  3.11. Bij brief van 7 maart 2017 heeft de zorgverzekeraar verklaard dat hem bij navraag bij het ziekenhuis is medegedeeld dat de ingediende declaratie betrekking heeft op een polsfractuur. Een afschrift hiervan is op 13 maart 2017 aan verzoeker toegezonden.
-  4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
-  4.1. In 2012 is de linkerpols van verzoeker, als gevolg van mishandeling door onbekenden, verbrijzeld. Om de schade te beperken, diende hij met spoed te worden geopereerd. Omdat hij geen kracht meer had in zijn linkerhand en pijn had in zijn hele lijf, is verzoeker gestart met revalidatie. In november 2013 stelde de behandelend medisch specialist voor het eerder aangebrachte plaatje uit zijn linkerpols te verwijderen. Verzoeker heeft hiermee ingestemd. Het kwam de behandelend medisch specialist beter uit als de betreffende ingreep in 2014 zou worden uitgevoerd. Hierop heeft verzoeker navraag gedaan naar de kosten en de gevolgen voor het eigen risico.
-  4.2. Aan verzoeker is tijdens een consult, eind 2013, met de behandelend medisch specialist en de narcotiseur medegedeeld dat als het 'dossier' van de ingreep aan de linkerpols wordt geopend in 2013, de kosten hiervan ten laste van het eigen risico 2013 worden gebracht, ook al vindt de ingreep feitelijk pas in 2014 plaats. Ter controle hiervan heeft verzoeker contact opgenomen met de zorgverzekeraar, die de mededeling bevestigde. Een medewerker van de zorgverzekeraar heeft verklaard dat dit contactmoment is terug te vinden in de administratie.
-  4.3. Verzoeker besloot in 2014 bij de zorgverzekeraar verzekerd te blijven en koos voor een vrijwillig eigen risico van € 500,-. De ingreep aan zijn linkerpols is uitgevoerd op 4 maart 2014. In mei 2015 ontving verzoeker, tegen zijn verwachting in, vanwege de kosten van voornoemde ingreep, het verzoek het verplicht en vrijwillig eigen risico 2014 ten bedrage van € 721,26 te betalen. Aangezien verzoeker op dat moment in het buitenland verbleef, hebben zijn ouders contact opgenomen met de zorgverzekeraar. Een medewerker van de zorgverzekeraar heeft hen toen medegedeeld dat het 'dossier' was gesloten voordat de ingreep had plaatsgevonden en dat vervolgens een nieuw dossier was geopend in 2014, waarvan de kosten ten laste van het verplicht en vrijwillig eigen risico 2014 zijn gebracht. De betreffende medewerker had hier wel een oplossing voor. De ouders van verzoeker moesten aan het ziekenhuis vragen de 'onderbreking' in het 'dossier' te herstellen. Het ziekenhuis ging hiermee echter niet akkoord omdat deze handeling blijkbaar illegaal is.
-  4.4. Verzoeker was in de veronderstelling dat de hele gang van zaken op een misverstand berustte. Hij heeft de zorgverzekeraar meerdere keren per e-mail benaderd en hem daarbij gewezen op de

eerder gemaakte afspraken. Daarbij heeft verzoeker opgemerkt dat hij voor 2014, indien hij correct was geïnformeerd, niet zou hebben gekozen voor een vrijwillig eigen risico van € 500,--. Omdat een en ander niet leidde tot een oplossing, is verzoeker eerder teruggekomen naar Nederland. Hij wil deze administratieve 'puinhoop' afwikkelen voordat hij weer naar het buitenland vertrekt.

- 4.5. Verzoeker voert verder aan dat hij in 2014 medicijnen afgeleverd heeft gekregen. Deze medicijnen zijn door hem ten onrechte betaald. Verder werkt hij niet in loondienst en heeft hij geen arbeidsongeschiktheidsverzekering. Hierdoor heeft hij van september 2012 tot en met maart 2014 veel inkomen moeten missen.

De tijd die is gespendeerd aan de communicatie met de zorgverzekeraar heeft verzoeker, omgerekend naar betaalde uren, inmiddels een vermogen gekost. Daarnaast is hij eerder teruggekomen naar Nederland, waarvoor hij kosten heeft moeten maken. Indien al deze kosten worden opgeteld, moet de zorgverzekeraar begrijpen dat verzoeker niet overgaat tot het betalen van de nota.

- 4.6. De Ombudsman Zorgverzekeringen schrijft in zijn brief van 6 juli 2016 het volgende. *"Het lijkt of u in ieder geval door de PNO medewerkster niet bent gewezen op het feit dat er wél een mogelijkheid bestond dat er een nieuwe DBC geopend zou worden als u de operatie in 2014 uit zou laten voeren"*. Verzoeker voert aan dat hem niets is medegedeeld over een nieuwe DBC in 2014. De informatie die hij heeft gekregen van het ziekenhuis is bevestigd door een bij naam genoemde medewerker van de zorgverzekeraar. Tijdens dit gesprek is verzoeker heel duidelijk geweest over het feit dat de ingreep eerst in 2014 zou worden uitgevoerd. Verder stelt de zorgverzekeraar dat hij geen notitie heeft van het telefoongesprek in december 2013 en dat om die reden niet kan worden nagegaan welke vragen zijn gesteld en wat daarop precies is geantwoord. Verzoeker vindt dit opmerkelijk, aangezien de zorgverzekeraar wel het contactmoment kan terugvinden. Hij heeft de zorgverzekeraar meerdere malen verzocht tot een passende oplossing te komen. De zorgverzekeraar heeft dit tot op heden afgewezen. Verzoeker wenst bij de zorgverzekeraar een nota in te dienen voor de kosten die hij heeft gemaakt.

- 4.7. Ter zitting is door verzoeker benadrukt dat het steeds om zijn linkerpols ging en dat derhalve geen sprake is geweest van twee zorgdossiers.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar stelt dat het ziekenhuis een nota heeft gedeclareerd met datum 14 mei 2014, voor de periode van 28 oktober 2013 tot en met 25 januari 2014. De omschrijving van de behandeling is 'Consult op de polikliniek bij een aandoening van zenuwen/zenuwwortels/zenuwknopen'. Vervolgens heeft het ziekenhuis een nota gedeclareerd met datum 20 mei 2015, voor de periode 4 maart 2014 tot en met 15 april 2014. De omschrijving van de behandeling is 'Verwijderen van pennen/schroeven/metalen platen bij een aandoening van botspierstelsel of bindweefsel'.

- 5.2. De startdatum van de DBC is in dit verband bepalend. In de nadere regel 'Regeling medisch specialistische zorg NR/Cu-260' van de Nederlandse Zorgautoriteit (hierna: NZa) staat in artikel 14.1 dat "het DBC-zorgproduct wordt gedeclareerd bij de patiënt of bij de zorgverzekeraar waar de patiënt op de startdatum van het DBC-zorgproduct is verzekerd". De zorgverzekeraar heeft hierover contact opgenomen met het ziekenhuis, dat hem heeft medegedeeld dat de DBC-systematiek correct is toegepast. Verzoeker stelt dat de behandelend medisch specialist en de narcotiseur hem hebben verteld dat als het 'dossier' van de ingreep in 2013 wordt geopend, de kosten van de ingreep ten laste worden gebracht van het eigen risico 2013. Verder stelt verzoeker dat de zorgverzekeraar telefonisch heeft bevestigd dat de kosten van de ingreep worden geboekt in het jaar waarin het 'dossier' is geopend. De betreffende DBC is geopend op 4 maart 2014; de kosten hiervan zijn vervolgens terecht verrekend met het vrijwillig en verplicht eigen risico 2014. Van het aangehaalde telefoongesprek is geen aantekening gemaakt,

zodat niet kan worden vastgesteld wat precies is besproken. Ook kan niet worden vastgesteld of de zorgverzekeraar heeft gewezen op de mogelijkheid van het openen van een nieuwe DBC indien de ingreep pas in 2014 zou worden uitgevoerd.

- 5.3. De opmerking van verzoeker over de vergoeding van in 2014 aan hem afgeleverde medicijnen kan de zorgverzekeraar niet plaatsen.
- 5.4. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar voorgesteld de helft van de oorspronkelijke rekening te laten vervallen. Dit voorstel is afgewezen. Aan verzoeker is wél een betalingsregeling voor het eigen risicobedrag aangeboden.
- 5.5. Ter zitting is door de zorgverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat het eerste consult de behandeling van de schouder of bovenarm betrof. De tweede zorgvraag zag op iets anders, waarvoor de huisarts dan ook een aparte verwijzing heeft afgegeven.
- 5.6. Bij brief van 7 maart 2017 heeft de zorgverzekeraar aan de commissie medegedeeld dat op de hoorzitting van 25 januari 2017 ten onrechte de indruk is gewekt dat het eerste consult betrekking had op een behandeling van de schouder of bovenarm. De zorgverzekeraar heeft in vervolg op de hoorzitting contact opgenomen met het ziekenhuis en nagevraagd waarop de ingediende DBC ziet. Het ziekenhuis heeft hierop geantwoord dat het om een polsfractuur gaat.
- 5.7. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op artikel 10 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 het bedrag van € 721,26 uit hoofde van het verplicht en vrijwillig eigen risico 2014 van verzoeker mag vorderen en of hij gehouden is verzoeker een schadevergoeding ter zake van de geïnvesteerde tijd en de gemaakte kosten te verlenen.

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 restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen 1 tot en met 26 van de zorgverzekering.
- 8.3. Artikel 2 van de zorgverzekering regelt het eigen risico en luidt, voor zover hier van belang:

“Artikel 2 Eigen risico

Voor de Basisverzekering geldt een verplicht eigen risico. De hoogte van dit verplichte eigen risico is € 360,-. U kunt naast dit verplichte eigen risico een vrijwillig eigen risico kiezen. De bedragen van het vrijwillige eigen risico staan vermeld in de premietabel, die onderdeel uitmaakt van de voorwaarden van de Basisverzekering.

De zorgverzekeraar brengt het eigen risico in mindering op vergoedingen vanuit de Basisverzekering. Daarbij is de volgorde eerst het verplichte en dan het vrijwillige eigen risico. De volgende kosten vallen buiten het verplichte en vrijwillige eigen risico:

- kosten van huisartsenzorg, waaronder ook de kosten van inschrijving. De kosten van met de zorg samenhangend onderzoek vallen wel onder het eigen risico als dat onderzoek elders wordt verricht en apart in rekening wordt gebracht;

- kosten van zorg bekostigd volgens de beleidsregel van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) voor de prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen. De beleidsregel heeft betrekking op ketenzorg voor diabetes mellitus type II bij verzekerden van 18 jaar en ouder, cardiovasculair risicomanagement of COPD (chronisch obstructief longlijden);

- kosten van door de zorgverzekeraar aangewezen programma's voor preventieve zorg. Deze programma's kunnen betrekking hebben op preventie van diabetes, depressie, hart- en vaatziekten, chronisch obstructief longlijden, overgewicht of stoppen met roken. Een overzicht van de aangewezen programma's voor preventieve zorg kunt u aanvragen bij het PNO Service Center of raadplegen op www.pnozorg.nl;

- kosten van de medicatiebeoordeling chronisch receptplichtig geneesmiddelgebruik door een door de zorgverzekeraar aangewezen apotheek. Een overzicht van de aangewezen apotheken kunt u aanvragen bij het PNO Service Center of raadplegen op www.pnozorg.nl;

- kosten van verloskundige zorg en kraamzorg. Kosten van hiermee samenhangende zorg, zoals geneesmiddelen, laboratoriumonderzoek en ambulancevervoer vallen wel onder het eigen risico;

- kosten van nacontrole van de donor nadat de periode, bedoeld in artikel 9, lid 2 is verstreken;

- kosten van het in bruikleen verstrekken van hulpmiddelen. De kosten van de daarbij behorende verbruiksartikelen en gebruikskosten vallen wel onder het eigen risico.

(...)

Voor de verrekening van het eigen risico wordt een DBC, DBC-zorgproduct of prestatie Basis GGZ toegerekend aan het jaar waarin de DBC, het DBC-zorgproduct of de prestatie Basis GGZ wordt geopend."

- 8.4. De begrippen DBC en DBC-zorgproduct zijn gedefinieerd in artikel 1 van het 'Algemeen gedeelte' van de zorgverzekering, en deze definities luiden:

"DBC

Diagnose Behandeling Combinatie. Een DBC omschrijft door een code het geheel van onderzoek en behandeling van zorgverleners voor een zorgvraag.

DBC-zorgproduct

De nieuwe naam voor een DBC voor medisch-specialistische zorg. Een DBC-zorgproduct omschrijft door een code het gemiddelde van alle voorkomende onderzoeken en behandelingen voor een zorgvraag over een bepaalde periode."

- 8.5. De artikelen 1 van het 'Algemeen gedeelte' en 2 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 lid 1 van het 'Algemeen gedeelte' van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.6. 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.
- 8.7. 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

- 
- 9.1. De commissie stelt voorop dat zij niet bevoegd is te oordelen over de juistheid van de door het ziekenhuis ingediende declaraties. Omdat het ziekenhuis rechtstreeks bij de ziektekostenverzekeraar declareert, en deze de kosten verrekent met het eigen risico, heeft verzoeker echter wel een financieel belang, zodat de vraag is of de ziektekostenverzekeraar de betreffende declaraties had moeten afwijzen dan wel bij het ziekenhuis had moeten aandringen op correctie. In dat verband overweegt de commissie als volgt.



In Nederland worden behandeltrajecten vanaf de diagnose tot het eind van de behandeling voorzien van een code, de zogenoemde 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 gegeven paramedische zorg en verstrekte geneesmiddelen. Een DBC had oorspronkelijk een maximale looptijd van 365 dagen. Met ingang van 2015 is dit teruggebracht naar maximaal 120 dagen, waarbij sprake kan zijn van ten hoogste drie aansluitende perioden. Indien het een doorlopende behandeling betreft, wordt steeds aansluitend een vervolg-DBC geopend. Een DBC is niet gebonden aan kalenderjaren. Tevens is het begrip DBC inmiddels vervangen door DOT (DBC's Op weg naar Transparantie).

- 
- 9.2. Verzoeker is op consult geweest bij de behandelend chirurg en narcotiseur. Op grond van de afsprakenkaart van het ziekenhuis lijkt dit consult te hebben plaatsgevonden op 28 oktober 2013. Het ziekenhuis heeft op die datum een zorgtraject geopend. Dit traject liep conform de regelgeving van de NZa negentig dagen, namelijk tot 25 januari 2014. Vervolgens is discussie mogelijk over het antwoord op de vraag of een vervolg-DBC met ingangsdatum 26 januari 2014 moest worden geopend dan wel dat het ziekenhuis op grond van de regelgeving van de NZa gerechtigd was een nieuwe DBC te openen op 4 maart 2014. Voor het eigen risico maakt dit echter geen verschil, aangezien de startdatum van de vervolg-DBC hoe dan ook in 2014 ligt, namelijk 26 januari of 4 maart 2014.



Volgens de betreffende regels van de NZa is de beoordeling over het voortzetten van een lopend zorgtraject dan wel het openen van een nieuwe DBC een medisch-inhoudelijke inschatting die alleen de betrokken medisch specialist kan maken. In die beoordeling kan en mag de commissie niet treden. Door de zorgverzekeraar is overigens wel contact gezocht met het ziekenhuis om te bezien of de declaratie correctie behoeft. Het ziekenhuis blijft echter bij het standpunt dat correct is gedeclareerd.



Naar aanleiding van een opmerking ter zitting van de zorgverzekeraar dat door het ziekenhuis kosten waren gedeclareerd ter zake van de behandeling van de schouder/bovenarm van verzoeker - een behandeling die verzoeker naar zijn zeggen niet had ondergaan - heeft de zorgverzekeraar opnieuw contact opgenomen met het ziekenhuis. Hieruit is gebleken dat de declaraties alle betrekking hebben op de behandeling van de linkerpols van verzoeker, waarmee dit misverstand is opgelost.

- 
- 9.3. Uit artikel 2 van de zorgverzekering volgt dat als het er om gaat ten laste van welk kalenderjaar de kosten komen, de openingsdatum van de DBC bepalend is. In dit geval ligt de openingsdatum in 2014, zodat de kosten dienen te worden verrekend met het eigen risico 2014. Ingevolge artikel 2 van de zorgverzekering is verzoeker in 2014 een bedrag van € 360,- aan verplicht eigen risico verschuldigd voor de zorg en overige diensten die ten laste van de zorgverzekering komen. Daarbij heeft hij voor 2014 een vrijwillig eigen risico van € 500,- afgesloten. Tussen partijen is niet in geschil dat het verplicht en vrijwillig eigen risico 2014 op het moment dat de onderhavige kosten werden gemaakt nog niet was 'volgemaakt'. Voorts geldt dat de onderhavige kosten niet zijn uitgesloten van het verplicht en vrijwillig eigen risico. De zorgverzekeraar heeft derhalve terecht het bedrag van € 721,26 ten laste van het verplicht en vrijwillig eigen risico 2014 gebracht.
- 
- 
- 

- 9.4. Verzoeker stelt verder dat hij ten onrechte kosten van medicijnen heeft betaald. Aangezien geen nota is overgelegd en verzoeker niet heeft onderbouwd waarom naar zijn mening recht bestaat op vergoeding van de betreffende kosten, dient dit onderdeel van het verzoek te worden afgewezen.

Telefonische toezegging

- 9.5. Door verzoeker is gesteld dat hij eind 2013 contact heeft gehad met een medewerker van de zorgverzekeraar, bij welke gelegenheid hem werd bevestigd dat indien het 'dossier' van de ingreep aan de linkerpols wordt geopend in 2013, de kosten van de ingreep ten laste worden gebracht van het eigen risico 2013, ook al vindt deze feitelijk plaats in 2014.
- 9.6. Niet ter discussie staat dat verzoeker eind 2013 telefonisch contact met de zorgverzekeraar heeft gehad. In de procedure is echter aangetoond noch aannemelijk gemaakt dat van de zijde van de zorgverzekeraar, in afwijking van de verzekeringsvoorwaarden, bepaalde (telefonische) toezeggingen zijn gedaan ten aanzien van de kosten van de ingreep en het eigen risico. Anders dan verzoeker lijkt te veronderstellen, ligt de bewijslast ter zake bij hem, als stellende partij. Hetgeen de zorgverzekeraar volgens verzoeker heeft medegedeeld is overigens correct indien de DBC in 2013 wordt geopend en de behandeling - binnen de looptijd van die DBC - eerst in 2014 plaats vindt. In casu ligt de startdatum van de DBC echter niet in 2013 maar in 2014, waardoor de in het geding zijnde kosten terecht ten laste van het eigen risico 2014 zijn gebracht, zoals onder 9.3 is geconcludeerd. Het beroep op de gestelde telefonische toezegging slaagt derhalve niet.

Schadevergoeding

- 9.7. Verzoeker maakt tevens aanspraak op vergoeding van de door hem geïnvesteerde tijd en gemaakte kosten. Aangezien het verzoek wordt afgewezen, bestaat voor toekenning van een zodanige schadevergoeding geen grond.

Conclusie

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

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 22 maart 2017

P.J.J. Vonk