

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, tegen C te D, in deze vertegenwoordigd door E te F
Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, kunstmatige inseminatie met donorsperma, telefonische toezegging
Zaaknummer : 2012.03015
Zittingsdatum : 4 december 2013

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden zorgverzekering 2009 en 2010, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2009 en 2010)

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

C te D, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar, in deze vertegenwoordigd door E te F, hierna te noemen: de gevolmachtigde.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] Zorgverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering [naam gevolmachtigde/naam ziektekostenverzekeraar] aanvullende verzekering 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).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van kunstmatige inseminatie met donorsperma (hierna: KID), uitgevoerd te Brussel, België (hierna: de aanspraak). In februari 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster een bedrag van € 1.045,02 vergoed ter zake van de kosten van voornoemde behandeling.

3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 14 oktober 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn standpunt te handhaven.

3.3. Verzoekster heeft bij brief van 25 oktober 2011 opnieuw een klacht ingediend bij de ziektekostenverzekeraar, omdat zij het niet eens is met de verleende vergoeding. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster hierop bij brief van 29 november 2011 medegedeeld dat hij de toegepaste korting van 20 percent – in verband met het verlenen van de zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder – laat vervallen, omdat mogelijk verwarring is ontstaan over de hoogte van de vergoeding.

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

- 3.5. Bij brief van 14 juni 2013 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).
 - 3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar 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.
 - 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 23 augustus 2013 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 9 september 2013 aan verzoekster gezonden.
 - 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 10 september 2013 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
 - 3.9. Bij brief van 9 september 2013 heeft de commissie het College voor Zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 6 november 2013 (zaaknummer 2013.107540) heeft het CVZ bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat screening van gameten (DBC 07.11.00.0F21.0171) geen verzekerde zorg is. De zorg behorende bij DBC 07.11.00.0F11.0101 behoort wel tot het verzekerde pakket en komt derhalve voor vergoeding in aanmerking. Een afschrift van het CVZ-advies is op 15 november 2013 aan partijen gezonden.
 - 3.10. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 4 december 2013 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
 - 3.11. Bij brief 16 december 2013 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of het verslag aanleiding geeft tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 19 december 2013 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
 - 4.1. Verzoekster heeft in 2009, voordat de KID-behandeling plaatsvond, telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar. Zij heeft de ziektekostenverzekeraar gevraagd of de kosten van een KID-behandeling zouden worden vergoed indien deze in België zou plaatsvinden. Deze vraag heeft de ziektekostenverzekeraar bevestigend beantwoord. Verzoekster kon de nota's hiervan gewoon ter declaratie indienen. De ziektekostenverzekeraar heeft niet vermeld dat de kosten slechts gedeeltelijk zouden worden vergoed. Aangezien de ziektekostenverzekeraar heeft toegezegd dat de kosten voor vergoeding in aanmerking komen, moeten deze volledig door hem worden vergoed.

- 4.2. De polisvoorwaarden zijn zonder verdere toelichting onbegrijpelijk. Juist daarom heeft verzoekster de ziektekostenverzekeraar in 2009 gebeld voor nadere informatie.
- 4.3. Verzoekster begrijpt niet waarom de ziektekostenverzekeraar uitgaat van de polisvoorwaarden en tarieven van 2010. Het betreft immers zorgkosten uit 2009.
- 4.4. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar haar destijds telefonisch heeft toegezegd dat de kosten van de behandeling zouden worden vergoed. Uit de polisvoorwaarden is niet af te leiden welk bedrag voor de onderhavige behandeling wordt vergoed. De ziektekostenverzekeraar blinkt niet uit in verstrekking van de juiste informatie of duidelijke polisvoorwaarden. Ook het dossier van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar is een rommeltje; er wordt bijvoorbeeld gesproken over IVF in plaats van KID. Verzoekster is huisarts en hoort geregeld van haar patiënten dat de klantenservices van verschillende ziektekostenverzekeraars onjuiste informatie verstrekken. De laatste tijd lijkt sprake te zijn van een toename.
- Desgevraagd vertelt verzoekster dat zij in 2009 telefonisch contact heeft opgenomen met de ziektekostenverzekeraar. Tijdens dit gesprek heeft zij verteld dat het een KID-behandeling betreft, en dat zij deze behandeling in het verleden vergoed heeft gekregen. Zij heeft de medewerker gevraagd naar de vergoeding. Deze heeft haar niet verteld dat zij hiervoor een aanvraag moest indienen.
- Verzoekster vindt de buitenlandbepaling van de zorgverzekering onduidelijk.
- 4.5. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. Verzoekster heeft kosten gedeclareerd van enkele KID-behandelingen die in 2009 en 2010 hebben plaatsgevonden in het ziekenhuis te Brussel. De kosten van medische zorg in het buitenland worden vergoed tot maximaal de Nederlandse tarieven. Indien de zorg is verleend door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, wordt 80 percent van dit tarief vergoed.
- 5.2. Voor KID geldt één tarief voor alle pogingen in één jaar (DBC-codes 07.11.00.0F11.0101 en 07.11.00.0F21.0171). Het bijbehorende tarief bedroeg in 2010 maximaal € 1.045,02; in 2009 bedroeg het maximale tarief € 966,20. Bij KID is geen sprake van een vervolg-DBC. De ziektekostenverzekeraar hanteert daarom bij behandelingen die langer dan één jaar duren wederom de initiële DBC. De ziektekostenverzekeraar heeft de volledige behandelperiode als één DBC beschouwd en het tarief van 2010 hiervoor vergoed. Aangezien de behandeling langer duurde dan één jaar, was dit niet correct. Dit betekent dat verzoekster voor e periode van 20 mei 2009 tot 20 mei 2010 aanspraak heeft op een vergoeding van € 966,20 en voor de periode van 20 mei 2010 tot de laatste behandeling op 31 augustus 2010 € 1.045,02. De nabetaling van € 966,20 is op 20 augustus 2013 aan verzoekster gedaan.
- 5.3. Verzoekster stelt dat zij voorafgaand aan de behandeling contact heeft opgenomen met de ziektekostenverzekeraar. Op de vraag of de KID-behandeling in het buitenland kan plaatsvinden, is toen bevestigend geantwoord. Het is niet meer vast te stellen of daarnaast is ingegaan op de vergoedingsbepalingen. Omdat verzoekster heeft verklaard onvoldoende te zijn voorgelicht, heeft de ziektekostenverzekeraar een aanvullende betaling gedaan van 20 percent van het Nederlandse tarief. De ziektekos-

tenverzekeraar merkt ten aanzien hiervan nog op dat de eerste klantnotities in het dossier dateren van april 2010. Er is geen melding uit 2009 waaruit blijkt dat een toezegging, inhoudende dat volledige vergoeding van KID-behandelingen zal plaatsvinden, is gedaan.

- 5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar verklaard dat de gang van zaken geen schoonheidsprijs verdient. Het gaat om een situatie uit 2009. Inmiddels zijn de processen bij de ziektekostenverzekeraar structureel verbeterd. De kwestie ter zake van de KID is telefonisch met verzoekster besproken. Er is niet gebleken dat is toegezegd dat de kosten volledig zouden worden vergoed. De ziektekostenverzekeraar heeft een vergoeding van meer dan € 2.000,- verleend. Achteraf is gebleken dat deze vergoeding te hoog is, aangezien verzoekster aanspraak heeft op een lagere vergoeding. Artikel 9.1 van de zorgverzekering is leidend. Hierin wordt verwezen naar artikel 11.4 van de zorgverzekering, waarin is bepaald dat 80 percent van de kosten wordt vergoed indien de zorgaanbieder niet door de ziektekostenverzekeraar is gecontracteerd.
- 5.5. 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 10 van de zorgverzekering en 7 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 gehouden is de kosten van de KID-behandeling volledig te vergoeden, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

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 zorgverleners. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen 12 e.v. van de zorgverzekering.
Artikel 17 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op in-vitrofertilisatie (IVF) en overige fertiliteitsbevorderende behandelingen bestaat, en luidt, voor zover hier van belang:

“(…)

17.2 *Overige fertiliteitsbevorderende behandelingen*
Omschrijving:

*Geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 14 (Medisch specialistische zorg) omvat bij overige fertiliteitsbevorderende behandelingen: behandeling in verband met operatieve ingrepen en kunstmatige inseminatie.
(...)”*

- 8.3. Artikel 9 van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland, en luidt, voor zover hier van belang:

“9.1. Verzekerde woonachtig in Nederland

De verzekerde die in Nederland woont, en die tijdelijk verblijft in een ander land, heeft naar keuze aanspraak op:

- zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de EU-socialezekerheidsverordening of een socialezekerheidsverdrag, als dit voor de verzekerde van toepassing is;

- zorg door een zorginstelling of zorgaanbieder die door [naam ziektekostenverzekeraar] is gecontracteerd;

- vergoeding van de kosten van voorzienbare zorg zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden van een niet door [naam ziektekostenverzekeraar] gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling, volgens het bepaalde in artikel 11.4 van deze verzekeringsvoorwaarden;

- vergoeding van de kosten van onvoorzienbare zorg zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden, die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot terugkeer naar Nederland, van een niet door [naam ziektekostenverzekeraar] gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling, tot ten hoogste de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven gelden, worden de kosten vergoed voor zover deze kosten niet hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten.

(...)”

- 8.4. In artikel 11 van de zorgverzekering is bepaald dat in principe aanspraak bestaat op zorg verleend door gecontracteerde zorgaanbieders. Indien de zorg tijdig beschikbaar is bij een gecontracteerde zorgaanbieder en de verzekerde ervoor kiest behandeld te worden door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, bestaat aanspraak op vergoeding tot ten hoogste 80 percent van het gemiddelde tarief voor de betreffende zorg.
- 8.5. De artikelen 9, 11 en 17 van de zorgverzekering zijn volgens de artikelen 2.5, 2.12 en 2.13 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.6. 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. Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv. Artikel 13 Zvw regelt de aanspraak op zorg indien een verzekerde gebruik maakt van een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverlener.
- 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 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. Niet in geschil is dat de door verzoekster ondergane ingreep een verzekerde prestatie vormt onder de zorgverzekering en dat zij hiervoor een indicatie had. Enkel de hoogte van de door de ziektekostenverzekeraar verleende vergoeding houdt partijen verdeeld.
- 9.2. Gelet op de artikelen 9 en 11 van de zorgverzekering heeft verzoekster bij behandeling in het buitenland door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder aanspraak op maximaal 80 percent van het in Nederland van toepassing zijnde marktconforme tarief.
- 9.3. Voor de vaststelling van de vergoeding is de ziektekostenverzekeraar uitgegaan van de DBC's 07.11.00.0F11.0101 en 07.11.00.0F21.0171. De door de ziektekostenverzekeraar gehanteerde DBC-codes komen de commissie – gelet op de informatie in het dossier met betrekking tot de bij verzoekster uitgevoerde behandelingen – juist voor. Ook uit het CVZ-advies van 6 november 2013 blijkt dat de ziektekostenverzekeraar is uitgegaan van de juiste tarieven. Verzoekster heeft geen aanspraak op een hoger bedrag dan reeds door de ziektekostenverzekeraar aan haar is uitgekeerd. Dat de ziektekostenverzekeraar de in artikel 11 van de zorgverzekering opgenomen korting van 20 percent in verband met behandeling door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder heeft laten vervallen, omdat mogelijk verwarring is ontstaan over de hoogte van de vergoeding, is een beslissing van de ziektekostenverzekeraar waar de commissie niet in zal treden.
- 9.4. De DBC-tarieven, die zijn gekoppeld aan een bepaalde zorgvraag, worden in Nederland geacht kostendekkend te zijn. Dat zulks, met name bij een behandeling in het buitenland niet altijd het geval is, kan de ziektekostenverzekeraar niet worden tegengeworpen.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.5. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde, zodat de aanspraak niet op die grond kan worden ingewilligd.

Telefonische toezegging

- 9.6. Verzoekster heeft niet aannemelijk gemaakt dat van de zijde van de ziektekostenverzekeraar, in afwijking van de verzekeringsvoorwaarden, een toezegging is gedaan. Weliswaar heeft verzoekster verklaard dat zij in 2009 voorafgaand aan de behandeling telefonisch contact heeft opgenomen met de ziektekostenverzekeraar, maar zij heeft niet vermeld wanneer dit gesprek heeft plaatsgevonden en met wie zij heeft gesproken. Daarbij is niet duidelijk wat tijdens dit gesprek precies is gevraagd en geantwoord, en is in de administratie van de ziektekostenverzekeraar geen aantekening van het telefoongesprek terug te vinden.

Conclusie

- 9.7. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
- 9.8. De commissie acht termen aanwezig te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar het entreegeld aan verzoekster dient te vergoeden.
10. Het bindend advies
 - 10.1. De commissie wijst het verzoek af.
 - 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden het entreegeld van € 37,--.

Zeist, 15 januari 2014,

Voorzitter