

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vertegenwoordigd door F te G tegen C en E beide te D
Zaak : Geneeskundige zorg, twee knieoperaties, niet-gecontracteerde
zorgverlener, hoogte vergoeding, telefonische toezegging, eigen
risico
Zaaknummer : 2011.01981
Zittingsdatum : 8 februari 2012

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2011, artt. 10, 11, 13, 19, 20 en 21 Zvw, 2.1, 2.4, 2.17 en 2.18 Bzv)

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door F te G

tegen

1) C en

2) E beide te D

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering ZorgVerzorgd (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Deze verzekering is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). Verder waren ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen ExtraVerzorgd 2 en TandVerzorgd 2 afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van twee knieoperaties ten bedrage van € 1.987,78 respectievelijk € 4.872,11 (hierna: de aanspraak). Bij brieven van 1 juli en 2 augustus 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de onderhavige kosten worden vergoed tot een bedrag van € 1.761,65 respectievelijk € 2.514,73.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissingen gevraagd. Bij brief van 16 augustus 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld deze beslissingen te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft ertoe geleid dat de ziektekostenverzekeraar heeft aangeboden uit coulance een aanvullende vergoeding toe te verlenen van € 500,--.
- 3.4. Bij brief van 17 oktober 2011 heeft verzoeker 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 (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 ziektekostenverzekeraar 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 ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 19 december 2011 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 20 december 2011 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 2 januari 2012 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 19 januari 2012 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 20 december 2011 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 4 januari 2012 heeft het CVZ (zaaknummer 2011136553) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat de ziektekostenverzekeraar medisch-inhoudelijk de juiste DBC's heeft gehanteerd. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 8 februari 2012 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 9 februari 2012 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 15 februari 2012 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 verzoeker

- 4.1. Verzoeker heeft op 19 juni 2011 een meniscusoperatie (DBC 05110018050212) ondergaan in de AVE orthopedische kliniek te Huizen. De kosten hiervan bedragen € 1.987,78. Op 21 juli 2011 heeft verzoeker, eveneens in de AVE orthopedische kliniek, een knieoperatie ondergaan in verband met gewrichtsslijtage (DBC 05110018010213). De kosten van deze ingreep bedragen € 4.872,11. Verzoeker heeft beide nota's ter declaratie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. De kosten zijn echter maar ten dele vergoed.
- 4.2. De echtgenote van verzoeker heeft op 28 maart 2011, voorafgaand aan de consulten bij de behandelend arts, telefonisch contact gehad met de ziektekostenverzekeraar. Haar is desgevraagd verteld dat de behandelingen bij deze kliniek zouden worden vergoed. Verzoeker diende wel eerst de nota's zelf te betalen en deze daarna ter declaratie in te dienen bij de ziektekostenverzekeraar. Er is niet gesproken over een korting op de vergoeding. Daarom mocht verzoeker erop vertrouwen dat de kosten van beide ingrepen volledig zouden worden vergoed.

- 4.3. Eerst na het indienen van de nota's is verzoeker gebleken dat deze niet volledig werden vergoed. De ziektekostenverzekeraar is voor de vergoeding uitgegaan van een ander bedrag dan het notabedrag. Daarnaast heeft de ziektekostenverzekeraar op voornoemd bedrag een korting van 20 percent toegepast.
- 4.4. Verzoeker benadrukt dat indien de ziektekostenverzekeraar hem vooraf volledig had geïnformeerd, hij de ingrepen niet bij deze kliniek zou hebben laten uitvoeren. Verzoeker is financieel niet in staat de kosten, die nu voor zijn rekening blijven, te dragen.
- 4.5. Verzoeker heeft het aanbod van de ziektekostenverzekeraar – inhoudende een aanvullende vergoeding van € 500,- uit coulance – afgewezen.
- 4.6. Ter zitting is door verzoeker benadrukt dat telefonisch is toegezegd dat de onderhavige kosten zouden worden vergoed. Pas nadat de tweede ingreep had plaatsgevonden, heeft hij het bericht ontvangen dat de kosten niet volledig werden vergoed.
- 4.7. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
 - 5.1. De AVE orthopedische kliniek is niet door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerd. Indien een zorgverlener niet is gecontracteerd, worden de kosten van de behandeling deels goed. Bij DBC's uit het A-segment wordt 80 percent van het wettelijke tarief vergoed en bij DBC's uit het B-segment – waarvoor vrije tarieven gelden – het bedrag dat de ziektekostenverzekeraar in zijn Verzekeringsreglement heeft vermeld. De behandelingen die verzoeker heeft ondergaan vallen onder het B-segment. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn Verzekeringsreglement vastgelegd dat voor de eerste ingreep een bedrag van € 1.761,65 wordt vergoed en voor de tweede ingreep een bedrag van € 2.514,73.
 - 5.2. Het telefoongesprek van 28 maart 2011, waarin volgens verzoeker een volledige vergoeding van de onderhavige behandelingen is toegezegd, is niet geregistreerd. Daarom is niet meer te achterhalen of en zo ja, welke toezegging toen is gedaan aan de echtgenote van verzoeker.
 - 5.3. Verzoeker heeft het coulanceaanbod van de ziektekostenverzekeraar afgewezen. Het aanbod is dan ook komen te vervallen.
 - 5.4. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar zijn voornoemde standpunten herhaald.
 - 5.5. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.
6. De bevoegdheid van de commissie
 - 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.
7. Het geschil

- 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de onderhavige kosten volledig te vergoeden ten laste van de zorgverzekering.
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 (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen B10 e.v. van de zorgverzekering.
- Artikel B24 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat, en luidt, voor zover hier van belang:
- "(...)*
U kunt voor medisch specialistische zorg naar een ziekenhuis en de medisch specialist die daaraan verbonden is, of naar een medisch specialist die een eigen praktijk heeft. U kunt ook naar een zelfstandig behandelcentrum dat specialistische zorg biedt. Let op: zelfstandige behandelcentra bieden niet alle vormen van specialistische zorg. [naam ziektekostenverzekeraar] heeft zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt uit deze zorgaanbieders kiezen. (...) Als u kiest voor een zorgaanbieder die geen overeenkomst heeft met [naam ziektekostenverzekeraar], krijgt u een gedeelte van de kosten vergoed. Wat er wordt vergoed, hangt af van de soort zorg:
-- zorg waarvoor een wettelijk tarief is vastgesteld (het A-segment): 80% van het tarief wordt vergoed,
-- zorg waarvoor geen wettelijk tarief is vastgesteld (het B-segment): er is een lijst van maximale vergoedingen, die is opgenomen in het Verzekeringsreglement. U kunt de lijst vinden op [site ziektekostenverzekeraar] U kunt ook bellen met onze Klantenservice op [telefoonnummer].
(...)"
- 8.3. In artikel B3 van de zorgverzekering is bepaald dat de ziektekostenverzekeraar overeenkomsten sluit met zorgaanbieders. Indien een verzekerde kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder vergoedt de ziektekostenverzekeraar een deel van de kosten.
- 8.4. In artikel B8 van de zorgverzekering is bepaald dat verzekerden van achttien jaar of ouder een verplicht eigen risico hebben van € 170,-- per kalenderjaar.
- 8.5. De artikelen B3, B8 en B24 van de zorgverzekering zijn volgens de artikelen B1 en B6 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 ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverlener.

Het verplicht en vrijwillig eigen risico is geregeld in de artikelen 19, 20 en 21 Zvw en nader uitgewerkt in de artikelen 2.17 en 2.18 Bzv.

- 8.7. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Niet in geschil is dat de genoten zorg een verzekerde prestatie vormt onder de zorgverzekering en dat verzoeker ten tijde van de ingrepen daarvoor een indicatie had. Evenmin in geschil is dat de zorgverlener niet is gecontracteerd door de ziektekostenverzekeraar. Enkel de hoogte van de toegekende vergoedingen houdt partijen verdeeld.
- 9.2. Verzoeker heeft een naturapolis afgesloten, waarin is opgenomen dat hij, indien hij gebruik maakt van niet-gecontracteerde zorg, aanspraak heeft op 80 percent van het in Nederland geldende wettelijke tarief of – indien geen wettelijk tarief is vastgesteld – een vergoeding overeenkomstig de lijst van maximale vergoedingen die is opgenomen in het Verzekeringsreglement. Gelet op artikel 13 Zvw is de ziektekostenverzekeraar gerechtigd een zodanige regeling in de polisvoorwaarden op te nemen.
- 9.3. De ingrepen die verzoeker heeft ondergaan vallen onder het zogenaamde B-segment. Hiervoor gelden geen wettelijke tarieven. Daarom bestaat op grond van artikel B24 van de zorgverzekering aanspraak op een vergoeding overeenkomstig de lijst van maximale vergoedingen die is opgenomen in het Verzekeringsreglement. Uit voornoemde lijst blijkt dat voor de ingreep met DBC-code 110018010213 een bedrag van maximaal € 2.514,73 wordt vergoed. Voor de ingreep met DBC-code 11018050212 bedraagt de vergoeding maximaal € 1.761,65. Verzoeker heeft derhalve de vergoedingen ontvangen waarop hij op grond van de zorgverzekering aanspraak heeft.

Eigen risico

- 9.4. Op de vergoeding van de eerste ingreep, ten bedrage van € 1.761,65, is een bedrag van € 170,-- in mindering gebracht voor het verschuldigde verplichte eigen risico over 2011. De onderhavige zorg is niet van de eigen risicoregeling uitgezonderd. Voorts is gesteld noch gebleken dat het verschuldigde eigen risico over 2011 reeds was verbruikt. Daarom heeft de ziektekostenverzekeraar het eigen risico terecht in mindering gebracht op voornoemde vergoeding.

Telefonische toezegging

- 9.5. Voor zover verzoeker stelt dat aan zijn echtgenote op 28 maart 2011 telefonisch een toezegging is gedaan door een medewerker van de ziektekostenverzekeraar, inhoudende dat de kosten van de onderhavige ingrepen volledig worden vergoed, oordeelt de commissie als volgt.
- 9.6. De commissie acht het, mede door de overgelegde telefoonrekening, aannemelijk dat op 28 maart 2011 een telefoongesprek heeft plaatsgevonden tussen de echtgenote

van verzoeker en de ziektekostenverzekeraar. Niet kan worden vastgesteld met wie de echtgenote van verzoeker heeft gesproken en wat de inhoud van het gesprek was. Dat een toezegging is gedaan is niet aannemelijk gemaakt. Voorts heeft de ziektekostenverzekeraar de gestelde telefonische toezegging gemotiveerd betwist. Verder geldt dat de ziektekostenverzekeraar niet gebonden kan worden geacht aan alle zijnerzijds gedane uitlatingen waardoor bij een verzekerde mogelijk verwachtingen zijn gewekt ten aanzien van een door de ziektekostenverzekeraar te volgen gedragslijn. Met name indien het gaat om reacties op een verzoek van een verzekerde om inlichtingen aangaande de inhoud van de polisvoorwaarden, dan wel andere door de ziektekostenverzekeraar in acht te nemen regelgeving, noopt het belang dat de verzekerden erbij hebben dat de ziektekostenverzekeraar zijn voorlichtende taak onbelemmerd kan vervullen ertoe te aanvaarden dat het risico van een onjuiste of onvolledige inlichting in de regel voor rekening van de betrokken verzekerde blijft.

Conclusie

- 9.7. 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 februari 2012,

Voorzitter