

# **ANONIEM BINDEND ADVIES**

Partijen : Mevrouw A te B, tegen C en D, beide te E  
Zaak : Geneeskundige zorg, sterilisatie, telefonische toezegging  
Zaaknummer : 2013.01584  
Zittingsdatum : 15 januari 2014

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 2012, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 sub f Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2012)

---

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

1) C te E, en

2) D te E,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [merknaam ziektekostenverzekeraar] 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 Gezinspolis 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 sterilisatie (hierna: de aanspraak). De ziektekostenverzekeraar heeft aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak gedeeltelijk, namelijk tot een bedrag van € 500,-, wordt toegezegd.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 6 april 2013 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 brief van 29 augustus 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).
- 3.5. 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 ver-

zoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 12 november 2013 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 15 november 2013 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 28 november 2013 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 11 december 2013 eveneens schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord.

#### 4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. De behandelend gynaecoloog heeft verzoekster op 17 november 2011 op het spreekuur gezien en ten aanzien van haar het volgende verklaard: *“RVK sterilisatiemens. P2 9 en 6 jaar. Wil van hormonen af. Wil gezien leeftijd zeker geen kinderen meer, partner ook niet. Uitleg na stoppen OAC eigen cyclus weer terug, weet niet 100% weet definitief, wil Essure. Weet 3 maanden aanvullende AC. Verzekering vergoed[t] in januari. Wil na januari. (...)”*
- 4.2. Verzoekster heeft de beslissing tot sterilisatie genomen nadat zij in november 2011 telefonisch contact had gehad met een medewerker van de ziektekostenverzekeraar. Deze deelde haar mede dat indien zij met ingang van 1 januari 2012 zou overstappen op de Gezinspolis, de kosten van sterilisatie volledig worden vergoed. Verzoekster heeft vertrouwd op deze informatie, is overgestapt op deze aanvullende ziektekostenverzekering, en is op 3 februari 2012 gesteriliseerd. Zij ontving een vergoeding van € 500,-, terwijl de kosten van de ingreep € 2.028,11 waren.
- 4.3. Verzoekster heeft haar stelling dat een telefonische toezegging is gedaan onderbouwd met een verwijzing naar eerdergenoemde verklaring van haar gynaecoloog, en haar feitelijk handelen. Zij had de ingreep nooit ondergaan indien zij had geweten dat zij slechts € 500,- vergoed zou krijgen. De ziektekostenverzekeraar stelt hier niets anders tegenover dan dat hij uitgaat van de feilloosheid van zijn medewerkers. Verzoekster vindt dit mager en teleurstellend.
- 4.4. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

#### 5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. Gelet op artikel 37 van de zorgverzekering valt onder medisch-specialistische zorg niet een behandeling gericht op sterilisatie of het ongedaan maken daarvan. Deze voorwaarde is gebaseerd op artikel 2.1 sub f van de Regeling zorgverzekering.
- 5.2. In de aanvullende ziektekostenverzekering is in artikel 61 geregeld dat voor sterilisatie een vergoeding mogelijk is van maximaal € 500,-. Deze vergoeding is aan verzoekster verleend.
- 5.3. De ziektekostenverzekeraar heeft geen notitie kunnen terugvinden van een gesprek dat in november 2011 tussen verzoekster en een medewerker heeft plaatsgevonden. Overigens is de regeling met betrekking tot sterilisatie al enkele jaren gelijk; ook in

2010 en 2011 was deze vergoeding van toepassing. De ziektekostenverzekeraar acht het daarom niet aannemelijk dat verzoekster de toezegging is gedaan dat de kosten van sterilisatie in 2012 volledig worden vergoed.

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

## 6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 9 van de zorgverzekering en 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 aanspraak alsnog volledig in te willigen, 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 restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen 36 tot en met 66 van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 37 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

*“U heeft recht op vergoeding van kosten van medisch specialistische zorg. Medisch specialistische zorg omvat zorg die medisch specialisten plegen te bieden. (...)*

*Onder de medisch specialistische zorg valt niet: (...)*

*g) behandelingen gericht op de sterilisatie of het ongedaan maken van de sterilisatie van de verzekerde (zowel man als vrouw); (...)”*

8.4. Artikel 37 van de zorgverzekering is volgens artikel 3 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.5. 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 en verder uitgewerkt in artikel 2.1 Rzv.

8.6. 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.

8.7. In artikel 61 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op sterilisatie en luidt, voor zover hier van belang:

*“U heeft recht op de vergoeding van kosten van sterilisatie. (...) Gezinspolis maximaal € 500,-- voor de totale behandeling. (...)”*

## 9. Beoordeling van het geschil

### **Ten aanzien van de zorgverzekering**

9.1. Artikel 37 van de zorgverzekering sluit de kosten van een behandeling gericht op sterilisatie expliciet uit van vergoeding. Dit komt overeen met hetgeen is bepaald in artikel 2.1 sub f Rzv. Verzoekster heeft dan ook geen aanspraak op vergoeding van de kosten van de sterilisatie, ten laste van de zorgverzekering.

### **Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering**

9.2. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt dekking voor sterilisatie tot een bedrag van maximaal € 500,--. Niet in geschil is dat deze vergoeding aan verzoekster is verleend.

### **Telefonische toezegging**

9.3. Verzoekster stelt dat haar door een medewerker van de ziektekostenverzekeraar telefonisch is medegedeeld dat bij het afsluiten van de Gezinspolis met ingang van 1 januari 2012 een volledige vergoeding voor sterilisatie mogelijk zou zijn. Verzoekster heeft niet toegelicht met wie zij heeft gesproken, op welke datum en op welk tijdstip. Zij heeft geen telefoonrekening overgelegd waaruit van dit gesprek blijkt. Door de ziektekostenverzekeraar is geen notitie gemaakt van een gesprek met verzoekster in november 2011. Nog daargelaten dat door verzoekster niet althans onvoldoende aannemelijk is gemaakt dat het telefoongesprek heeft plaatsgevonden, blijft het, indien dit anders zou zijn, lastig de precieze vraagstelling te achterhalen en het antwoord dat daarop is gegeven. Het lag daarom op de weg van verzoekster, gelet op het belang dat zij had bij de vergoeding, de telefonische toezegging schriftelijk te laten bevestigen, en kennis te nemen van de betreffende voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering alvorens over te gaan tot het laten uitvoeren van de ingreep.

## **Conclusie**

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

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 15 januari 2014,

Voorzitter