



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist en Zilveren Kruis Ziektekostenverzekeringen N.V. te Amersfoort

Zaak : Medisch specialistische zorg, male sling operatie, stand wetenschap en praktijk, telefonische toezegging

Zaaknummer : 201601935

Zittingsdatum : 8 maart 2017

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo)

(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

1) Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht,
2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist, en
3) Zilveren Kruis Ziektekostenverzekeringen N.V. te Amersfoort,
hierna gezamenlijk 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 verzekering Basis Zeker (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1 onderdeel d Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Aanvullend twee sterren en Aanvullend Tand drie sterren afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Alle hiervoor genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

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 een male sling operatie (hierna: de aanspraak). Bij brief van 4 februari 2016 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 brief van 15 februari 2016 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 12 december 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 (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 26 januari 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 7 februari 2017 aan verzoeker gezonden.
- 
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 15 februari 2017 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 24 februari 2017 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 
- 3.8. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10 lid 9 van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat de onderhavige zaak enkelvoudig wordt afgedaan.
- 
- 3.9. Op grond van artikel 114 lid 3 Zvw dient de commissie verplicht advies te vragen aan het Zorginstituut Nederland (hierna: Zorginstituut) indien het geschil betrekking heeft op de zorg of de overige diensten, bedoeld in artikel 11, dan wel de vergoeding van die zorg of diensten. Blijkens de Memorie van toelichting blijft deze verplichting beperkt tot de vraag of de vorm van zorg of andere dienst waar de verzekerde behoefte aan heeft tot het verzekerde pakket behoort. Aangezien die vraag in het onderhavige geval geen beantwoording behoeft, is het Zorginstituut niet verzocht te adviseren.
- 
- 3.10. Verzoeker is op 8 maart 2017 in persoon gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch aan de hoorzitting deelgenomen.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 
- 4.1. De behandelend uroloog heeft het volgende over verzoeker verklaard: *"Op 14-1-2015: urethrocystoscopie als voorbereiding op eventuele correctie voor incontinentieklachten; Stenose aangetoond: moet eerst operatief worden opgeheven; Uitleg gegeven over male sling; Patiënt aangegeven dat dit niet in de basisverzekering valt en dat hij dus bij zijn verzekering moet informeren of het vergoed wordt. Tijdens dit bezoek op 14-1-2015 heeft mijn patiënt aangegeven dit te zullen informeren bij zijn zorgverzekering. Tijdens opname op 26-1-2015 voor het opheffen van de stenose op de anastomose geeft patiënt aan dat de verzekering de ingreep zal vergoeden. Op 2-7-2015: operatie: plaatsing male sling (...)"*
- 
- 4.2. In aanvulling op het voorgaande stelt verzoeker dat hij op 14 januari 2015 van zijn uroloog de opdracht heeft gekregen bij de ziektekostenverzekeraar navraag te doen of een male sling operatie wordt vergoed. Op 19 januari 2015 heeft verzoeker daarom telefonisch contact gehad met een medewerker van de ziektekostenverzekeraar. Tijdens dit contact heeft verzoeker expliciet gevraagd of een male sling operatie in het St. Jansdal ziekenhuis wordt vergoed ten laste van de zorgverzekering. Het antwoord van de betreffende medewerker hierop was bevestigend. Een en ander blijkt ook uit de gemaakte telefoonnotitie. Hierin staat namelijk vermeld dat de kosten van de operatie in het St. Jansdal ziekenhuis worden vergoed ten laste van de zorgverzekering.
- 
- 4.3. Verzoeker betwist de stelling van de ziektekostenverzekeraar dat tijdens het contact niet zou zijn gesproken over een male sling operatie. Hij was immers al onder behandeling bij de uroloog en had van hem duidelijke instructies meegekregen. Verzoeker weet zeker dat door de betreffende medewerker is gezegd dat de male sling operatie wordt vergoed ten laste van de zorgverzekering. Daar komt bij dat hij nooit zou hebben gebeld met de vraag of "een operatie" wordt vergoed terwijl hij net van zijn uroloog te horen had gekregen dat het zou gaan om een male sling operatie. Het moge daarnaast duidelijk zijn dat indien verzoeker had geweten dat de ingreep niet zou worden vergoed, hij er nooit voor had gekozen deze te ondergaan.
- 
- 4.4. Ter zitting is door verzoeker herhaald dat hij na het gesprek met zijn uroloog op 14 januari 2015, op 19 januari daaropvolgend telefonisch contact heeft gehad met een medewerkster van de ziektekostenverzekeraar. Tijdens dit contact heeft verzoeker expliciet gevraagd of een male sling

operatie in het St. Jansdal ziekenhuis wordt vergoed ten laste van de zorgverzekeraar. Omdat de betreffende medewerkster het antwoord op deze vraag niet direct wist, heeft zij navraag gedaan bij een collega. Na enkele minuten kwam zij terug en deelde verzoeker mede dat de ingreep, onder aftrek van het eigen risico, wordt vergoed ten laste van de zorgverzekering.

4.5. 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 verzoeker in juli 2015 een male sling operatie is uitgevoerd. In november 2013 heeft het toenmalige College voor zorgverzekeringen beoordeeld of de male sling operatie bij mannen met stress urine incontinentie (SUI) na een prostatectomie voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. De conclusie op dat moment was dat deze ingreep niet aan de stand van de wetenschap en praktijk voldeed. Ook in 2015 vormde de behandeling geen verzekerde prestatie op grond van de zorgverzekering. Dat het St. Jansdal ziekenhuis hiervan op de hoogte was, blijkt uit het feit dat de zorg is gedeclareerd door middel van een rode DBC.

5.2. Verzoeker heeft aanvankelijk de stelling betrokken dat in een telefoongesprek op 18 mei 2015 expliciet is gesproken over de male sling operatie. Later wordt door hem echter gesteld dat dit niet op 18 mei 2015 is geweest, maar op 19 januari 2015. Wat van beide stellingen ook zij, alle telefonische contacten worden bewaard in het klantcontactstelsel. Van het gesprek op 19 januari 2015 is de volgende aantekening gemaakt: *"Operatie afdeling urologie in sintjansdal ziekenhuis harderwijk? Is gecontracteerd vergoeding BV waarop ER van toepassing is."* De stelling dat toen expliciet is gesproken over een male sling operatie wordt niet ondersteund door de gemaakte aantekening. Een registratie van een gesprek op 18 mei 2015 is niet gevonden. Gezien het voorgaande is niet aannemelijk geworden dat aan verzoeker de toezegging is gedaan dat de male sling operatie wordt vergoed. Dat een toezegging is gedaan, ligt ook niet in de rede, aangezien de medewerkers die werkzaam zijn op de afdeling Klantenservice geen toezeggingen mogen doen.

5.3. Verder wenst de ziektekostenverzekeraar op te merken dat het St. Jansdal ziekenhuis op 14 januari en 11 maart 2015 bij hem declaraties heeft ingediend betreffende twee kijkoperaties. Deze nota's zijn door de ziektekostenverzekeraar vergoed.

5.4. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt herhaald en benadrukt dat uit de gemaakte telefoonnotitie van het gesprek op 19 januari 2015 niet blijkt dat expliciet is gesproken over een male sling operatie. Het gesprek zou zijns inziens ook betrekking kunnen hebben gehad op één van de beide kijkoperaties. Voorts vraagt de ziektekostenverzekeraar zich af met welke reden door verzoeker in mei 2015, kort vóórdat de ingreep is uitgevoerd, opnieuw telefonisch contact met de ziektekostenverzekeraar is gezocht als eerder vergoeding van de kosten werd toegezegd, zoals verzoeker beweert.

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 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 bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen ten laste van de zorgverzekering.

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 combinatiepolis, zodat de verzekerde voor bepaalde zorg is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders en voor andere zorg kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld onder het kopje 'Aanspraken en vergoedingen' van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 29 van de 'Aanspraken en vergoedingen' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"Heeft u medisch specialistische zorg en/of om die reden verblijf nodig? Dan heeft u aanspraak op deze zorg. Deze zorg kan plaatsvinden in:

1 een ziekenhuis,

2 een zelfstandig behandelcentrum of

3 de praktijk aan huis van een medisch specialist (extramuraal werkend specialist) verbonden aan een op grond van de Wet toelating zorginstellingen (Wtzi) toegelaten instelling.

De zorg bestaat uit:

a medisch-specialistische zorg;

b tijdens uw behandeling en eventuele verblijf: verpleging en verzorging, paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij die behandeling horen;

c uw verblijf in een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum, inclusief verpleging en verzorging, op basis van de laagste klasse.

De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat medisch specialisten als zorg plegen te bieden. (...)

Voorwaarden voor aanspraak

1 U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, jeugdarts, verloskundige als het om verloskundige zorg gaat, de optometrist als het om oogzorg gaat of een andere medisch specialist (...)"

8.4. Artikel 1.2 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering luidt:

"Uw aanspraak op zorg en/of recht op vergoeding van kosten van zorg als in de basisverzekering omschreven, wordt daarnaast naar inhoud en omvang bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk. Ontbreekt zo'n maatstaf? Dan geldt wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten."

8.5. Artikel 1.2 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering en artikel 29 van de 'Aanspraken en vergoedingen' van de zorgverzekering zijn volgens artikel 1.1 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.

Medisch-specialistische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.

Artikel 2.1 lid 2 Bzv bepaalt dat de inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten mede worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk dan wel, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg of diensten.

- 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

- 9.1. Tussen partijen is niet in geschil dat de male sling operatie ten tijde van de ingreep (2 juli 2015) niet voldeed aan de stand van de wetenschap en praktijk als bedoeld in artikel 1.2 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering en daarmee geen verzekerde prestatie op grond van die verzekering vormde. In geschil is derhalve uitsluitend of door medewerkers van de ziektekostenverzekeraar bepaalde toezeggingen zijn gedaan, in afwijking van de verzekeringsvoorwaarden. Met betrekking hiertoe overweegt de commissie het volgende.

- 9.2. Verzoeker heeft zich erop beroepen dat hij op 19 januari 2015 telefonisch contact heeft gehad met de ziektekostenverzekeraar, en dat hem tijdens dit gesprek is medegedeeld dat de kosten van een in het St. Jansdal ziekenhuis uit te voeren male sling operatie, onder aftrek van het verplicht eigen risico, volledig ten laste van de zorgverzekering worden vergoed. De gestelde toezegging is door de ziektekostenverzekeraar gemotiveerd betwist.

- 9.3. De commissie stelt allereerst vast dat niet ter discussie staat dat verzoeker op 19 januari 2015 telefonisch contact met de ziektekostenverzekeraar heeft gehad. Het is evenwel aan verzoeker niet alleen aannemelijk te maken dat het onderhoud heeft plaatsgehad, maar tevens dat hem tijdens het betreffende gesprek bepaalde toezeggingen zijn gedaan. Door verzoeker is in dit verband aangevoerd dat hij op 14 januari 2015 van zijn uroloog de opdracht heeft gekregen bij de ziektekostenverzekeraar navraag te doen of een male sling operatie wordt vergoed. Om die reden heeft verzoeker op 19 januari 2015 telefonisch contact gehad met een medewerkster van de ziektekostenverzekeraar en in dit gesprek, althans naar zijn zeggen, expliciet de vraag gesteld of een male sling operatie in het St. Jansdal ziekenhuis wordt vergoed ten laste van de zorgverzekering. Het antwoord van de medewerkster van de ziektekostenverzekeraar luidde, na overleg met een collega, bevestigend. De ziektekostenverzekeraar heeft van het betreffende gesprek een notitie gemaakt waaruit alleen blijkt dat is gevraagd of "een operatie" in het St. Jansdal ziekenhuis wordt vergoed.

Met betrekking tot de wederzijdse standpunten oordeelt de commissie dat - gelet op de door verzoeker op 14 januari 2015 van de behandelend medisch specialist gekregen specifieke opdracht, het gestelde gesprek op 19 januari 2015, de hiervan gemaakte notitie door de ziektekostenverzekeraar, en het door verzoeker geschetste verloop in tijd, - voorshands door verzoeker voldoende aannemelijk is gemaakt dat tijdens het gesprek op 19 januari 2015 expliciet is gevraagd naar de vergoeding van een male sling operatie, waarop is geantwoord dat de kosten hiervan worden vergoed ten laste van de zorgverzekering, onder aftrek van het eigen risico. Daartoe in de gelegenheid gesteld, heeft de verzekeraar verklaard niet in staat te zijn hiervan ander tegenbewijs te leveren dan te verwijzen naar de hiervoor genoemde notitie van het telefoongesprek van 19 januari 2015. Dat is naar het oordeel van de commissie onvoldoende om hetgeen de commissie voorshands aannemelijk acht te ontkrachten cq. aan het wankelen te krijgen. Derhalve is de commissie van oordeel dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van de mail sling operatie, onder aftrek van het eventueel nog openstaande eigen risico, te vergoeden.



Conclusie



9.4. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen.



9.5. Aangezien het verzoek wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,--aan verzoeker te vergoeden.



10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek toe.



10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker het entreegeld van € 37,--dient te vergoeden.



Zeist, 22 maart 2017,



A.I.M. van Mierlo

