



**SKGZ**



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, tegen Interpolis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht en Achmea  
Zorgverzekeringen N.V. te Zeist  
Zaak : Geneeskundige zorg, IUI-behandelingen, toezegging  
Zaaknummer : 201402892  
Zittingsdatum : 3 juni 2015

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. P.J.J. Vonk, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester, mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden zorgverzekering 2014, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2014)

---

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

- 1) Interpolis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, en
- 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist,  
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 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 ZorgActief ZonderZorgen 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 door verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar afgesloten aanvullende verzekering GebitActief (500 euro) is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van intra-uteriene inseminatie behandelingen (hierna: IUI-behandelingen) en de bijbehorende consulten en onderzoeken (hierna: de aanspraak). Bij brief van 15 september 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat bij wijze van uitzondering de bij de eerste IUI-behandeling behorende consulten en onderzoeken volledig worden vergoed, en dat de hierop volgende IUI-behandelingen niet voor vergoeding in aanmerking komen.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 1 oktober 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. Verzoekster heeft zich tot de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen gewend. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft verzoekster bij brief van 26 november 2014 medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling.
- 3.4. Bij e-mailbericht van 4 december 2014 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 verzoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 18 maart 2015 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 19 maart 2015 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 20 maart 2015 aanvullende informatie gezonden. Een afschrift hiervan is aan de wederpartij gestuurd.
- 3.8. Verzoekster heeft de commissie bij e-mailbericht van 30 maart 2015 haar nadere standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is aan de ziektekostenverzekeraar en het Zorginstituut gezonden.
- 3.9. Bij brief van 19 maart 2015 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 24 april 2015 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2015035592) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat na het bereiken van het 43e jaar geen IUI-behandelingen ten laste van het basispakket mogen worden gebracht, en verzoekster bij het starten van de behandeling deze leeftijd al had bereikt. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 12 mei 2015 aan partijen gezonden.
- 3.10. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 12 mei 2015 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 21 mei 2015 telefonisch medegedeeld eveneens niet te willen worden gehoord.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
- 4.1. De huisarts heeft over verzoekster het volgende verklaard: "(...) patiënt wordt opnieuw verwezen nav herhaalde miskramen. Inmiddels na OK ook weer 2 miskramen gehad, vroeg rond 8 weken. Wordt ondanks de lft nog erg snel zwanger. Gaarne nog eenmaal uw oordeel. Sprake van chromosomale afwijkingen? Progesteron? (gelezen en vraag van patiënte)".
- 4.2. Verzoekster heeft op 31 maart 2014 telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar. Bij deze gelegenheid heeft zij geïnformeerd naar de vergoeding van zorg verleend door kliniek Nij Barrahus/BPM Zorg. De medewerker van de ziektekostenverzekeraar deelde haar mede dat dit een gecontracteerde zorgaanbieder is, zodat aanspraak bestaat op vergoeding. Dezelfde dag heeft verzoekster per e-mail nogmaals deze vraag gesteld aan de ziektekostenverzekeraar en daarbij geïnformeerd naar de wijze van handelen. Tevens heeft verzoekster haar gegevens doorgegeven. Bij e-mailbericht van 2 april 2014 deelde de ziektekostenverzekeraar verzoekster mede dat de kliniek een gecontracteerde zorgaanbieder is en daarom rechtstreeks declareert. Voorwaarde voor de vergoeding van zorg was dat verzoekster beschikte over een verwijzing en het verplicht eigen risico was van toepassing. Verzoekster was hiermee voldoende geïnformeerd en heeft een afspraak gemaakt in kliniek Nij Barrahus. Bij e-mailbericht van 26 mei 2014 heeft zij aan de ziektekostenverzekeraar medegedeeld bij de kliniek Nij Barrahus onder behandeling te zijn en nogmaals geïnformeerd naar de vergoeding van de aldaar verleende zorg. Tevens is door haar gevraagd of een reiskostenvergoeding mogelijk is. Op 27 mei 2014 nam de ziektekostenverzekeraar telefonisch contact met verzoekster op. Bij die gelegenheid werd haar medegedeeld dat een grote fout was gemaakt. Kliniek Nij Barrahus/BPM Zorg bleek niet gecontracteerd. De medewerker garandeerde verzoekster dat alles goed zou komen en gaf haar toestemming de behandeling voort te zetten. Verzoekster heeft toen verklaard onzeker te zijn over het verloop, en medegedeeld dat het behandeltraject net was begonnen. De ziektekostenverzekeraar heeft het telefoongesprek schriftelijk bevestigd.

- 4.3. Op 5 september 2014 heeft een IUI-behandeling plaatsgevonden in kliniek Nij Barrahus/BPM Zorg.
- 4.4. Verzoekster heeft de nota van de IUI-behandeling gedeclareerd op de wijze zoals door de medewerker van de ziektekostenverzekeraar was voorgeschreven. Op 15 september 2014 nam de ziektekostenverzekeraar telefonisch contact op met verzoekster in verband met deze gedeclareerde nota. Bij die gelegenheid werd voor het eerst over de leeftijd van verzoekster gesproken. De ziektekostenverzekeraar heeft besloten de IUI-behandelingen niet te vergoeden. Enkel de consulten en onderzoeken voorafgaand aan de eerste IUI-behandeling zijn vergoed. Indien verzoekster vóór de IUI-behandeling had geweten dat deze niet voor vergoeding in aanmerking komt, was zij hiermee niet gestart. Alleen het betalen van de reiskosten was voor verzoekster en haar partner al problematisch, omdat zij onder het bijstandsniveau leven.
- 4.5. De ziektekostenverzekeraar dient over te gaan tot vergoeding conform de gedane toezeggingen. Verzoekster is een half jaar in de veronderstelling geweest dat de IUI-behandelingen zouden worden vergoed, uiteraard met inachtneming van het verplicht eigen risico. Zij heeft voorafgaand aan de behandelingen navraag gedaan over de vergoeding en handelwijze. Pas op 15 september 2014 is gesproken over de leeftijdsgrens voor de (vergoeding van) IUI-behandelingen. Dit had reeds op 2 april 2014 aan verzoekster dienen te worden medegedeeld, omdat door haar toen om informatie werd verzocht. De ziektekostenverzekeraar had de polis en de persoonsgegevens van verzoekster moeten checken. Op het vergoedingenoverzicht van de ziektekostenverzekeraar wordt niet gerept over de leeftijdsgrens van 43 jaar voor IUI-behandelingen. Dit staat enkel vermeld bij IVF. De ziektekostenverzekeraar stelt dat de zorgaanbieder verzoekster had moeten informeren. Dit is niet juist. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar gevraagd naar de mogelijkheid van vergoeding. Een zorgaanbieder kan onmogelijk de verantwoordelijkheid nemen voor eventuele vergoedingen door de ziektekostenverzekeraar.
- 4.6. De kwestie heeft veel stress veroorzaakt bij verzoekster en haar partner. De berichten van de ziektekostenverzekeraar hebben het graag zwanger willen worden en blijven niet positief beïnvloed. Op het moment dat voor het eerst werd gesproken over de leeftijd van verzoekster, had zij net tien dagen ervoor een IUI-behandeling ondergaan. Het is onbegrijpelijk dat de ziektekostenverzekeraar, na fout op fout te hebben gemaakt, niet overgaat tot vergoeding van de nota van de IUI-behandeling. Overigens is deze nota niet betaald aan de kliniek, omdat verzoekster en haar partner hiervoor niet de financiële middelen hebben.
- 4.7. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. De rechtsverhouding tussen de ziektekostenverzekeraar en verzoekster wordt beheerst door wettelijke voorschriften gegeven bij en krachtens de Zvw, meer in het bijzonder het Bzv. In artikel 2.4 lid 1 (sub a onder 5°) Bzv wordt de aanspraak op vruchtbaarheidsgerelateerde zorg, waartoe IUI behoort, omschreven:  
*"Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden (...) met dien verstande dat:*  
*a. de zorg niet omvat:*  
*(...)*  
*5°. vruchtbaarheidsgerelateerde zorg, indien de verzekerde vrouw drieënveertig jaar of ouder is, behoudens voor zover het een in-vitrofertilisatiepoging betreft die reeds is aangevangen voordat de verzekerde vrouw de leeftijd van drieënveertig jaar heeft bereikt."*  
Dit is eveneens opgenomen in artikel 34.2 van de zorgverzekering.  
De conclusie is dan ook dat verzoekster op grond van de Zvw, het Bzv, en de daarop gebaseerde polisvoorwaarden, gezien haar leeftijd, geen recht op vergoeding van de IUI-behandelingen heeft.

- 5.2. Als gezegd, geldt voor zorg in verband met fertiliteit een leeftijdsgrens. De zorgverlener is de aangewezen persoon om een verzekerde te informeren over de vergoeding van een behandeling ten laste van de zorgverzekering. Deze weet namelijk als eerste dat een verzekerde de wens heeft een dergelijke behandeling te ondergaan. De ziektekostenverzekeraar weet pas van een behandeling wanneer de nota door hem wordt ontvangen. De behandeling heeft dan al plaatsgevonden, zodat van voorafgaande informatie over de vergoeding geen sprake kan zijn.
- 5.3. Kliniek Nij Barrahus/BPM Zorg is niet gecontracteerd door de ziektekostenverzekeraar. Dit betekent dat voor de aldaar verleende zorg een lagere vergoeding wordt verleend, dan voor zorg die wordt verleend door een gecontracteerde zorgaanbieder.
- 5.4. Op 19 maart 2014 heeft verzoekster contact met de ziektekostenverzekeraar opgenomen om uitleg te krijgen over de voorwaarden en vergoeding in verband met onderzoek naar hormonen. In maart en april 2014 hebben nog een aantal telefonische contacten met verzoekster plaatsgevonden. Bij die gelegenheden is aan verzoekster (meerdere keren) medegedeeld dat kliniek Nij Barrahus/BPM Zorg een gecontracteerde zorgaanbieder is en dat de IUI-behandelingen volledig worden vergoed, met toepassing van het verplicht eigen risico. Deze informatie is niet juist. De ziektekostenverzekeraar biedt zijn excuses aan voor de verkeerde voorlichting. Op 26 mei 2014 heeft verzoekster de ziektekostenverzekeraar per e-mail bericht dat zij utrogestan heeft gehad en dat op dat moment een cyclus analyse werd uitgevoerd bij kliniek Nij Barrahus/BPM Zorg. De dag erna heeft de ziektekostenverzekeraar telefonisch en per e-mail aan verzoekster medegedeeld dat, in tegenstelling tot wat eerder was gemeld, geen contract is gesloten met kliniek Nij Barrahus/BPM Zorg. De consequentie hiervan was dat verzoekster geen recht had op volledige vergoeding van de behandeling. Maar gezien het feit dat zij bezig was met de behandeling, werd verzoekster geadviseerd deze af te maken. Tussentijds overstappen naar een gecontracteerde zorgaanbieder was namelijk niet mogelijk. Aan het eind van de behandeling heeft verzoekster een factuur gekregen met DBC-code 14D607. Er is eenmalig een uitzondering voor verzoekster gemaakt, gelet op de gewekte verwachting. Voor de betreffende nota is coulantehalve het gecontracteerde tarief voor de onderzoeken en consulten vergoed. Verzoekster zou deze immers bij een gecontracteerde zorgverlener ook volledig vergoed hebben gekregen.
- 5.5. Het begrip DBC wordt op de website van de Nederlandse Zorgautoriteit als volgt omschreven: *"Een diagnosebehandelingcombinatie (DBC) is het totale traject vanaf de diagnose van de specialist tot en met de (eventuele) ziekenhuis-/medisch specialistische behandeling die hieruit volgt. Een DBC bestaat dus uit alle activiteiten van een ziekenhuis en medisch specialist die het gevolg zijn van een bepaalde zorgvraag. Diagnose en behandeling leiden samen tot één prijs die het ziekenhuis in rekening brengt. Dit wordt vastgelegd in één administratieve code: de zogenoemde DBC-prestatiecode."*  
Op de website van Nij Barrahus/BPM Zorg wordt bij de tarieven (2014) ten aanzien van een behandeling het volgende vermeld: *"Op het moment dat een behandeling start (bij startecho) wordt er een DBC geopend, waarin alle consulten, echo's en verrichtingen komen die bij die behandeling horen. Deze DBC wordt na afloop van de betreffende cyclus gedeclareerd."*  
De eerste behandeling van verzoekster met DBC-code 14D607 betreft "intake vrouw + meer dan één consult (cyclusanalyse en bloedonderzoek)". Dit is een behandeling die vooraf gaat aan of losstaat van een IVF-poging. Dan geldt geen leeftijdsgrens. Na de intake kan besloten worden om bij Nij Barrahus/BPM Zorg onder behandeling te komen, aldus de website van deze zorgaanbieder. Verzoekster heeft vervolgens gekozen voor IUI, met DBC-code 14B191.  
De IUI-behandeling betreft dus een andere behandeling dan de cyclusanalyse en het bloedonderzoek. In het e-mailbericht en het telefoongesprek van 27 mei 2014 is niet aangegeven dat alle vervolgbehandelingen zullen worden vergoed, maar dat de behandeling wordt vergoed. De betreffende correspondentie is het gevolg van het e-mailbericht van 26 mei 2014 en dus ziet de toezegging alleen op de cyclusanalyse en de utrogestan. Aan verzoekster is niet toegezegd dat het hele behandeltraject wordt vergoed, ongeacht haar leeftijd.

5.6. Het is begrijpelijk dat verzoekster wenst dat het gehele behandeltraject wordt vergoed. De ziektekostenverzekeraar is echter strikt gebonden aan de voorwaarden zoals die in de Zvw zijn opgenomen. Niet-verzekerde zorg kan niet worden vergoed.

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

## 6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 18 van de 'Algemene voorwaarden' 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 is gehouden 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 mixpolis, zodat de verzekerde voor bepaalde vormen van zorg is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners en voor andere vormen van zorg kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 1 tot en met 42 van de 'Aanspraken en vergoedingen' van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 34 van de 'Aanspraken en vergoedingen' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op onder meer vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

*“U heeft aanspraak op IVF (34.1), andere vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen (34.2), sperma invriezen (34.3) en eicelvitricatie (34.4).  
(...)”*

### **2 Andere vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen**

*Bent u jonger dan 43 jaar? Dan heeft u ook aanspraak op andere vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen dan IVF, inclusief de daarbij toegepaste geneesmiddelen.*

#### **Voorwaarden voor aanspraak**

*Voor aanspraak op andere vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen stellen wij de volgende voorwaarden:*

*1 Voorafgaand aan uw aanvraag heeft u een medische verklaring nodig van uw behandelend arts.*

*2 Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven voor behandeling in een ziekenhuis in het buitenland.*

#### **Maximum vergoeding voor geneesmiddelen**

*Wij vergoeden geneesmiddelen die nodig zijn voor een vruchtbaarheidsbehandeling. Dit doen wij tot een bepaald maximum dat wij voor alle (deel)prestaties farmacie en geneesmiddelen hebben vastgesteld. Op onze website vindt u een overzicht waarin u de maximale vergoeding van geneesmiddelen kunt opzoeken.*



### **Wat wij niet vergoeden**

*Wij vergoeden niet de kosten van geneesmiddelen die nodig zijn voor een 4de en volgende IVF-poging.  
(...)"*

- 8.4. Artikel 4 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering betreft de vergoeding van kosten van zorg, verleend door (niet-)gecontracteerde zorgaanbieders. Voor zover hier van belang, luidt dit artikel:

*"1 Met deze basisverzekering heeft u aanspraak op en/of recht op de vergoeding van kosten van zorg. Wij vergoeden het deel van deze kosten dat niet onder de eigen bijdragen (inclusief het eigen risico) valt. Hoe hoog uw vergoeding is, hangt onder andere af van de zorgverlener of zorginstelling die u kiest. U kunt kiezen uit:*

- *zorgverleners of zorginstellingen die een contract met ons hebben afgesloten (gecontracteerde zorgverleners of zorginstellingen);*
- *zorgverleners of zorginstellingen met wie wij geen contract hebben (niet-gecontracteerde zorgverleners of zorginstellingen).*

### **2 Gecontracteerde zorgverleners of zorginstellingen**

*Heeft u zorg nodig die valt onder de basisverzekering? Dan kunt u elke zorgverlener of zorginstelling in Nederland kiezen die een contract heeft met ons. Deze zorgverlener of zorginstelling declareert de kosten rechtstreeks bij ons. (...)*

### **3 Niet-gecontracteerde zorgverleners of zorginstellingen**

*Wilt u zorg van een zorgverlener of zorginstelling met wie of waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener of zorginstelling die wij wél gecontracteerd hebben. Als dat het geval is, vindt u dat in de polisvoorwaarden onder 'Aanspraken en vergoedingen Basisverzekering' bij de gewenste zorgsoort.*

*Wij vergoeden maximaal 80% van het gemiddeld door ons gecontracteerde tarief tenzij er een andere lagere vergoeding bij de zorgsoort staat vermeld. U heeft echter wel recht op de vergoeding zoals bij gecontracteerde zorg, als wij onvoldoende zorg hebben ingekocht en de gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling de zorg niet op tijd kan leveren.*

*Wilt u weten hoeveel u vergoed krijgt van kosten van zorg die u heeft gemaakt bij niet-gecontracteerde zorgverleners of zorginstellingen? Een lijst met de hoogte van de vergoedingen kunt u vinden op onze website of bij ons opvragen. Geldt er geen lagere vergoeding? Dan heeft u aanspraak op zorg en/of vergoeden wij de kosten van zorg. Dit doen wij tot maximaal het (maximum)tarief dat op dat moment is vastgesteld op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). Is er geen (maximum)tarief op basis van de Wmg vastgesteld? Dan krijgt u de kosten vergoed tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag.  
(...)"*

- 8.5. De artikelen 34 van de 'Aanspraken en vergoedingen' en 4 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering zijn volgens artikel 1 van de 'Algemene voorwaarden' 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.  
Vruchtbaarheidsgerelateerde zorg, als onderdeel van geneeskundige zorg, is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 lid 1 sub a onder 5 Bzv.

- 8.7. 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 gereuleerde 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.

## 9. Beoordeling van het geschil

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

9.1. Artikel 34 van de 'Aanspraken en vergoedingen' van de zorgverzekering biedt aanspraak op vruchtbaarheidsgerelateerde zorg, waaronder IUI-behandelingen. Dit artikel vindt zijn grondslag in artikel 2.4 lid 1 sub a onder 5 Bzv. Vruchtbaarheidsgerelateerde zorg is expliciet uitgesloten bij een verzekerde vrouw van 43 jaar of ouder, behoudens voor zover het een IVF-poging betreft die reeds is aangevangen voordat de verzekerde vrouw de leeftijd van 43 heeft bereikt. Laatstgenoemde uitzondering is hier niet aan de orde.

9.2. Onderhavige IUI-behandeling heeft plaatsgevonden op 5 september 2014. Op dat moment had verzoekster de leeftijd van 43 jaar al bereikt. De uitsluiting van artikel 2.4 lid 1 sub a onder 5 Bzv is daarom onverkort van toepassing en derhalve heeft verzoekster geen aanspraak op vergoeding van de IUI-behandeling ten laste van de zorgverzekering.

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

9.3. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen aanspraak voor het gevraagde, zodat de aanspraak niet op die grond kan worden ingewilligd.

### **Werking privaatrecht**

9.4. Verzoekster stelt dat de ziektekostenverzekeraar heeft toegezegd dat de IUI-behandeling volledig wordt vergoed. De ziektekostenverzekeraar heeft dit bestreden. Verzoekster is enkel geadviseerd de lopende consulten en onderzoeken af te maken. Deze consulten en onderzoeken zijn ook coulantehalve vergoed. Daarentegen is de IUI-behandeling niet vergoed. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.

9.5. Vast staat dat verzoekster op 31 maart 2014 en 2 april 2014 verkeerd is voorgelicht door de ziektekostenverzekeraar met betrekking tot de contractering. Bij die gelegenheden is namelijk aan haar medegedeeld dat kliniek Nij Barrahus/BPM Zorg een gecontracteerde zorgaanbieder is, hetgeen niet het geval is. Verder staat vast dat op 27 mei 2014 telefonisch contact tussen verzoekster en de ziektekostenverzekeraar heeft plaatsgevonden. Over de inhoud van dit telefoongesprek zijn partijen verdeeld. Verzoekster stelt dat haar is toegezegd dat de "behandeling kan worden voortgezet en dat alles goed komt", hetgeen zij aldus heeft opgevat dat de IUI-behandeling volledig zou worden vergoed. De ziektekostenverzekeraar stelt daarentegen dat aan verzoekster niet is toegezegd dat het hele traject wordt vergoed. Aan haar is enkel geadviseerd de behandeling die zij gestart was af te maken. De zorgaanbieder heeft een behandeling gedeclareerd die voorafgaat aan of losstaat van een IVF-poging. Deze behandeling is volledig vergoed. De IUI-behandeling is niet vergoed want er is, aldus de ziektekostenverzekeraar, geen toestemming verleend voor niet-verzekerde zorg.

De commissie is van oordeel dat de toezegging van de ziektekostenverzekeraar dat de reeds gestarte behandeling kon worden afgemaakt door verzoekster aldus mocht worden opgevat dat ook de IUI-behandeling die is uitgevoerd op 5 september 2014 zou worden vergoed als ware zij onder behandeling bij een gecontracteerde zorgaanbieder. Verzoekster bevond zich op dat moment in een traject, waarbij consulten en onderzoeken plaatsvonden in het kader van een uit



te voeren IUI-behandeling. Dat op 27 mei 2014 uitsluitend is gesproken over vergoeding van deze 'voorbereidende zorg' is niet gebleken.

- 9.6. Daarbij komt dat de ziektekostenverzekeraar zich eerst in september 2014 op de leeftijdsgrens van 43 jaar heeft beroepen. Aangezien verzoekster ten tijde van de eerdere contacten al 43 jaar oud was, had het op de weg van de ziektekostenverzekeraar gelegen haar toen reeds te informeren over het door hem gemaakte onderscheid tussen de - niet leeftijdsgebonden - 'voorbereidende zorg' en de feitelijke IUI-behandeling waarvoor een leeftijdsgrens van 43 jaar geldt. Kennelijk is dit noch op 31 maart 2014, noch op 2 april 2014 of op 27 mei 2014 ter sprake gekomen. Zeker bij het laatste gesprek, dat immers plaatsvond met het oog op eerdere onjuiste mededelingen, was het aan de ziektekostenverzekeraar geweest duidelijk te zijn ten aanzien van de reikwijdte van zijn toezegging. Nu dit niet is gebeurd, hoefde verzoekster er niet op bedacht te zijn dat de vergoeding anderszins zou worden beperkt en mocht zij aannemen dat de gemaakte fouten aldus werden gecorrigeerd dat de IUI-behandeling - behoudens een eventueel openstaand eigen risico - zou worden vergoed, zo nodig in afwijking van de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden, met name ten aanzien van de leeftijdsgrens van 43 jaar.

### Conclusie

- 9.7. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen, met dien verstande dat de ziektekostenverzekeraar de op 5 september 2014 uitgevoerde IUI-behandeling - behoudens een eventueel openstaand eigen risico - aan verzoekster dient te vergoeden.
- 9.8. Aangezien het verzoek wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,- aan verzoekster te vergoeden.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek toe op de wijze als onder 9.7 is omschreven.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden het entreegeld van € 37,-.

Zeist, 3 juni 2015,

mr. drs. P.J.J. Vonk