

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B vs. C te D
Zaak	: Geneeskundige zorg; plastische chirurgie; Endoscopic Transthoracic Sympathectomy; EU-EER
Zaaknummer	: 2008.01602
Zittingsdatum	: 20 mei 2009

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. J.H.A. Teulings en mr. drs. P.J.J. Vonk)

(Voorwaarden zorgverzekering 2007, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.4 Bzv)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

C te D, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen de beslissing van de zorgverzekeraar van 16 november 2007 de kosten van een Endoscopic Transthoracic Sympathectomy, uitgevoerd in Brussel (België) niet te vergoeden.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam zorgverzekeraar] Zorgverzekering (hierna: de zorgverzekering). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW) en betreft een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Voorts was ten behoeve van verzoekster de aanvullende ziektekostenverzekering Jong & Zeker Pakket afgesloten.
- 3.2. De behandelend longarts heeft bij verzoekster de volgende diagnose gesteld: "idiopathisch blozen". Verzoekster heeft naar aanleiding van de gestelde diagnose bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van de door haar gewenste behandeling, te weten een "Endoscopic Transthoracic Sympathectomy (ETS)" ten laste van de zorgverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 16 november 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat haar aanspraak is afgewezen.
- 3.3. Op 21 juni 2007 heeft de behandeling, op de vergoeding waarvan verzoekster aanspraak maakt, overeenkomstig de wijze zoals in de aanvraag vermeld, plaatsgevonden.
- 3.4. Verzoekster heeft, met tussenkomst van de SKGZ, aan de zorgverzekeraar om hero-verweging gevraagd. Bij brief van 14 augustus 2008 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.5. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de zorgverzekeraar.

- 3.6. Bij brief van 1 december 2008 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.7. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 37,00 voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek was een afschrift van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.8. De zorgverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief van 20 januari 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 21 april 2009 aan verzoekster gezonden.
- 3.9. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 1 mei 2009 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden. De zorgverzekeraar heeft op 6 mei 2009 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord.
- 3.10. Bij brief van 3 maart 2009 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 29 maart 2009 heeft het CVZ de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat bij verzoekster geen sprake is van een afwijking in het uiterlijk die gepaard gaat met een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of een verminking die het gevolg is van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting. Een afschrift van het CVZ-advies is op 6 mei 2009 aan partijen gezonden. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren. Partijen hebben niet gereageerd op het advies.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Verzoekster stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat zij, als gevolg van het idiopathisch blozen, psychische klachten ging ontwikkelen en “tegen een depressie aan (zat)”. Dit zou hebben geleid tot lichamelijke klachten, en daarmee tot kosten voor de zorgverzekeraar. Er bestond dus wel degelijk een medische noodzaak voor de behandeling.
Voorts verklaart verzoekster dat haar, in de telefonische contacten met de zorgverzekeraar, onder andere op 19 oktober 2007, de indruk is gegeven dat vergoeding zou plaatsvinden.
Verder merkt verzoekster op dat indien de ingreep was uitgevoerd in het Medisch Centrum Amsterdam – waar de wachttijd evenwel langer is -- de kosten wel zouden zijn vergoed.
- 4.2. Verzoekster komt tot de conclusie dat haar verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar heeft zich aanvankelijk op het standpunt gesteld dat een medische noodzaak voor de onderhavige behandeling ontbreekt, zodat artikel 10.1 van de zorgverzekering aan vergoeding in de weg staat. Zouden de kosten worden vergoed, dan zou dit tot verplichtingen jegens andere verzekerden leiden. Ook indien de in-

greep had plaatsgevonden in het Medisch Centrum Amsterdam zou daarom niet tot betaling van de kosten zijn overgegaan.

Vervolgens is door de zorgverzekeraar medegedeeld dat de behandeling om psychische en sociale redenen is aangevraagd, en dat het beoogde effect is een “sociaal meer acceptabele uiterlijke verschijningsvorm”. Wijzigingen in de uiterlijke verschijningsvorm moeten worden getoetst aan artikel 20 van de zorgverzekering. Hierin worden de indicaties verminking en aantoonbare lichamelijke functiestoornissen genoemd. In de situatie van verzoekster is geen van deze indicaties aan de orde. Psychisch lijden vormt geen (verzekerings)indicatie.

De zorgverzekeraar betreurt dat bij verzoekster de indruk is ontstaan dat het opsturen van de ontbrekende stukken zou leiden tot vergoeding van de onderhavige kosten.

- 5.2. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoekster terecht is afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

Voor zover het onderhavige geschil betrekking heeft op de zorgverzekering, is de commissie bevoegd daarvan kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. De commissie is daarentegen niet bevoegd ten aanzien van de aanvullende verzekering.

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. In geschil is of de te Brussel uitgevoerde ETS-behandeling door de zorgverzekeraar dient te worden vergoed op grond van de zorgverzekering. Ten aanzien hiervan overweegt de commissie als volgt.

- 7.2. Het betreft hier een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. Gelet op de gestelde diagnose en het met de ingreep beoogde doel, te weten een verandering van aspect of uiterlijk, moet deze naar het oordeel van de commissie worden gerekend tot de plastische chirurgie. Artikel 20 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op plastische en/of reconstructieve chirurgie bestaat. Voor zover hier van belang luidt genoemd artikel aldus:

“Omschrijving:

geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 15 (Medisch specialistische zorg) omvat behandeling van plastisch-chirurgische aard, uitsluitend als deze strekt tot correctie van:

1. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;

2. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, een ongeval of een geneeskundige verrichting;

(...)

Machtiging:

ja, met toelichting van de behandelend medisch specialist.”

- 7.3. Artikel 9.1.1 van de zorgverzekering bevat de regeling voor het geval de verzekerde woonachtig is in Nederland en een behandeling in het buitenland ondergaat, zoals in dit geval. In het artikel is bepaald:

“De verzekerde die in Nederland woont, heeft naar keuze aanspraak op:

(...)

- vergoeding van de kosten van zorg zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden van een niet door [de zorgverzekeraar] gecontracteerde zorgaanbieder of instelling, volgens het bepaalde in artikel 12.4 van deze verzekeringsvoorwaarden.”

7.4. Artikel 12.4 van de zorgverzekering bepaalt:

“Als de verzekerde gebruik maakt van zorgaanbieders met wie [de zorgverzekeraar] geen overeenkomst heeft gesloten, dan bestaat recht op vergoeding van de kosten van zorg tot ten hoogste 80% van de gemiddelde tarieven voor 2006, zoals deze voor de betreffende vormen van zorg zijn overeengekomen tussen [de zorgverzekeraar] en de betreffende zorgaanbieders:

(...)

- Medisch specialistische zorg (artikel 15 tot en met 21) die geleverd wordt door een medisch specialist die verbonden is aan een ziekenhuis;

(...)

De hieruit voortvloeiende maximale vergoedingen worden gepubliceerd in het Reglement restitutie 2007. Het Reglement restitutie 2007 maakt onderdeel uit van deze verzekeringsvoorwaarden en is op aanvraag verkrijgbaar. Zie ook [website].

(...)”

7.5. De artikelen 9.1.1, 12.4 en 20 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 1 onder 64 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

7.6. 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. Behandeling van plastisch-chirurgische aard is/ naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4, lid 1, onder b Bzv.

Artikel 13 Zvw bevat een regeling voor de situatie dat een verzekerde met een natu-
rapolis kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder.

7.7. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.

7.8. Anders dan de zorgverzekeraar, meent de commissie dat alvorens aan de beoordeling van de doelmatigheid wordt toegekomen, moet worden nagegaan of de onderga-
ne behandeling een verzekerde prestatie op grond van de zorgverzekering betreft en of betrokkene een indicatie heeft voor de behandeling.

Aangezien de zorgverzekeraar het tegendeel niet heeft gesteld gaat de commissie
ervan uit dat de ETS-behandeling bij idiopathisch blozen een verzekerde prestatie
vormt.

7.9. In het kader van de vraag of verzoekster een indicatie, als genoemd in artikel 20 van
de zorgverzekering, heeft, heeft zij aangevoerd dat lichamelijke functiestoornissen
dreigden. De commissie maakt hieruit op dat de gestelde stoornissen daarmee (nog)
niet aantoonbaar waren. De enkele dreiging is onvoldoende om de conclusie te
rechtvaardigen dat sprake is van een lichamelijke functiestoornissen, nog daargela-
ten dat verzoekster niet heeft onderbouwd waaruit deze, bij openbaring daarvan, dan
concreet zouden bestaan.

- 7.10. Geen van de partijen hebben zich op het standpunt gesteld – en zulks is evenmin gebleken - dat in het onderhavige geval sprake is van verminking in de zin van de polisvoorwaarden, zodat dit verder geen behandeling behoeft.
- 7.11. Door verzoekster is nog aangevoerd dat een telefonische toezegging zou zijn gedaan. Met betrekking daartoe merkt de commissie op dat in artikel 20 de eis van een voorafgaande machtiging van de zorgverzekeraar wordt gesteld. Verzoekster was daarmee bekend en heeft hier ook naar gehandeld, zoals blijkt uit het feit dat haar oorspronkelijke aanvraag al op 28 maart 2007 werd afgewezen. Hierop heeft de handelend medisch specialist nog een poging gedaan de kosten vergoed te krijgen, zoals blijkt uit het mailverkeer met verzoekster. De betrokken arts schrijft op 6 juni 2007: “Daarnet nog contact gehad met de zorgverzekering, ze weigeren terugbetaling. Voor hen is het per definitie een sociale indicatie ongeacht de belangrijke weerslag op jouw normale functioneren.” Onder deze omstandigheden mocht verzoekster niet aannemen dat het enkele insturen van stukken – zoals telefonisch afgesproken – zonder meer tot een voor haar positieve beslissing zou leiden. Op zijn best mocht verzoekster verwachten dat haar, op dat moment al twee maal afgewezen aanvraag, opnieuw zou worden beoordeeld.
- 7.12. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

8. Het bindend advies

- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 9 juli 2009.

Voorzitter