



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen ONVZ ziekte-kostenverzekeraar N.V. en ONVZ Aanvullende Verzekering N.V.,
beide te Houten
Zaak : Eigen risico, verwijderen en plaatsen spiraaltje
Zaaknummer : 201601364
Zittingsdatum : 7 december 2016

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo)

(Voorwaarden zorgverzekering 2015, artt. 10, 11, 19, 20 en 21 Zvw, 2.4, 2.17, 2.18 en 2.19. Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2015)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,
tegen

- 1) ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V. te Houten, en
- 2) ONVZ Aanvullende Verzekering N.V. te Houten,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (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 ONVZ Vrije Keuze Optifit 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 eveneens afgesloten aanvullende verzekering ONVZ Tandfit module D 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 aan verzoekster door middel van het declaratieoverzicht van 21 januari 2016 medegedeeld dat door het ziekenhuis € 1.044,82 is gedeclareerd. Hiervan heeft de ziektekostenverzekeraar een bedrag van € 712,31 ten laste van het verplicht en vrijwillig eigen risico 2015 van verzoekster gebracht.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij e-mailbericht van 9 februari 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.4. Bij e-mailbericht van 9 augustus 2016 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is af te zien van het in rekening brengen van het eigen risico 2015 ten bedrage van € 712,31(hierna: het verzoek).
- 3.5. 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.

- 
- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij e-mailbericht van 10 oktober 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 12 oktober 2016 aan verzoekster gezonden.
- 
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 14 oktober 2016 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 3 november 2016 per e-mail medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 
- 3.8. Verzoekster heeft de commissie bij brief van 14 oktober 2016 haar pleitnota gestuurd. Een afschrift hiervan is op 24 oktober 2016 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 
- 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. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 7 december 2016 telefonisch gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 
- 4.1. Verzoekster verklaart dat haar spiraaltje moest worden vervangen. Aangezien de huisarts het spiraaltje niet kon zien heeft hij verzoekster verwezen naar een gynaecoloog. In het ziekenhuis is door middel van een hysteroscopie het spiraaltje alsnog gevonden en verwijderd. Tevens is een nieuw spiraaltje geplaatst.
In januari 2016 ontving verzoekster een declaratieoverzicht waarop was vermeld dat door het ziekenhuis een bedrag was gedeclareerd van totaal € 1.044,82. Hiervan heeft de ziektekostenverzekeraar € 712,31 verrekend met het verplicht en vrijwillig eigen risico 2015 van verzoekster. Het voorgaande verbaast verzoekster, aangezien haar tot twee keer toe door de klantenservice van de ziektekostenverzekeraar was toegezegd dat de behandeling volledig zou worden vergoed. Uit het overzicht blijkt echter dat de behandeling voor een deel niet is vergoed.
- 
- 4.2. Het eerste telefoongesprek heeft plaatsgevonden vóór het afsluiten van de ziektekostenverzekering. Verzoekster heeft destijds gevraagd naar de vergoeding van de kosten van het spiraaltje en het plaatsen hiervan. Hierop is aan haar medegedeeld dat de betreffende kosten onder de dekking vallen van de aanvullende ziektekostenverzekering. Verzoekster heeft tevens gevraagd of in het geval van plaatsing in een ziekenhuis de kosten worden vergoed. Aan haar is verteld dat de kosten ook in die situatie volledig worden vergoed.
Verzoekster verkeert in goede gezondheid. Zij heeft om die reden besloten te kiezen voor een hoger vrijwillig eigen risico, opdat zij de kosten van de premie enigszins kon verlagen. Het tweede telefoongesprek vond halverwege 2015 plaats. Haar is toen nogmaals verteld dat de kosten van een spiraaltje en het plaatsen hiervan in het ziekenhuis onder de dekking van de aanvullende ziektekostenverzekering vallen.
- 
- 4.3. Verzoekster heeft, naar aanleiding van het declaratieoverzicht, telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar. Een medewerker van de klantenservice heeft verzoekster uitgelegd dat het verwijderen en/of plaatsen van een spiraaltje door een gynaecoloog niet onder de dekking van de aanvullende ziektekostenverzekering valt. De betreffende kosten vallen namelijk onder de dekking van de zorgverzekering, waarbij het vrijwillig en verplicht eigen risico van toepassing is.



Verzoekster stelt dat dit niet blijkt uit het vergoedingsoverzicht. Ook is dit haar niet medegedeeld tijdens de eerdere telefoongesprekken met de klantenservice van de ziektekostenverzekeraar. Gelet op het voorgaande, stelt verzoekster dat zij ervan mocht uitgaan dat het verwijderen en plaatsen van een spiraaltje (volledig) zou worden vergoed, aangezien een medewerker van de klantenservice van de ziektekostenverzekeraar beschikt over de juiste kennis. Indien zij correct was geïnformeerd, had zij ervoor gekozen haar vrijwillig eigen risico te verlagen in plaats van te verhogen. Verzoekster is dan ook van mening dat de ziektekostenverzekeraar de onderhavige kosten dient te vergoeden zoals aanvankelijk aan haar is voorgesteld.

- 
- 4.4. In de brief van 14 oktober 2016 schrijft verzoekster dat een spiraaltje een levensduur heeft van ongeveer vijf jaar. Aangezien het oude spiraaltje in 2010 was geplaatst, wist zij eind 2014 dat het medio 2015 moest worden vervangen. Dit was de reden dat zij eind 2014 telefonisch contact had opgenomen met de ziektekostenverzekeraar. Als zij correct was geïnformeerd, zou zij niet hebben gekozen voor een verhoging van het eigen risico.



Omdat verzoekster in 2010 een andere aanvullende ziektekostenverzekering had dan in 2015, en er in de loop der jaren ingrijpende wijzigingen zijn geweest in de zorgverzekering en dekkingen van de aanvullende ziektekostenverzekering, én omdat zij eerder met deze situatie te maken had, leek het haar verstandig contact op te nemen met de klantenservice om zodoende de juiste keuze te kunnen maken.



Het spiraaltje is door de apotheek geleverd en door de ziektekostenverzekeraar vergoed. Met dit spiraaltje is zij naar de huisarts gegaan. Toen hij het niet kon verwisselen, heeft hij haar doorverwezen naar het ziekenhuis. Verzoekster heeft het spiraaltje meegenomen naar het ziekenhuis. Aldaar heeft de gynaecoloog het zittende spiraal verwijderd en het door verzoekster meegenomen spiraaltje geplaatst.

- 
- 4.5. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat zij eind 2014 telefonisch aan de ziektekostenverzekeraar heeft gevraagd of het spiraaltje wordt vergoed en het antwoord luidde bevestigend. Niet gevraagd is hoe het spiraaltje zou worden vergoed. Op basis van het gegeven antwoord heeft verzoekster gekozen voor een hoog eigen risico. Als verzoekster destijds goed was geïnformeerd zou zij niet hebben gekozen voor een vrijwillig eigen risico.



Verzoekster is destijds met het spiraaltje, nadat zij het had afgehaald bij de apotheek, naar de huisarts gegaan, en vervolgens naar de gynaecoloog. Op 17 juni 2015 zou het spiraaltje geplaatst worden, maar toen bleek een hysteroscopie nodig te zijn. Hiervoor is een tweede afspraak gemaakt. Op 9 september 2015 is het oude spiraaltje verwijderd en het nieuwe geplaatst.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 
- 5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt dat er geen telefoonnotities zijn terug te vinden van de verschillende gesprekken waaraan verzoekster refereert. Hij kan daardoor niet achterhalen wat precies is besproken. Tijdens een gesprek met een klant maken de medewerkers van de ziektekostenverzekeraar ter ondersteuning gebruik van een kennissysteem. Hierin is de vergoeding inzake het verwijderen en/of plaatsen van een spiraaltje door een gynaecoloog correct opgenomen. Tevens zijn de medewerkers geïnstrueerd te benoemen of het eigen risico van toepassing is. Het spijt de ziektekostenverzekeraar dat door de gesprekken bij verzoekster een verkeerde verwachting is gewekt. De polisvoorwaarden zijn echter leidend.

- 
- 5.2. Het uitvoeren van een hysteroscopie door een gynaecoloog valt onder medisch specialistische zorg en wordt vergoed vanuit de zorgverzekering. Kosten van medisch specialistische zorg vallen, conform artikel 2 van de verzekeringsvoorwaarden, onder het eigen risico. De kosten van de betreffende behandeling zijn dan ook ten laste gebracht van het vrijwillig en verplicht eigen risico 2015.

- 5.3. Op de website van de ziektekostenverzekeraar is bij het vergoedingsoverzicht vermeld dat de polisvoorwaarden bepalen of en voor welk bedrag een behandeling wordt vergoed. De ziektekostenverzekeraar is daarom van mening dat geen twijfel kan bestaan omtrent de interpretatie van het overzicht. Het vergoedingsoverzicht biedt tevens een 'doorklik' mogelijkheid aan, waarna op een andere pagina staat door wie de zorg moet worden geleverd. Hieruit blijkt dat anticonceptie moet worden geleverd door een apotheek of leverancier van hulpmiddelen. In casu heeft een medisch specialist het spiraaltje geleverd.
- 5.4. Verzoekster stelt dat aan haar is medegedeeld dat het plaatsen van een spiraaltje volledig onder de dekking van de aanvullende ziektekostenverzekering valt, ook wanneer dit in het ziekenhuis gebeurt. De ziektekostenverzekeraar kan niet uitsluiten dat verzoekster heeft gehoord dat het plaatsen door een huisarts volledig wordt vergoed, maar dit anders heeft begrepen.
- 5.5. Met betrekking tot de door verzoekster in december 2014 gemaakte keuze omtrent de hoogte van het eigen risico 2015, merkt de ziektekostenverzekeraar op dat verzoekster in het e-mailbericht van 26 januari 2016 heeft gesteld dat haar spiraaltje eerst halverwege 2015 moest worden vervangen. Dit betekent dat zij, op het moment van het verhogen van het eigen risico, niet op de hoogte was dat deze behandeling moest worden uitgevoerd.
- 5.6. De stelling van verzoekster dat zij al eerder met een dergelijke situatie te maken heeft gehad, is correct. De ziektekostenverzekeraar heeft inderdaad een declaratie gevonden met behandeldatum 15 april 2010. De omschrijving van de toen uitgevoerde behandeling is "*Reguliere zorg / anticonceptie / enkelv polikl conserv.*". Deze behandeling is destijds vergoed vanuit de zorgverzekering en vervolgens ten laste van het (nog openstaande) eigen risico gebracht. Verzoekster had dan ook kunnen weten dat de onderhavige behandeling eveneens onder het eigen risico valt. De ziektekostenverzekeraar vindt het vervelend voor verzoekster dat zij is geconfronteerd met de nota van het eigen risico 2015; de kosten zijn echter terecht bij haar in rekening gebracht.
- 5.7. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat op het vergoedingsoverzicht van 2015 kan worden 'doorgeklikt'. Er staat duidelijk dat het gaat om anticonceptie. Er is ook een link naar de polisvoorwaarden. Hierin staat dat het spiraaltje moet worden geleverd door een apotheek of apotheekhoudend huisarts. Verzoekster heeft dit ook zo gedaan. Uit de brief van 14 oktober 2016 blijkt dat de beschrijving grotendeels klopt met wat er in het ziekenhuis is gebeurd volgens de declaraties. Echter, hier blijkt ook uit dat op 9 september 2015 het spiraaltje is verwijderd. De geschetste volgorde lijkt op dat punt dus niet te kloppen. Mogelijk is een complicatie opgetreden bij het plaatsen van het spiraaltje in het ziekenhuis op 17 juni 2015 en moest dit weer worden verwijderd. In het systeem voor de klantenservice staan twee standaardantwoorden voor vragen over de vergoeding van een spiraaltje. De ziektekostenverzekeraar neemt aan dat het antwoord is gegeven dat hoort bij verwijdering van het spiraaltje door een gynaecoloog, maar dat verzoekster dit anders heeft geïnterpreteerd. Verzoekster heeft dit in 2010 al eens heeft meegemaakt. De kosten zijn toen ook verrekend met het eigen risico. De dekking is op dit punt niet gewijzigd ten opzichte van 2010.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op artikel 10 van 'Deel A' van de zorgverzekering, welk artikel op grond van artikel 1 van 'Deel A' van de aanvullende ziektekostenverzekering ook van toepassing is op deze verzekering, 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 terecht een bedrag van € 712,31 ten laste van het op dat moment nog openstaande verplicht en vrijwillig eigen risico 2015 van verzoekster heeft gebracht.



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 e.v. van 'Deel B' van de zorgverzekering.
- 8.3. Artikel 6 van 'Deel B' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:



"Artikel 6 Medisch-specialistische zorg



Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor geneeskundige zorg, zoals medisch-specialisten die plegen te bieden. De hoofdbehandelaar is een medisch-specialist. Als de zorg in een ziekenhuis wordt verleend, kan ook een SEH-arts, verpleegkundig specialist of physician assistant hoofdbehandelaar zijn. Voor vergoeding is een verwijzing noodzakelijk van een huisarts (...)



Niet-klinische medisch-specialistische zorg



Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor medisch-specialistische zorg in of door een ziekenhuis, in de huispraktijk van de medisch-specialist of elders. ONVZ vergoedt de kosten van de medisch-specialistische behandeling en de bijbehorende verpleging, paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen."



- 8.4. Artikel 2 van 'Deel B' van de zorgverzekering regelt het verplicht eigen risico. Deze bepaling 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 € 375,-. U kunt naast dit verplichte eigen risico een vrijwillig eigen risico kiezen. De bedragen van het vrijwillig eigen risico staan in de premietabel, die onderdeel uitmaakt van de voorwaarden van de Basisverzekering.



ONVZ brengt het eigen risico in mindering op vergoedingen vanuit de Basisverzekering. Daarbij is de volgorde eerst het verplichte en dan het vrijwillige eigen risico."



- 8.5. In de algemene bepalingen van 'Deel A' van de zorgverzekering worden de begrippen DBC en DBC-zorgproduct uitgelegd en luidt, voor zover hier van belang:



"DBC

Diagnose Behandeling Combinatie. Een DBC omvat het geheel van onderzoek en behandeling van zorgverleners in een bepaalde periode voor een specifieke zorgvraag, uitgedrukt in een code.

DBC-zorgproduct

De aanduiding voor de DBC in de medisch-specialistische zorg."

8.6. De artikelen 2 en 6 van 'Deel B' en 'Deel A' van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 van 'Deel A' van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.7. Artikel 11 lid 1 onderdeel b 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 vergoeding van de kosten van 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 verplicht en vrijwillig eigen risico is opgenomen in de artikelen 19, 20 en 21 Zvw en verder uitgewerkt in artikelen 2.17, 2.18 en 2.19 Bzv.

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.

8.9. Artikel 10 van 'Deel B' van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op overige hulpmiddelen en luidt, voor zover hier van belang:

"Artikel 10 Overige hulpmiddelen

(...)

Hulpmiddelen voor anticonceptie

Als u 21 jaar of ouder bent, vergoedt ONVZ de kosten van pessaria en koperhoudende spiraaltjes voor anticonceptionele doeleinden."

8.10. In 'Deel B Omvang Dekking' van de aanvullende ziektekostenverzekering is het volgende geregeld:

"Als er volgens de Basisverzekering of een andere zorgverzekering aanspraak op (vergoeding van) zorg bestaat en de ONVZ Vrije Keuze Optifit een aanvullende dekking biedt, moet u handelen volgens de voorwaarden van de Basisverzekering of die andere zorgverzekering."

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

9.1. Zorg door een gynaecoloog is medisch specialistische zorg. Medisch specialistische zorg is een verzekerde prestatie op grond van de zorgverzekering. In artikel 6 van 'Deel B' van de zorgverzekering is vergoeding van medisch specialistische zorg geregeld. In dit artikel is opgenomen dat aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van medisch specialistische zorg in of door een ziekenhuis, in de huispraktijk van de medisch specialist of elders. Medisch specialistische zorg omvat de behandeling en de bijbehorende verpleging, paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen. Ziekenhuizen declareren de betreffende zorg door middel van een DBC-zorgproduct. Een DBC-zorgproduct omvat het geheel van onderzoek en behandeling en onder andere de daarbij behorende geneesmiddelen en hulpmiddelen. In het ziekenhuis is het spiraaltje verwijderd, waarna een nieuw spiraaltje is geplaatst. De door het ziekenhuis door middel van een DBC-zorgproductcode bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd. In deze DBC-zorgproductcode gedeclareerde kosten zijn door de ziektekostenverzekeraar vergoed vanuit de zorgverzekering. Op vergoedingen die ten laste van de zorgverzekering worden verleend, is het verplicht en vrijwillig eigen risico van toepassing. In artikel 2 van 'Deel B' van de voorwaarden

is bepaald dat iedere verzekerde de eerste € 375,- aan zorgkosten zelf moet betalen. Tevens is hierin geregeld dat de kosten, na voldoening van het verplicht eigen risico, worden verrekend met het eventuele vrijwillig eigen risico. Bepaalde zorgvormen zijn echter uitgesloten van het eigen risico. Het plaatsen en/of verwijderen van een spiraaltje door een gynaecoloog behoort niet hier toe, zodat verzoekster voor de betreffende behandeling het nog openstaande vrijwillig en verplicht eigen risico is verschuldigd. Verzoekster heeft niet gesteld dat het vrijwillig en verplicht eigen risico 2015 reeds was volgemaakt ten tijde van het in rekening brengen van de € 712,31. Daarom neemt de commissie als vaststaand aan dat dit bedrag aan eigen risico destijds nog openstond.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.2. In de aanvullende ziektekostenverzekering is een vergoeding voor de kosten van een spiraaltje opgenomen. De kosten van het spiraaltje zijn echter vergoed vanuit de zorgverzekering, zodat gelet op het bepaalde in 'Deel B' van de aanvullende ziektekostenverzekering geen aanspraak meer bestaat op vergoeding van het spiraaltje vanuit die verzekering. Ten overvloede merkt de commissie nog op dat in de aanvullende ziektekostenverzekering geen dekking is opgenomen voor het vrijwillig en verplicht eigen risico op basis van de zorgverzekering.

Werking privaatrecht

- 9.3. Vaststaat dat verzoekster twee keer telefonisch contact heeft gehad met de ziektekostenverzekeraar. Zij heeft gesteld dat haar is verteld dat zij aanspraak heeft op volledige vergoeding van het verwijderen en/of plaatsen van een spiraaltje vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering, ook indien het spiraaltje in het ziekenhuis wordt geplaatst. Hieraan doet echter niet af dat zij niet dan wel onvoldoende aannemelijk heeft gemaakt dat van de zijde van de ziektekostenverzekeraar, in afwijking van de verzekeringsvoorwaarden, bepaalde (telefonische) toezeggingen zijn gedaan. Bovendien geldt dat het moeilijk is de exacte vraagstelling en de beantwoording van telefoongesprekken te reconstrueren, nog daargelaten dat het probleem blijft hoe de vraag en het antwoord mochten worden opgevat.
- 9.4. Door verzoekster is verder gesteld dat uit het vergoedingsoverzicht op de website niet blijkt dat de kosten van het verwijderen en/of vervangen van een spiraaltje door een gynaecoloog niet worden vergoed vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering. De ziektekostenverzekeraar voert ter zake aan dat het vergoedingsoverzicht op de website slechts een indruk geeft van de vergoedingen vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering, waarbij tevens wordt benoemd dat de polisvoorwaarden de uiteindelijke vergoeding bepalen. Bovendien kan op de website van de ziektekostenverzekeraar op dit vergoedingsoverzicht worden 'doorgeklikt' naar een uitgebreide omschrijving van de aanspraak.
- 9.5. De commissie is van oordeel dat het beroep op het vergoedingsoverzicht niet kan slagen. Zoals hiervoor is overwogen, betreft het verwijderen en/of plaatsen van een spiraaltje door een medisch specialist medisch specialistische zorg, waarvan de kosten ten laste van de zorgverzekering komen. Naast het feit dat in de aanvullende ziektekostenverzekering een voorrangsbepaling is opgenomen, kent deze verzekering geen dekking voor de onderhavige medisch specialistische zorg, doch - in dit verband - enkel voor hulpmiddelen voor anticonceptie.

Conclusie

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

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 21 december 2016,

A.I.M. van Mierlo