

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, in deze vertegenwoordigd door C vs D te E
Zaak : Geneeskundige zorg, medisch specialistische zorg, flebologie
Zaaknummer : ANO07.186
Zittingsdatum : 22 augustus 2007

BINDEND ADVIES

Zaak: ANO07.186 (Geneeskundige zorg, medisch specialistische zorg, flebologie)

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. T. Hartlief (voorzitter), mr. J.H.A. Teulings en mr. drs. P.J.J. Vonk)

(Voorwaarden zorgverzekering 2006, art. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen verzoekster, in deze vertegenwoordigd door C
tegen

D te E, hierna te noemen de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen het besluit van de zorgverzekeraar van 19 september 2006 inzake het niet (volledig) vergoeden van de kosten van de behandelingen flebologie.

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 Natura Polis, een verzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw) (hierna: de zorgverzekering), alsmede op basis van een aanvullende verzekering.
- 3.2. Bij brief van 19 september 2006 heeft de zorgverzekeraar verzoekster bericht dat de kosten van de door haar gedeclareerde behandelingen flebologie niet voor vergoeding in aanmerking komen, maar dat er coulancehalve een gedeeltelijke vergoeding wordt toegekend.
- 3.3. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 10 januari 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster meegedeeld zijn standpunt te handhaven. Bij brief van 26 januari 1997 heeft de zorgverzekeraar verzoekster nogmaals meegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. Bij brief van 26 maart 2007 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de kosten van de behandelingen flebologie volledig te vergoeden.
- 3.5. 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.

- 3.6. De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie op 7 juni 2007 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt.
- 3.7. Bij brief van 9 juli 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen verzocht om advies, een en ander conform artikel 114 van de Zvw.
- 3.8. Op 12 juli 2007 is verzoekster een afschrift van de reactie van de zorgverzekeraar gezonden. Tevens zijn partijen in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Van de mogelijkheid zich te doen horen is door verzoekster op 22 juli 2007 afgezien, de zorgverzekeraar heeft op 25 juli 2007 aangegeven niet gehoord te willen worden.
- 3.9. Het College voor zorgverzekeringen heeft op 3 augustus 2007, op de voet van artikel 114 lid 3 van de Zvw, zijn advies gegeven. Een afschrift hiervan is gelijktijdig met het bindend advies aan partijen gezonden.

4. Het standpunt van verzoekster

- 4.1. Verzoekster is een 61-jarige vrouw. Zij ondergaat al enige jaren behandelingen flebologie, uitgevoerd door een arts, niet zijnde een medisch specialist. Deze behandelingen werden volledig vergoed vanuit de ziekenfondsverzekering. In het kader van de invoering van het nieuwe zorgstelsel per 1 januari 2006 heeft verzoekster telefonisch contact opgenomen met de zorgverzekeraar en gevraagd of de kosten voor flebologie ook op basis van de zorgverzekering vergoed worden. De zorgverzekeraar heeft verzoekster hierop medegedeeld dat deze kosten vergoed worden.
- 4.2. In de periode februari tot en met april 2006 heeft verzoekster vervolgens verscheidene behandelingen flebologie ondergaan. De totale kosten van deze behandelingen bedroegen € 551,00. Medio juni 2006 heeft verzoekster uit het naar haar gestuurde declaratie-overzicht van de zorgverzekeraar begrepen dat deze behandelingen niet vergoed werden. Uiteindelijk heeft verzoekster de brief van 19 september 2006 ontvangen, waarin de zorgverzekeraar haar coulancehalve een bedrag van € 250,00 toekent.
- 4.3. Verzoekster stelt dat zij, op basis van het telefoongesprek in januari 2006 met de zorgverzekeraar, er vanuit mocht gaan dat de behandelingen flebologie volledig vergoed zouden worden. Verzoekster is niet gewezen op bepaalde voorwaarden die later door de zorgverzekeraar genoemd zijn. Verzoekster geeft aan dat zij er geen problemen mee heeft dat de behandelingen door een medisch specialist moeten worden uitgevoerd, maar is van mening dat zij daarvan onvolledig, onvoldoende en te laat door de zorgverzekeraar in kennis is gesteld.
- 4.4. Verzoekster neemt geen genoegen met de coulancehalve aangeboden vergoeding, en is van mening dat de zorgverzekeraar de volledige nota dient te vergoeden.

5. Het standpunt van de zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar stelt dat aan de vergoeding van flebologie voorwaarden zijn gesteld in artikel 20 van de zorgverzekering. Zo is er bij vergoeding van zorg een verwijzing door een huisarts of medisch specialist nodig en is vereist dat de behandeling door een medisch specialist wordt uitgevoerd.

- 5.2. De zorgverzekeraar stelt dat de behandelde arts van verzoekster geen medisch specialist is en dat daarom geen enkele vergoeding kan worden verleend voor de flebologische behandelingen door deze arts.
- 5.3. In de brief van 19 september 2006 heeft de zorgverzekeraar weliswaar eenmalig en onverplicht een gedeeltelijke vergoeding toegekend, maar de zorgverzekeraar benadrukt dat er naar zijn mening geen sprake is van een ondubbelzinnige, ongeclausuleerde toezegging van zijn kant waaraan een recht op (volledige) vergoeding kan worden ontleend.

6. De bevoegdheid van de commissie

Voor zover het onderhavige geschil betrekking heeft op de zorgverzekering, acht de commissie zich 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. De commissie constateert dat partijen niet van mening verschillen over het standpunt van de zorgverzekeraar dat de behandelingen flebologie door een medisch specialist dienen te worden uitgevoerd, willen de kosten ten laste van de zorgverzekering kunnen komen, en dat daar in het onderhavige geval geen sprake van is geweest.
- 7.2. Verzoekster heeft verklaard in januari 2006, in het kader van de invoering van het nieuwe zorgstelsel, telefonisch contact te hebben gehad met een medewerker van de zorgverzekeraar. Volgens verzoekster heeft deze medewerker bij die gelegenheid aangegeven dat behandelingen flebologie voor vergoeding in aanmerking komen. In zijn brief van 19 september 2006 bevestigt de zorgverzekeraar dat aan verzoekster is doorgegeven dat flebologie in de basisverzekering is opgenomen. Tevens erkent de zorgverzekeraar in deze brief dat er diverse contacten met verzoekster zijn geweest en dat haar al vanaf het begin verteld had moeten worden dat onder de gegeven omstandigheden geen vergoeding van kosten mogelijk is.
- 7.3. Gezien het voorgaande is de commissie van oordeel dat door de zorgverzekeraar, in afwijking van de zorgverzekering, een toezegging is gedaan, die door verzoekster aldus mocht worden opgevat dat zij – ongeacht of de behandelingen flebologie door een arts of een medisch specialist werden uitgevoerd en ongeacht het ontbreken van een verwijzing door de huisarts – aanspraak heeft op vergoeding van deze kosten.
- 7.4. De commissie merkt volledigheidshalve op dat door verzoekster nota's zijn ingediend met betrekking tot de periode februari tot en met april 2006. Ten aanzien van de eventueel na april 2006 gemaakte kosten merkt de commissie op dat, voor zover het kosten betreft van na medio juni 2006 – het moment waarop de zorgverzekeraar voor het eerst afwijzend besliste – deze niet door de zorgverzekeraar behoeven te worden vergoed, nu geen sprake is van zorg verleend door een medisch specialist en een verwijzing door de huisarts ontbreekt.

7.5. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek, met inachtneming van hetgeen in overweging 7.4 is overwogen, dient te worden toegewezen.

8. Het bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek toe.

8.2. De commissie bepaalt dat de zorgverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden een bedrag van € 37,00.

Zeist, 29 augustus 2007

Voorzitter