

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C en E beide te D
Zaak : Geneeskundige zorg, behandeling in de Bonifatius Hoofdpijnkliniek, telefonische toezegging
Zaaknummer : 2010.02262
Zittingsdatum : 14 september 2011

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoekster,

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 aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de 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 verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen ExtraVerzorgd 1 en TandVerzorgd 3 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. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een intakegesprek en behandeling in de Bonifatius Hoofdpijnkliniek te Dokkum (hierna: de aanspraak). Bij brief van 9 juli 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brieven van 6 augustus 2010 en 4 oktober 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven. Wel worden de kosten van de intake, gezien de telefonische toezegging van 11 mei 2010, vergoed.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.4. Bij brief van 8 maart 2011 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen ten laste van de zorgverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 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 brief van 30 juni 2011 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 12 juli 2011 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 20 juli 2011 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 8 september 2011 telefonisch medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 12 juli 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 17 augustus 2011 heeft het CVZ (zaaknummer 2011073105) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat noch is gebleken dat verzoekster een indicatie voor deze behandeling heeft noch dat de behandeling doelmatig is. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster is op 14 september 2011 in persoon gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch aan de zitting deelgenomen. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. De commissie heeft verzoekster bij brief van 21 september 2011, naar aanleiding van hetgeen ter zitting is gesteld, in de gelegenheid gesteld haar stelling dat in week 7 van 2010 met de ziektekostenverzekeraar is gebeld door middel van het overleggen van een telefoonspecificatie aannemelijk te maken. Verzoekster heeft in haar e-mail van 10 oktober 2011 medegedeeld dat zij geprobeerd heeft de gevraagde informatie bij KPN op te vragen. Dit is evenwel niet mogelijk gebleken binnen de gestelde termijn.
- 3.11. Bij brief van 18 oktober 2011 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of het verslag en de na de hoorzitting gevoerde correspondentie aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 25 oktober 2011, door de commissie ontvangen op 23 november 2011, de commissie medegedeeld dat voornoemde stukken 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 stelt dat de ziektekostenverzekeraar telefonisch steeds wisselende informatie heeft verstrekt. In week 7 van 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar tegenover de echtgenoot van verzoekster verklaard dat alles zou worden vergoed. Op 1 juni 2010 heeft verzoekster, op advies van de Bonifatius Hoofdpijnkliniek, telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar. Nu werd haar verteld dat de intake voor vergoeding in aanmerking komt, maar dat voor de daadwerkelijke behandeling nog een aanvraag moest worden ingediend. Tevens is haar geadviseerd alvast

de datum van de dagopname te laten vastleggen. Later die dag heeft verzoekster telefonisch de datum van de dagopname aan de ziektekostenverzekeraar doorgegeven. Tijdens dit gesprek is haar verteld dat de intake niet wordt vergoed, maar de dagopname wel omdat deze zal plaatsvinden in een door de ziektekostenverzekeraar 'geregistreerd' ziekenhuis. Op 4 juni 2010 heeft verzoekster, na ontvangst van het behandelplan, nogmaals telefonisch contact gehad met de ziektekostenverzekeraar. Tijdens dit gesprek werd haar verteld dat de behandeling in de Bonifatius Hoofdpijnkliniek helemaal niet voor vergoeding in aanmerking komt. Verzoekster meent dat het eerste telefonische contact met de ziektekostenverzekeraar leidend moet zijn voor de vergoeding van de onderhavige kosten.

- 4.2. De behandeling in de Bonifatius Hoofdpijnkliniek is doelmatig gebleken. Verzoekster is, na vele jaren van allerlei onderzoeken en medicaties, weer volledig aan het werk.
- 4.3. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd zij door de neuroloog specifiek naar de Bonifatius Hoofdpijnkliniek is verwezen. Zij had ook voor behandeling in het Martini Ziekenhuis kunnen kiezen. Verzoekster benadrukt dat de ziektekostenverzekeraar in week 7 van 2010 tijdens een telefoongesprek heeft toegezegd de kosten van de onderhavige behandeling te vergoeden. Als verzekerde moet zij kunnen vertrouwen op de juistheid van de toezeggingen van de ziektekostenverzekeraar. Op de website van de ziektekostenverzekeraar schijnt te hebben gestaan dat de onderhavige kosten worden vergoed. Verzoekster heeft dit evenwel niet kunnen verifiëren, omdat de website al was aangepast op het moment dat het probleem ging spelen.
- 4.4. Verzoekster is bij brief van 21 september 2011 door de commissie in de gelegenheid gesteld alsnog een telefoonspecificatie te overleggen, waaruit blijkt dat zij in week 7 van 2010 telefonisch contact heeft gehad met de ziektekostenverzekeraar. Verzoekster heeft de commissie bericht dat zij verschillende malen heeft geprobeerd voornoemde specificatie van haar telefoonprovider te verkrijgen, maar dat dit helaas niet is gelukt.
- 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. De ziektekostenverzekeraar stelt dat de intake en behandeling in de Bonifatius Hoofdpijnkliniek niet voor vergoeding in aanmerking komen, omdat verzoekster niet heeft voldaan aan de gestelde indicatievereisten, zoals opgenomen in artikel 2.1, lid 3 Bzv. Verzoekster is naar inhoud en omvang niet redelijkerwijs aangewezen op de zorg zoals geboden door de Bonifatius Hoofdpijnkliniek. Deze behandeling is niet doelmatig. De door de kliniek aangeboden behandelingen hebben namelijk geen meerwaarde ten opzichte van andere hoofdpijnbehandelingen. De behandelingen zijn bovendien onnodig kostbaar in vergelijking met andere zorgvormen die gelijkwaardig zijn.
 - 5.2. Daarnaast is de Bonifatius Hoofdpijnkliniek geen zelfstandig behandelcentrum (hierna: ZBC). De kliniek maakt deel uit van het ziekenhuis De Sionsberg te Dokkum. Dit is - naast de geschetste doelmatigheidscriteria - reden geweest voor de ziektekostenverzekeraar om de Bonifatius Hoofdpijnkliniek niet te contracteren.

- 5.3. Aangezien de Bonifatius Hoofdpijnkliniek geen ZBC is, kan deze niet als zodanig zelfstandig declareren. Daarom werden in juni 2010 de kosten van de behandeling van verzoekster door De Sionsberg gedeclareerd met de DBC-code 152259 (overige hoofdpijn/verwijzing met dagopname) ten bedrage van € 1.411,--. De ziektekostenverzekeraar had in 2010 geen contract met De Sionsberg gesloten voor deze verrichting. Daarnaast had de behandeling moeten worden gedeclareerd met de DBC-code 152252 (neurologie hoofdpijn, poliklinisch, conservatief). In 2010 was voor deze DBC-code een gemiddeld tarief van € 375,-- overeengekomen.
- 5.4. De telefonische informatieverstrekking is niet geweest zoals verzoekster van de ziektekostenverzekeraar had mogen verwachten. Er is echter niet gebleken dat is toegezegd dat de kosten van de behandeling in de Bonifatius Hoofdpijnkliniek geheel zouden worden vergoed. Uit de telefoonnotities is wel gebleken dat is toegezegd dat de intake in deze kliniek vergoed wordt. Daarom heeft de ziektekostenverzekeraar de kosten van de intake ten bedrage van € 589,-- op 25 december 2010 aan verzoekster vergoed.
- 5.5. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat in zijn administratie geen telefoongesprek in februari 2010 is vermeld. Met betrekking tot de intake ligt dit anders, daarom zijn deze kosten wel alsnog vergoed. Achteraf gezien had direct duidelijkheid kunnen worden geboden. De onderhavige kliniek is namelijk geen toegelaten instelling.
- 5.6. 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 kosten van behandeling in de Bonifatius Hoofdpijnkliniek 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. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

“(…)
Welke zorg

U heeft recht op:

-- onderzoek en diagnostiek,

-- behandeling,

(...)

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.

(...)"

- 8.3. In artikel B5 van de zorgverzekering is bepaald dat alleen aanspraak bestaat op zorg indien de verzekerde daar redelijkerwijs op aangewezen is. Die zorg moet bovendien doelmatig zijn. Zorg die onnodig is, of onnodig veel kost in vergelijking met een andere zorgvorm die gelijkwaardig is gezien de indicatie en de zorgbehoefte, komt niet voor rekening van de verzekering.
- 8.4. De artikelen B5 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).
- 8.5. 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. Artikel 14 Zvw bepaalt dat de vraag of een verzekerde behoefte heeft aan een bepaalde vorm van zorg of een bepaalde andere dienst, slechts op basis van zorginhoudelijke criteria wordt beantwoord. Artikel 2.1, lid 3 Bzv bepaalt dat de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht heeft voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
- 8.6. 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 behandeling in de Bonifatius Hoofdpijnkliniek een verzekerde prestatie vormt.

- 9.2. De vraag die dient te worden beantwoord, is of verzoekster een indicatie heeft voor deze zorg. Op grond van artikel B5 van de zorgverzekering heeft verzoekster aanspraak op zorg waarop zij redelijkerwijs is aangewezen. Het CVZ heeft in zijn advies van 17 augustus 2011 erop gewezen dat de reden om naar een derdelijns behandelcentrum te gaan, het bestaan van moeilijk behandelbare, chronische (hoofd-)pijnklachten kan zijn. Dat daarvan sprake is, is uit de stukken van het geding echter niet gebleken. Evenmin is gebleken van een andere indicatie voor derdelijns zorg of zorg die specifiek in de Bonifatius Hoofdpijnkliniek dient plaats te vinden. Nu niet is gebleken dat verzoekster een indicatie heeft voor de onderhavige behandeling, is zij redelijkerwijs niet hierop aangewezen. Verzoekster heeft daarom geen aanspraak op de behandeling in de Bonifatius Hoofdpijnkliniek ten laste van de zorgverzekering.
- 9.3. Nu reeds om bovenstaande reden geen aanspraak bestaat op de behandeling in de Bonifatius Hoofdpijnkliniek, behoeven de vragen of de behandeling doelmatig is, of de juiste DBC is gedeclareerd en of de Bonifatius Hoofdpijnkliniek een ZBC is, geen beantwoording.

Telefonische toezegging

- 9.4. De kosten van de intake zijn reeds door de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster vergoed, zodat deze thans niet meer in geschil zijn. Uit de door de ziektekostenverzekeraar overgelegde telefoonnotities is gebleken dat op 1 juni 2010 aan verzoekster is medegedeeld dat voor de behandeling een aanvraag moet worden ingediend. Dat, in afwijking van de verzekeringsvoorwaarden, een onvoorwaardelijke telefonische toezegging zou zijn gedaan, is door verzoekster niet aannemelijk gemaakt.

Conclusie

- 9.5. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 7 december 2011,

Voorzitter