



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen Onderlinge Waarborgmaatschappij DSW
Zorgverzekeraar U.A. te Schiedam
Zaak : Geneeskundige zorg, operatie spataderen, indicatie
Zaaknummer : 201600509
Zittingsdatum : 12 oktober 2016

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2015, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2015)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door C te D,
tegen

Onderlinge Waarborgmaatschappij DSW Zorgverzekeraar U.A. te Schiedam, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de DSW Basisverzekering (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 AV-Top 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).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een operatie aan zijn rechterbeen in verband met spataderen (hierna: de aanspraak). Bij brief van 13 juli 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.

3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brieven van 17 november 2015 en 21 januari 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.3. Nadat verzoeker de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen had benaderd, heeft de Ombudsman Zorgverzekeringen hem op 9 maart 2016 medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling. Verzoeker is hierbij gewezen op de mogelijkheid de kwestie voor bindend advies voor te leggen aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen.

3.4. Bij brief van 9 mei 2016 heeft verzoeker 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 dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (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 8 juli 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 20 juli 2016 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 29 juli 2016 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 4 augustus 2016 schriftelijk medegedeeld evenmin te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 20 juli 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 30 augustus 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016100311) de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat verzoeker geen (verzekerings)indicatie heeft voor de aangevraagde spataderbehandeling aan het rechterbeen. Het Zorginstituut licht dit als volgt toe: *"In het eerder genoemde standpunt [van 31 juli 2014] wordt de volgende indicatiecriteria genoemd:*
- *Er is sprake van significante klachten en/of symptomen, passend bij veneuze ziekte, en*
 - *Van de volgende bevindingen bij Duplex onderzoek:*
axiale staminsufficiëntie: reflux over een aaneengesloten lang traject inclusief de crosse, en een refluxduur van ten minste 0,5 seconde, en een diameter van de spatader van ten minste 3 mm doorsnede.
- Links voldoet inderdaad aan alle bovengenoemde kenmerken. Rechts niet. Het aanvullende onderzoek door middel van een kleurenduplex laat alleen een insufficiënte van de VSM crosse zien. Aan de overige voorwaarden wordt niet voldaan."*
- Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 31 augustus 2016 aan partijen gezonden. Zij zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren. Verzoeker heeft op 12 september 2016 op het advies van het Zorginstituut gereageerd. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de wederpartij gezonden.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker had aan beide benen last van spataderen. Hij heeft op 29 mei 2015 - op verwijzing van de huisarts - een vaatchirurg bezocht. Deze heeft vastgesteld dat de behandeling van het linkerbeen van verzoeker tot de verzekerde zorg behoort, maar die van het rechterbeen niet. De huisarts is het hiermee niet eens. Hij heeft op de brief van de vaatchirurg (voor zover deze het rechterbeen betreft) geschreven: *"Waarom? dhr heeft erg veel last v/h re been zou geholpen moeten worden"*. Deze brief is met voornoemde toevoeging naar de ziektekostenverzekeraar gestuurd als aanvraag voor vergoeding van de behandeling aan het rechterbeen. De ziektekostenverzekeraar heeft de aanvraag afgewezen.
- 4.2. Er wordt onderscheid gemaakt tussen medisch noodzakelijke zorg en cosmetische zorg. Hieruit valt af te leiden dat als geen sprake is van cosmetische zorg en wel van medische zorg, de zorg valt te scharen onder de verzekerde aanspraken. Verzoeker benadrukt dat de behandeling van zijn rechterbeen geen cosmetische behandeling betreft, en derhalve medisch noodzakelijk is. Hij merkt hierbij op dat hij in 2015 is behandeld aan zijn linkerbeen, en dat toen dezelfde behandeling is uitgevoerd als die welke is aangevraagd voor zijn rechterbeen. Verzoeker begrijpt niet dat de behandeling aan zijn linkerbeen wel behoort tot de verzekerde zorg en die aan zijn rechterbeen niet.
- 4.3. Verzoeker is op 18 december 2015 nogmaals op consult geweest bij de vaatchirurg. De vaatchirurg heeft bij brief van 18 december 2015 verklaard dat sprake is van een medische indicatie om *"de recidief varices te behandelen middels een recrossectomie van de vsm crosse van het rechter been"*. De vaatchirurg heeft hierbij niet verklaard dat sprake is van onverzekerde zorg, maar dat de ingreep *"gezien de duplex bevindingen niet onder de verzekerde zorg valt"*.
- 4.4. In het rapport 'Invasieve behandeling van varices wanneer te verzekeren basiszorg?' is, met een meer onderbouwde motivering, te lezen wat het standpunt van het Zorginstituut ter zake is. Indien naast aanwezigheid van de zichtbare huidafwijkingen wordt voldaan aan de andere

in de richtlijn gestelde indicatiecriteria (zoals onder andere door duplexonderzoek aangetoonde veneuze insufficiëntie), kan behandeling van varices ten laste van de zorgverzekering komen. Het duplexonderzoek is echter geen constitutief vereiste, maar valt onder de *“andere in de richtlijn gestelde indicatiecriteria”*.

4.5. Nu de medische indicatie vaststaat en het duplexonderzoek naar het oordeel van verzoeker geen constitutief vereiste is voor het in casu bepalen van verzekerde zorg, is de behandeling van het rechterbeen aan te merken als verzekerde zorg.

4.6. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Op grond van de zorgverzekering komt een behandeling van spataderen alleen voor vergoeding in aanmerking indien de betrokken (vaat)specialist verklaart dat de behandeling medisch noodzakelijk is. De vaatspecialist beoordeelt dus of de spataderbehandeling voor vergoeding in aanmerking komt of niet. De behandelend vaatspecialist heeft verklaard dat het rechterbeen van verzoeker "onverzekerde zorg" betreft. Hiermee heeft de vaatspecialist dus zelf geoordeeld dat er geen verzekeringsindicatie is voor de behandeling aan het rechterbeen van verzoeker.

5.2. In 2015 is de spataderbehandeling aan het linkerbeen van verzoeker wel door de ziektekostenverzekeraar vergoed. Dit is evenwel niet van invloed op de afwijzende beslissing ter zake van de behandeling van het rechterbeen. De vaatspecialist had namelijk voor de behandeling van het linkerbeen wel de medische noodzaak vastgesteld.

5.3. Medio 2014 heeft het Zorginstituut het rapport 'Invasieve behandeling van varices: wanneer te verzekeren basiszorg?' uitgebracht. Hierin heeft het Zorginstituut bepaald dat de diagnostiek en behandeling van varices behoort tot de te verzekeren zorg, indien wordt voldaan aan de volgende cumulatieve indicatiecriteria:

- er is sprake van significante klachten en/of symptomen, passend bij veneuze ziekte, en
- de volgende bevindingen bij Duplex onderzoek:
 - o axiale staminsufficiëntie: reflux over een aaneengesloten lang traject inclusief de crosse, en
 - o een refluxduur van ten minste 0,5 seconde, en
 - o een diameter van de spatader van ten minste 3 mm doorsnede.

De aanvraag is getoetst aan bovengenoemd standpunt van het Zorginstituut. Uit de aanvraag blijkt niet dat sprake is van een axiale staminsufficiëntie, maar van een insufficiëntie van de crosse. Hierdoor betreft de voorgestelde behandeling geen te verzekeren zorg, hetgeen de behandelend specialist ook al had geconstateerd.

5.4. De ziektekostenverzekeraar schrijft in zijn brief van 8 juli 2016 dat het mogelijk is dat de medisch specialist oordeelt dat een bepaalde ingreep medisch noodzakelijk is, maar dat dit niet automatisch betekent dat de ingreep onder de verzekerde zorg valt. Het is aan de ziektekostenverzekeraar om te beoordelen of iets tot verzekerde zorg behoort, en niet aan de medisch specialist.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op de artikelen 14 van de zorgverzekering en 13 van 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 verzoeker aanspraak heeft op een spataderbehandeling aan zijn rechterbeen, 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 restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen 15 e.v. van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 18a van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"lid 1 Algemeen

Dit artikel beschrijft de medisch-specialistische zorg. Voor mondzorg door een kaakchirurg verwijzen wij naar artikel 33.

Binnen de medisch-specialistische zorg onderscheiden we:

- *medisch-specialistische zorg met opname (klinisch) en zonder opname (niet-klinisch) (zie lid 2);*
- *behandelingen van plastisch-chirurgische aard (zie lid 3).*

In lid 4 leest u welke medisch-specialistische zorg wij niet vergoeden.

(...)

lid 2.1.2 Medisch-specialistische zorg zonder opname (niet-klinische zorg)

Wij vergoeden medisch-specialistische zorg zonder opname geleverd door een medisch specialist. Onder de vergoeding vallen de verpleging, de geneesmiddelen, de hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen, indien deze op de polikliniek worden uitgevoerd of toegediend.

(...)"

8.4. Artikel 2 lid 5 van de zorgverzekering regelt de inhoud en omvang van de zorg, deze bepaling luidt:

"In deze polisvoorwaarden staat voor welke behandelingen u recht heeft op vergoeding. De inhoud en omvang van deze zorg worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk of door wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. U heeft recht op zorg waarop u naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen; dit wordt mede bepaald op basis van doelmatigheid en doeltreffendheid. Daarnaast mag de zorg of dienst niet onnodig kostbaar en/of onnodig gecompliceerd zijn. Onder de zorg en overige diensten vallen ook de zorg en diensten die bij ministeriële regeling zijn aangewezen onder de daarbij geregelde voorwaarden en gedurende een daarbij aan te geven termijn van maximaal zeven jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten."

8.5. De artikelen 2 lid 5 en 18a van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 lid 1 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.6. Artikel 11 lid 1 onderdeel b 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 vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Medisch specialistische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.

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.

- 8.7. 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 gereguleerde 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. Op grond van artikel 18a van de zorgverzekering bestaat aanspraak op medisch specialistische zorg. In artikel 2 lid 5 van de zorgverzekering is bepaald dat de verzekerde redelijkerwijs naar inhoud en omvang moet zijn aangewezen op de betreffende zorg.
- 9.2. De behandeling van varices valt onder de dekking van de zorgverzekering indien wordt voldaan aan bepaalde voorwaarden. Het Zorginstituut heeft in zijn rapport 'Invasieve behandeling van varices: wanneer te verzekeren basiszorg' van 31 juli 2014 vastgesteld dat hiervoor de volgende cumulatieve indicatiecriteria gelden: (i) er is sprake van significante klachten en/of symptomen, passend bij veneuze ziekte, en (ii) de volgende bevindingen bij Duplex onderzoek: axiale staminsufficiëntie: reflux over een aaneengesloten lang traject inclusief de crosse, en een refluxduur van ten minste 0,5 seconde, en een diameter van de spatader van ten minste 3 mm doorsnede. In het advies van 30 augustus 2016 heeft het Zorginstituut bevestigd dat deze criteria thans nog steeds gelden voor de aanspraak op de behandeling van varices ten laste van de zorgverzekering.
- Uit de brieven van de behandelend arts van 29 mei 2015 en 18 december 2015 blijkt dat de situatie van het rechterbeen van verzoeker, gezien de Duplex bevindingen, niet voldoet aan voornoemde criteria.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.3. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde, zodat het verzoek niet op basis hiervan kan worden ingewilligd.

Vergoeding van de behandeling aan het linkerbeen

- 9.4. Verzoeker heeft opgemerkt dat hij niet begrijpt dat de behandeling aan zijn linkerbeen wel behoort tot de verzekerde zorg en die aan zijn rechterbeen niet. Voor de beoordeling van de aanspraak op een behandeling van varices wordt - in dit geval - per been beoordeeld of sprake is van een verzekeringsindicatie. Dit betekent dat als voor één been een verzekeringsindicatie wordt vastgesteld, dit niet automatisch betekent dat ook voor het andere been aanspraak bestaat op behandeling ten laste van de zorgverzekering.
- Uit de brief van de vaatchirurg van 29 mei 2015 blijkt dat ten aanzien van het linkerbeen wel een verzekeringsindicatie bestond, maar ten aanzien van het rechterbeen niet. Daarom valt de behandeling aan het linkerbeen onder de dekking van de zorgverzekering en die aan het rechterbeen niet. Gelet op het vorenoverwogene werd de aanvraag voor de behandeling van het rechterbeen derhalve terecht afgewezen.
- Hetgeen overigens door verzoeker is aangevoerd kan niet leiden tot een andere uitkomst.



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, 12 oktober 2016,




A.I.M. van Mierlo