

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C te D
Zaak : Verblijf, hoogte vergoeding, telefonische toezegging
Zaaknummer : 2010.01344
Zittingsdatum : 16 februari 2011

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 2010, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.5 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2010)

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoeker,

tegen

C te D hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker 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 verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Plus Aanvullende Verzekering afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

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 verblijf in het U-Center te Epen (hierna: de aanspraak). Bij brief van 6 mei 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak gedeeltelijk tot 80 percent van het totaal, namelijk tot een bedrag van € 4.760,--, wordt ingewilligd.
- 3.2. Verzoeker was het niet eens met de hoogte van de vergoeding, en heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 31 mei 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker 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 9 september 2010 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 dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 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 stuk-

ken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 1 december 2010 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 3 december 2010 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft het antwoordformulier niet geretourneerd, waarop de commissie een mondelinge zitting heeft gepland.
- 3.8. Bij brief van 3 december 2010 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 16 december 2010 heeft het CVZ (zaaknummer 2010140962) 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 vergoeding bij een niet-gecontracteerde zorgverlener conform de polisvoorwaarden 80 percent bedraagt. Een en ander komt overeen met hetgeen daarover bij en krachtens de Zvw is bepaald. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Bij e-mail van 15 februari 2011 heeft verzoeker de commissie medegedeeld af te zien van de mogelijkheid tot horen. Desgevraagd heeft de ziektekostenverzekeraar telefonisch medegedeeld eveneens af te zien van de mogelijkheid gehoord te worden.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
 - 4.1. Verzoeker stelt dat hij voorafgaand aan het verblijf in het U-Center telefonisch contact heeft opgenomen met de ziektekostenverzekeraar, en heeft geïnformeerd naar de vergoeding. De medewerker in kwestie kon de vraag niet beantwoorden. Afsproken werd dat verzoeker door een andere medewerker zou worden teruggebeld. Bij het gesprek met de tweede medewerker werd toegezegd dat de kosten van het verblijf volledig zouden worden vergoed. Achteraf bleek, conform de polis, slechts aanspraak te bestaan op 80 percent van de kosten. De ziektekostenverzekeraar mag echter niet terugkomen op de gedane toezegging.
 - 4.2. Verzoeker 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 bij navraag is gebleken dat door de betreffende medewerker geen toezegging is gedaan voor een volledige vergoeding van het verblijf in het U-Center. Verzoeker is door de medewerker doorverwezen naar het U-Center voor meer informatie over kosten en vergoeding voor de behandeling.
 - 5.2. Het U-Center heeft geen contract met de ziektekostenverzekeraar. Patiënten krijgen bij het intakegesprek te horen wat de kosten zijn van de behandeling, en dat er een eigen bijdrage is. Een patiënt tekent een contract en weet van tevoren dat hij zelf een deel van de kosten moet betalen. Het U-Center declareert via VECOZO zodra de DBC bekend is. Patiënten krijgen van het U-Center een nota voor een eigen bijdrage. Deze kosten moeten voor de opname betaald worden. Op 3 juni 2009 heeft een medewerker telefonisch contact gehad met verzoeker. In dit gesprek heeft verzoeker

medegedeeld dat hij op de hoogte is gebracht van de kosten en dat hij het contract heeft ondertekend.

- 5.3. 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, 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 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 11 tot en met 34 van de zorgverzekering.

Artikel 32 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op verblijf in een instelling bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“U hebt recht op medisch noodzakelijk verblijf van 24 uur of langer in verband met verloskundige zorg, medisch specialistische zorg, specialistische GGZ en chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden, gedurende een periode van maximaal 365 dagen, zoals omschreven in artikel 2.10 van het Besluit zorgverzekering. Verblijf omvat ook de noodzakelijke verpleging, verzorging, paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.”

Artikel 1.4 van de zorgverzekering regelt de hoogte van de vergoeding, indien gebruik wordt gemaakt van een niet-gecontracteerde zorgverlener en luidt, voor zover hier van belang:

“Als u voor zorg naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat, kan het zijn dat u een deel van de rekening zelf moet betalen. De kosten van zorg worden namelijk vergoed tot maximaal 80% van de gemiddelde tarieven voor 2010, zoals deze voor de betreffende vormen van zorg zijn overeengekomen tussen [de ziektekostenverzekeraar] en de betreffende zorgaanbieders. Als er voor de betreffende zorg geen inkoop tarieven zijn vastgesteld en er gelden Wmg-tarieven, is het gemiddeld gecontracteerde tarief gelijk aan het geldende Wmg-tarief. In dat geval worden de kosten vergoed tot maximaal 80% van de Wmg-tarieven. (...)”

- 8.3. De artikelen 1.4 en 32 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2.1 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering

(Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.4. Artikel 11, lid 1, onderdeel a Zvw bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar 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.

Verblijf is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.5 Bzv.

Artikel 13 Zvw regelt de aanspraak op zorg indien een verzekerde gebruik maakt van een zorgverlener die niet door de ziektekostenverzekeraar is gecontracteerd.

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

9. Beoordeling van het geschil

- 9.1. Tussen partijen is niet in geschil dat het verblijf in het U-Center een verzekerde prestatie is, en dat verzoeker daarvoor een indicatie had. Verder staat niet ter discussie dat het U-Center niet door de ziektekostenverzekeraar is gecontracteerd, en dat in dat geval op basis van artikel 1.4 van de zorgverzekering een vergoeding van 80 procent geldt. Hetgeen partijen verdeeld houdt, is de vraag of in afwijking hiervan een telefonische toezegging is gedaan inhoudende dat de kosten volledig worden vergoed. Daarover overweegt de commissie het volgende.
- 9.2. De ziektekostenverzekeraar kan niet gebonden worden geacht aan alle zijnerzijds gedane uitlatingen waardoor bij een verzekerde 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 inlichting in de regel voor rekening van de betrokken verzekerde blijft.
- 9.3. Bijzondere omstandigheden kunnen aanleiding geven van die regel af te wijken en de ziektekostenverzekeraar aan dergelijke inlichtingen gebonden te achten, maar daartoe zal ten minste vereist zijn, vooreerst dat die inlichtingen niet zo duidelijk in strijd zijn met de polisvoorwaarden en de daaraan ten grondslag liggende regeltoepassing, dat de betrokken verzekerde redelijkerwijs hun onjuistheid had kunnen en moeten beseffen en voorts, dat hij afgaande op die onjuiste inlichtingen een handeling heeft verricht of nagelaten, ten gevolge waarvan hij schade lijdt. De commissie is van oordeel dat in dit geval niet is gebleken van bijzondere omstandigheden op grond waarvan van de hoofdregel moet worden afgeweken.

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, 23 februari 2011,

Voorzitter