

Anoniem Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(mr. H.A.J. Kroon, mr. L. Ritzema en mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs)

Zaaknummer: 202300563

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

en

- 1) ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V. te Houten,
 - 2) ONVZ Aanvullende Verzekering N.V. te Houten,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Samenvatting

- 1.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar de laserbehandelingen bij de indicatie sinus pilonidalis moet vergoeden. Daarnaast heeft verzoeker de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar ten onrechte een bedrag van € 225,- bij hem terugvordert. In plaats daarvan zou ten minste € 125,- moeten worden bijbetaald. Verzoeker beroept zich in dit verband op een gedane toezegging, op een eerdere coulancevergoeding, en op het feit dat de afwijzingen niet aan hem waren gericht maar aan de behandelend huidtherapeut.
De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat de aangevraagde laserbehandelingen niet worden vergoed omdat deze bij de indicatie sinus pilonidalis niet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Eerder heeft hij per abuis 3 behandelingen ten laste van de zorgverzekering vergoed. De ziektekostenverzekeraar vordert het hiermee gemoeide bedrag terug. Van een toezegging is geen sprake en verzoeker was met de afwijzingen bekend.
- 1.2. De commissie overweegt dat het Zorginstituut in zijn advies van 26 september 2023 heeft geconcludeerd dat laserontharing ter voorkoming van recidieven bij de behandeling van sinus pilonidalis niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Daarom wordt geadviseerd tot afwijzing van het verzoek. De commissie ziet geen aanleiding van deze conclusie af te wijken en volgt het advies. Dit betekent dat verzoeker geen aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van de laserbehandelingen ten laste van de zorgverzekering.
Voor zover het de terugvordering van de kosten van de 3 laserbehandelingen betreft, geldt dat vaststaat dat verzoeker geen aanspraak had op vergoeding en dat de ziektekostenverzekeraar de betalingen daarom onverschuldigd aan verzoeker heeft gedaan. Gelet op artikel 3:310 BW kan een vordering uit onverschuldigde betaling worden ingesteld met terugwerkende kracht tot 5 jaren. Deze termijn is nog niet verstreken zodat het de ziektekostenverzekeraar vrij staat de onterecht gedane uitkeringen bij verzoeker terug te vorderen. Hetgeen verzoeker heeft

aangevoerd over de in 2016 volgens hem gedane toezegging, de eerdere coulancevergoeding, en de omstandigheid dat de afwijzende beslissingen niet aan hem waren gericht kan niet overtuigen.

De commissie wijst beide verzoeken daarom af.

- 1.3. Hierna wordt eerst het verloop van de procedure geschetst, daarna volgen de vaststaande feiten en wordt ingegaan op de bevoegdheid van de commissie. Nadat de standpunten van partijen kort zijn weergegeven volgt de beoordeling, en uiteindelijk de uitspraak.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoeker heeft bij brief van 8 juni 2023 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Bij brief van 17 juli 2023 heeft verzoeker hierop nog een aanvulling gegeven. Op 20 juli 2023 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 2.2. Bij brief van 18 augustus 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 21 augustus 2023 aan verzoeker gestuurd. Bij brief van 28 augustus 2023 heeft verzoeker hierop gereageerd. Een kopie van deze reactie is aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 2.3. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben op 6 september 2023 respectievelijk 21 september 2023 verklaard niet te willen worden gehoord, zodat de commissie beslist op basis van de stukken.
- 2.4. Bij brief van 26 september 2023 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2023036410) aan de commissie een advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 28 september 2023 aan partijen gestuurd. Zij zijn daarbij in de gelegenheid gesteld om op het advies van het Zorginstituut te reageren. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben van de geboden mogelijkheid geen gebruik gemaakt.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2022 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen ONVZ Vrije Keuze Benfit, ONVZ Wereldfit en ONVZ Tandfit Module A (hierna tezamen: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Verzoeker is in de afgelopen jaren meerdere keren geopereerd aan een fistel. De behandelend chirurg heeft verzoeker na de 16e ingreep geadviseerd het betreffende lichaamsgebied permanent te ontharen door middel van laserontharing. In vervolg hierop heeft de huidtherapeut namens verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor een zestal laserontharingen vanwege sinus pilonidalis. De ziektekostenverzekeraar heeft op 18 januari 2022 per brief aan de huidtherapeut van verzoeker meegedeeld dat de aanvraag is afgewezen. De huidtherapeut heeft vervolgens de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Op 27 januari 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar per e-mailbericht aan de huidtherapeut meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.3. Bij declaratieformulier van 27 oktober 2022 heeft verzoeker de ziektekostenverzekeraar verzocht een vijftal laserbehandelingen te vergoeden. In reactie hierop heeft de ziektekostenverzekeraar bij uitkeringsspecificaties van 3 november 2022 meegedeeld dat een drietal behandelingen (totaal € 225,-) wordt vergoed. De resterende 2 behandelingen komen niet voor vergoeding in aanmerking. Bij e-mailbericht van 4 november 2022 heeft verzoeker de ziektekostenverzekeraar verzocht ook deze 2 behandelingen te vergoeden. In antwoord hierop deelde de ziektekostenverzekeraar

verzoeker bij e-mailbericht van 15 november 2022 mee dat de kosten van de 3 behandelingen, ten bedrage van totaal € 225,-, ten onrechte zijn vergoed en dat het uitgekeerde bedrag van verzoeker wordt teruggevorderd.

- 3.4. Na laatstgenoemd e-mailbericht hebben verzoeker en de ziektekostenverzekeraar meerdere keren met elkaar per e-mail gecommuniceerd. Hierbij heeft verzoeker de ziektekostenverzekeraar gevraagd zijn standpunt te heroverwegen. Een en ander heeft niet ertoe geleid dat de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt heeft aangepast.
- 3.5. Bij brief van 26 september 2023 heeft het Zorginstituut aan de commissie een advies uitgebracht.

4. **Standpunt verzoeker**

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar:
 - (i) de laserbehandelingen bij de indicatie sinus pilonidalis alsnog moet vergoeden ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering of uit coulance; en
 - (ii) ten onrechte een bedrag van € 225,- van hem terugvordert.
- 4.2. Verzoeker stelt in zijn brief van 24 februari 2023 dat hij op 16 december 2021 voor de 16e keer is geopereerd aan een fistel. Na deze ingreep adviseerde de chirurg hem contact op te nemen met een gekwalificeerd instituut voor laserontharing. Deze kliniek heeft namens verzoeker een aanvraag ingediend voor vergoeding van laserbehandelingen vanwege sinus pilonidalis. De ziektekostenverzekeraar heeft hierop aan de huidtherapeut meegedeeld dat de behandelingen niet worden vergoed omdat deze bij de gegeven indicatie niet voldoen aan de stand van de wetenschap en de praktijk. Het is voor verzoeker niet duidelijk wat de ziektekostenverzekeraar hiermee bedoelt. De behandelend dermatoloog heeft bij ongedateerde brief aan de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar meegedeeld dat hij het standpunt, dat laserontharing bij de indicatie sinus pilonidalis niet voldoet aan de stand van de wetenschap en de praktijk, niet deelt. Ter onderbouwing hiervan is door de dermatoloog verwezen naar een zevental publicaties die het effect van de behandelingen bevestigen.
- 4.3. Ondanks de afwijzende beslissingen, die verzoeker overigens nooit rechtstreeks heeft ontvangen, heeft hij in 2022 een vijftal laserbehandelingen laten uitvoeren. Deze 5 behandelingen heeft verzoeker in oktober 2022 bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd. Omdat de ziektekostenverzekeraar in reactie hierop meedeelde dat slechts 3 van de behandelingen (ten bedrage van totaal € 225,-) zouden worden vergoed, heeft verzoeker de ziektekostenverzekeraar verzocht ook de resterende 2 behandelingen te vergoeden. In plaats van een antwoord op deze vraag, kreeg verzoeker de melding dat het aanvankelijk uitgekeerde bedrag van € 225,- zou worden teruggevorderd. Verzoeker stelt dat deze terugvordering ten onrechte is geschied omdat de ziektekostenverzekeraar zelf de fout heeft gemaakt door de 3 behandelingen aan te merken als "alternatieve geneeswijzen" en de andere behandelingen als "fysiotherapie". Dit laatste blijkt uit de aan hem gezonden uitkeringspecificatie. Door de ziektekostenverzekeraar zijn voor deze fout geen excuses gemaakt. Er is alleen gemeld dat de kosten zullen worden teruggevorderd omdat de behandelingen niet voldoen aan de stand van de wetenschap en de praktijk. Dat verzoeker dit laatste had kunnen weten is onjuist, aangezien alle correspondentie rondom de aanvraag begin 2022 via de huidtherapeut is verlopen.
- 4.4. Verder stelt verzoeker in zijn e-mailbericht van 16 november 2022 dat hij op 13 september 2016 van een bij naam genoemde medewerkster van de ziektekostenverzekeraar een e-mailbericht heeft ontvangen. Hierin wordt gemeld dat de ziektekostenverzekeraar de kosten van lasertherapie zal vergoeden omdat sprake is van een bijzondere zorgvraag. De vergoeding bedroeg destijds maximaal € 500,-. Gelet op deze toezegging maakt verzoeker aanspraak op een aanvullende vergoeding van ten minste € 125,-.
Al met al vindt verzoeker, samen met zijn huidtherapeut, het standpunt van de ziektekostenverzekeraar vreemd. Zo is het voor verzoeker niet duidelijk waarom niet, net als in 2016 toen een vergelijkbare situatie aan de orde was, afgeweken kan worden van de voorwaarden.

Bovendien is verzoeker aanvullend verzekerd tegen ziektekosten, op grond waarvan aanspraak bestaat.

5. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 18 augustus 2023 verklaard dat hij de aanvraag voor laserontharing in verband met sinus pilonidalis heeft afgewezen omdat deze behandeling niet voldoet aan de stand van de wetenschap en de praktijk. Dit baseert de ziektekostenverzekeraar op een standpunt van het Zorginstituut (Standpunt ontharing met laser voor sinus pilonidalis (SP) en hidradenitis suppurativa (HS)) en op een uitspraak van de commissie (GcZ, 20 juli 2021, 202100777). Dat de behandeling om voornoemde reden niet wordt vergoed is de behandelaar van verzoeker op 18 januari 2022 schriftelijk meegedeeld. Desondanks heeft verzoeker in november 2022 een vijftal nota's gedeclareerd. Per abuis heeft de ziektekostenverzekeraar 3 declaraties vergoed als 'laserontharing van het gelaat'. Omdat verzoeker vóór het indienen van de nota's al op de hoogte was van het feit dat ontharing van de billen, bilspleet, perianale regio en het perineum niet voor vergoeding in aanmerking komt, is besloten de 3 ten onrechte uitbetaalde nota's bij verzoeker terug te vorderen. De stelling van verzoeker dat hij niet bekend was met het bericht van 18 januari 2022 maakt de beslissing van de ziektekostenverzekeraar niet anders. Dit omdat verzoeker in zijn communicatie heeft verklaard door zijn behandelaar te zijn geïnformeerd dat de laserbehandelingen niet worden vergoed. Verder stelt verzoeker dat de ziektekostenverzekeraar in 2016 wél toestemming heeft gegeven voor laserbehandelingen. Met betrekking hiertoe geldt dat ook in 2016 aan verzoeker is meegedeeld dat de behandelingen in principe niet worden vergoed, maar dat eenmalig een uitzondering wordt gemaakt.

6. Advies Zorginstituut

- 6.1. In het voorlopig advies van 26 september 2023 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"Op 7 juni 2007 oordeelde het College voor Zorgverzekeringen (nu het Zorginstituut) dat laserontharing ter voorkoming van recidieven bij de behandeling van sinus pilonidalis of hidradenitis suppurativa geen behandeling conform de stand van de wetenschap en praktijk is. Een update van de wetenschappelijke publicaties tot 29 mei 2018 gaf geen aanleiding om het standpunt te wijzigen. Ook een zoekopdracht verricht op 13 juli 2021 ten behoeve van een ander geschil gaf geen aanleiding om het standpunt te wijzigen.

Om de literatuur die na 13 juli 2021 is gepubliceerd te beoordelen is op 13 september 2023 opnieuw een zoekactie verricht in PubMed. De zoekopdracht leverde in totaal 49 publicaties op (zonder gebruik van een datumfilter). Ten opzichte de vorige zoekopdracht in 2021 zijn drie artikelen toegevoegd: een review en twee retrospectieve beschrijvende studies.

De twee retrospectieve studies beschrijven in totaal 102 en 131 patiënten die (onder andere) laserontharing kregen ter behandeling van sinus pilonidalis. Er wordt geconcludeerd dat de kwaliteit van leven na behandeling verbetert. Alhoewel de resultaten veelbelovend zijn, zijn er meerdere methodologische aspecten die maken dat deze onderzoeken onvoldoende bruikbaar zijn voor bepaling stand wetenschap en praktijk. Zo is er niet vergeleken met andere behandelingen of met een meer conservatieve aanpak, zijn meerdere patiënten niet meegenomen in het onderzoek vanwege "missing data", was in beide studies het merendeel van de patiënten jonger dan 18 jaar en was in de studie van Salimi-Jazi et al. 47% hispanic. Er wordt beschreven dat oudere patiënten en niet hispanic etnische achtergrond slechtere resultaten lieten zien.

Het dossier bevat een ongedateerde brief van de dermatoloog waarin hij aangeeft dat laserontharing bij sinus pilonidalis voldoet aan de stand van de wetenschap en de praktijk. Ter onderbouwing is door de dermatoloog verwezen naar een aantal publicaties. Met name worden de reviews van Halleran et al. (2018) en de review van Pronk et al. (2018) aangehaald. Deze studies

zijn besproken in het advies van het Zorginstituut d.d. 20 juli 2021, op basis van deze studies kan niet geconcludeerd worden dat de behandeling bij de indicatie van verzoeker voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. De andere zeven publicaties die worden aangehaald door de dermatoloog betreffen ook geen nieuwe informatie. Er zijn geen publicaties genoemd die niet zijn meegenomen bij eerdere beoordelingen.

Gelet op het bovenstaande is er geen nieuwe wetenschappelijke literatuur beschikbaar dat leidt tot een ander oordeel over de stand van de wetenschap en praktijk. Laserontharing ter voorkoming van recidieven bij de behandeling van sinus pilonidalis voldoet niet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

Conclusie

Laserontharing ter voorkoming van recidieven bij de behandeling van sinus pilonidalis voldoet niet aan de stand van wetenschap en praktijk en maakt daarom geen onderdeel uit van het basispakket. Verzoeker kan geen aanspraak maken op vergoeding van laserontharing ten laste van de basisverzekering.

Advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Laserontharing ter voorkoming van recidieven bij de behandeling van sinus pilonidalis maakt geen onderdeel uit van het basispakket."

7. Bevoegdheid van de commissie

- 7.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 80 van de 'Algemene regels' van de voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 7.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

8. Beoordeling

- 8.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over geneeskundige zorg en de stand van de wetenschap en praktijk alsmede die uit het Burgerlijk Wetboek (BW) zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Zorgverzekering

- 8.2. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar verzocht om vergoeding van de kosten van laserbehandelingen ter voorkoming van recidieven bij de behandeling van sinus pilonidalis. Hoewel de commissie begrip heeft voor de keuze van verzoeker deze laserbehandelingen te laten uitvoeren, heeft zij als taak te beoordelen of de aangevraagde zorg voor vergoeding in aanmerking komt vanuit de zorgverzekering of de aanvullende ziektekostenverzekering. Hiertoe geldt het volgende.
- 8.3. Waar het de zorgverzekering betreft, moet gelet op het door de ziektekostenverzekeraar ingenomen standpunt in de eerste plaats worden beoordeeld of de laserbehandelingen bij de gegeven indicatie voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. De commissie neemt hierbij het arrest van de Hoge Raad van 30 maart 2018 (ECLI:NL:HR:2018:469) tot uitgangspunt. Met de 'stand van de wetenschap en praktijk' is, aldus de hoogste civiele rechter, bedoeld dat die zorg verzekerd moet zijn die de betrokken beroepsgroep rekent tot het aanvaarde arsenaal van medische onderzoeks- en behandelingsmogelijkheden. Daarbij zijn zowel de stand van de medische wetenschap als de mate van acceptatie in de medische praktijk belangrijke gradometers. Het gaat

om de zorg die door de internationale medische wetenschap voldoende beproefd en deugdelijk is bevonden.

- 8.4. De commissie heeft het Zorginstituut verzocht om een advies. Het uitbrengen van een dergelijk advies behoort tot de wettelijke taak van het Zorginstituut (artikel 114, derde en vierde lid, Zvw). Het Zorginstituut neemt bij de beoordeling alle relevante gegevens in aanmerking: literatuur, wetenschappelijke onderzoeken en gezaghebbende meningen van specialisten. Om deze gegevens te beoordelen is zogeheten 'evidence based medicine' het leidende principe. Als uit kwalitatief verantwoorde studies (Randomized Controlled Trials) blijkt dat de behandeling een (meer)waarde heeft ten opzichte van de behandeling die tot nog toe de voorkeur had in de internationale kring van de beroepsgenoten, wordt de nieuwe behandeling als effectief beschouwd. Als geen studies van voldoende niveau zijn gepubliceerd, kan het Zorginstituut zijn oordeel baseren op bewijs van lagere orde. Daarbij kan worden gedacht aan gezaghebbende meningen van medisch specialisten of richtlijnen van de betrokken beroepsgroep. Deze beoordelingswijze stemt overeen met de bedoeling van de wetgever.
- 8.5. In zijn advies van 26 september 2023 beschrijft het Zorginstituut hoe hij heeft beoordeeld of laserontharing ter voorkoming van recidieven bij de behandeling van sinus pilonidalis voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Het Zorginstituut merkt in dat verband op dat het College voor Zorgverzekering (thans het Zorginstituut) op 7 juni 2007 een rapport heeft uitgebracht. Hieruit blijkt dat laserbehandeling ter voorkoming van recidieven bij de behandeling van sinus pilonidalis of hidradenitis suppurativa geen behandeling conform de stand van de wetenschap en praktijk is. Zowel op 29 mei 2018 als op 13 juli 2021 heeft het Zorginstituut beoordeeld of nieuw gepubliceerde wetenschappelijke publicaties aanleiding geven om genoemd standpunt te wijzigen. Dit bleek niet het geval. In het kader van het onderhavige geschil heeft het Zorginstituut op 13 september 2023 een nieuw literatuuronderzoek verricht in PubMed. Hieruit is gebleken dat er ten opzichte van de vorige zoekopdracht in 2021 3 artikelen zijn toegevoegd: een review en 2 retrospectieve beschrijvende studies. Hoewel de resultaten van de beschrijvende studies veelbelovend zijn, zorgen meerdere methodologische aspecten ervoor dat de onderzoeken onvoldoende bruikbaar zijn voor de vraag of de onderhavige behandeling voldoet aan de stand wetenschap en praktijk. De door de dermatoloog genoemde studies zijn reeds meegenomen bij de update in 2021. De conclusie van het Zorginstituut is dat laserontharing ter voorkoming van recidieven bij de behandeling van sinus pilonidalis nog steeds niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. De commissie ziet in hetgeen door verzoeker in dit verband is gesteld geen aanleiding van deze conclusie af te wijken. Dit betekent dat geen sprake is van een verzekerde prestatie op grond van de zorgverzekering.

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 8.6. Op grond van het bepaalde op de pagina's 219 en 220 van de 'Algemene regels en vergoedingen 2022' bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van elektrische epilatie en laserbehandelingen tot een bedrag van maximaal € 350,- voor de gehele looptijd van de verzekering. Onder het kopje 'wat wordt niet vergoed' staat echter vermeld dat de vergoeding beperkt is tot haargroei in het gezicht en dat het weghalen van haar op andere lichaamsdelen is uitgesloten van vergoeding. Dit brengt met zich dat verzoeker op basis van de aanvullende ziektekostenverzekering geen aanspraak heeft op vergoeding.

Terugvordering € 225,-

- 8.7. Gelet op het voorgaande hoefde de ziektekostenverzekeraar de 5 gedeclareerde laserbehandelingen noch op grond van de zorgverzekering noch op basis van de aanvullende ziektekostenverzekering te vergoeden. Desondanks heeft de ziektekostenverzekeraar een drietal laserbehandelingen vergoed. Aangezien de betaling van het hiermee gemoeide bedrag van € 225,- zonder rechtsgrond plaatsvond, is sprake van onverschuldigde betaling (artikel 6:203 BW).

Een vordering uit onverschuldigde betaling kan worden ingesteld binnen 5 jaren. Dit is opgenomen in artikel 3:310 BW. Deze termijn is nog niet verstreken.

Verzoeker heeft in dit kader verwezen naar een e-mailbericht van 13 september 2016, de in 2016 verleende vergoeding, en hij heeft opgemerkt dat de afwijzing niet rechtstreeks aan hem was gericht. De ziektekostenverzekeraar heeft hiertegen - onweersproken - ingebracht dat de in 2016 verleende vergoeding eenmalig en in afwijking van de verzekeringsvoorwaarden was en dat verzoeker hierover destijds ook is geïnformeerd. De commissie neemt dit daarom als vaststaand aan. Verder volgt uit de uiteenzetting van verzoeker in zijn brief van 24 februari 2023 dat zijn behandelaar de beslissingen van de ziektekostenverzekeraar steeds met verzoeker heeft gedeeld. De commissie is daarom van oordeel dat de ziektekostenverzekeraar het onverschuldigd betaalde bedrag van totaal € 225,- van verzoeker mocht terugvorderen.

Slotsom

8.8. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

9. **Bindend advies**

9.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 30 oktober 2023,

M.T.C.J. Nauta-Sluijs

Informatie voor partijen

Staat in de uitspraak een schrijffout, rekenfout of andere duidelijke vergissing? Dan kan elke partij de geschillencommissie vragen om dit te verbeteren. Dat moet gebeuren binnen tien dagen na de verzending van de uitspraak. De beslissing van de geschillencommissie kan niet ter discussie worden gesteld.

Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als sprake is van ernstige gebreken. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering
3. Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering

Burgerlijk Wetboek Boek 6

Artikel 203

1. Degene die een ander zonder rechtsgrond een goed heeft gegeven, is gerechtigd dit van de ontvanger als onverschuldigd betaald terug te vorderen.
2. Betreft de onverschuldigde betaling een geldsom, dan strekt de vordering tot teruggave van een gelijk bedrag.
3. Degene die zonder rechtsgrond een prestatie van andere aard heeft verricht, heeft eveneens jegens de ontvanger recht op ongedaanmaking daarvan.

Burgerlijk Wetboek Boek 3

Artikel 310

1. Een rechtsvordering tot vergoeding van schade of tot betaling van een bedongen boete verjaart door verloop van vijf jaren na de aanvang van de dag, volgende op die waarop de benadeelde zowel met de schade of de opeisbaarheid van de boete als met de daarvoor aansprakelijke persoon bekend is geworden, en in ieder geval door verloop van twintig jaren na de gebeurtenis waardoor de schade is veroorzaakt of de boete opeisbaar is geworden.
2. Is de schade een gevolg van verontreiniging van lucht, water of bodem, van de verwezenlijking van een gevaar als bedoeld in artikel 175 van Boek 6 dan wel van beweging van de bodem als bedoeld in artikel 177, eerste lid, onder b, van Boek 6, dan verjaart de rechtsvordering tot vergoeding van schade, in afwijking van het aan het slot van lid 1 bepaalde, in ieder geval door verloop van dertig jaren na de gebeurtenis waardoor de schade is veroorzaakt.
3. Voor de toepassing van lid 2 wordt onder gebeurtenis verstaan een plotseling optredend feit, een voortdurend feit of een opeenvolging van feiten met dezelfde oorzaak. Bestaat de gebeurtenis uit een voortdurend feit, dan begint de termijn van dertig jaren bedoeld in lid 2 te lopen nadat dit feit is opgehouden te bestaan. Bestaat de gebeurtenis uit een opeenvolging van feiten met dezelfde oorzaak, dan begint deze termijn te lopen na dit laatste feit.
4. Indien de gebeurtenis waardoor de schade is veroorzaakt, een strafbaar feit oplevert waarop de Nederlandse strafwet toepasselijk is, verjaart de rechtsvordering tot vergoeding van schade tegen de persoon die het strafbaar feit heeft begaan niet zolang het recht tot strafvordering niet door verjaring of door de dood van de aansprakelijke persoon is vervallen.
5. In afwijking van de leden 1 en 2 verjaart een rechtsvordering tot vergoeding van schade door letsel of overlijden slechts door verloop van vijf jaren na de aanvang van de dag volgende op die waarop de benadeelde zowel met de schade als met de daarvoor aansprakelijke persoon bekend is geworden. Indien de benadeelde minderjarig was op de dag waarop de schade en de daarvoor aansprakelijke persoon bekend zijn geworden, verjaart de rechtsvordering slechts door verloop van vijf jaren na de aanvang van de dag volgende op die waarop de benadeelde meerderjarig is geworden.

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

1. De zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet omvatten de vormen van zorg of diensten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, met uitzondering van vormen van zorg of diensten die voor de verzekerden kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift.
2. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
3. Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
4. Onder de zorg en overige diensten, bedoeld in het eerste lid, valt niet forensische zorg als bedoeld in artikel 1.1, tweede lid, van de Wet forensische zorg of forensische zorg als aangemerkt in of krachtens een algemene maatregel van bestuur.
5. In afwijking van het tweede lid vallen onder de zorg en overige diensten, bedoeld in de artikelen 2.4, 2.8 of 2.9, 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 veertien jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.
6. De zorg en diensten, bedoeld in het eerste lid, omvatten niet geestelijke gezondheidszorg als bedoeld in artikel 10.2, eerste lid, van de Jeugdwet aan jeugdigen als bedoeld in artikel 1.1 van die wet.

Artikel 2.4

1. Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden, zintuiglijk gehandicaptenzorg als bedoeld in artikel 2.5a, zorg bij stoppen-met-rokenprogramma als bedoeld in artikel 2.5b, geriatrische revalidatie als bedoeld in artikel 2.5c en paramedische zorg als bedoeld in artikel 2.6, met dien verstande dat:
 - a. de zorg niet omvat:
 - 1°. het vaccineren ten behoeve van grieppreventie;
 - 2°. de combinatietest, de niet-invasieve prenatale test en de invasieve diagnostiek voor zwangere vrouwen die hiervoor geen medische indicatie hebben, met dien verstande dat:
 - ingeval van een niet-invasieve prenatale test onder een medische indicatie ook wordt verstaan het uit een combinatietest blijken van een aanmerkelijke kans op een foetus met een chromosoomafwijking;
 - ingeval van invasieve diagnostiek onder een medische indicatie ook wordt verstaan het uit een combinatietest of een niet-invasieve prenatale test blijken van een aanmerkelijke kans op een foetus met een chromosoomafwijking;
 - 3°. de vierde of volgende in-vitrofertilisatiepoging per te realiseren zwangerschap, nadat drie pogingen zijn geëindigd tussen het moment dat een follikelpunctie is geslaagd en het moment dat er sprake is van een doorgaande zwangerschap van tien weken te rekenen vanaf het moment van de follikelpunctie en indien de implantatie van gecryopreserveerde embryo's niet heeft geleid tot een doorgaande zwangerschap van negen weken en drie dagen te rekenen vanaf de implantatie;
 - 4°. de eerste en tweede in-vitrofertilisatiepoging bij een verzekerde jonger dan achtendertig jaar, indien er meer dan één embryo wordt teruggeplaatst;
 - 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;

- 6°. zorg zoals tandarts-specialisten plegen te bieden;
- b. behandeling van plastisch-chirurgische aard slechts onder de zorg valt indien die 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, ongeval of geneeskundige verrichting;
 - 3°. verlamde of verslakte bovenoogleden, indien de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
 - 4°. de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemertespleten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
 - 5°. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transsexualiteit;
- c. transplantaties van weefsels en organen slechts tot de zorg behoren indien de transplantatie is verricht in een lidstaat van de Europese Unie, in een staat die partij is bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte of in een andere staat indien de donor woonachtig is in die staat en de echtgenoot, de geregistreerde partner of een bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad van de verzekerde is.

2. Bij ministeriële regeling kunnen vormen van zorg worden uitgezonderd.

● 3. Ik ben verzekerd bij ONVZ

U heeft een verzekering bij ONVZ. Dan heeft u recht op vergoeding van zorg en diensten volgens de regels van die verzekering. Hier leest u daar meer over.

Stel: u heeft bij ons een verzekering en u heeft fysiotherapie nodig. Wordt dat vergoed? En is het eigen risico van toepassing, of geldt er een eigen bijdrage?

● Ik heb zorg nodig

21. Heeft u zorg nodig? De volgende regels en de vergoedingen bepalen of wij de zorg of diensten vergoeden. Meestal gaat vergoeding vanzelf. De zorgverlener vraagt rechtstreeks vergoeding van ONVZ. En ONVZ betaalt rechtstreeks aan de zorgverlener.

U mag het recht op vergoeding van zorgkosten niet aan iemand anders overdragen zonder onze toestemming (cessie). En niet gebruiken om iemand anders zekerheid te geven dat u een rekening van die ander gaat betalen (pandrecht).

Wij betalen altijd in euro's. Bij rekeningen in een andere muntsoort rekenen wij het bedrag om naar euro's. Met de wisselkoers op de laatste werkdag van de maand vóór de maand waarin u de zorg ontvangt.

22. **Uw verzekering vergoedt de zorg en geeft recht op de diensten die in de vergoedingen staan. Als aan de voorwaarden is voldaan.** Dat zijn de voorwaarden in de algemene regels die u nu leest. En de voorwaarden die bij de vergoedingen op de site staan.

In deze algemene regels staat bijvoorbeeld dat wij alleen zorg vergoeden die u in redelijkheid nodig heeft. Dit geldt dan altijd. Ook al wordt dit niet steeds herhaald.

Bij de vergoeding kan staan dat u van ons vooraf toestemming moet hebben voor u voor behandeling naar de zorgverlener gaat.

23. **De verzekering vergoedt de zorg en diensten zolang u bij ons verzekerd bent.** Op de datum van behandeling of de datum van aflevering (bij bijvoorbeeld een geneesmiddel) moet u dus bij ons verzekerd zijn. Brengt uw zorgverlener de hele behandeling met 1 tarief in rekening, zoals bij een dbc? Dan moet u op de datum van het openen van de dbc bij ons verzekerd zijn.

24. **Wij vergoeden alleen de zorg:**

a. die naar inhoud en omvang effectief en veilig is

Dit is het geval als de wetenschap heeft aangetoond dat de zorg goed werkt. En dit in de praktijk is gebleken. Als deze maatstaf er niet is, dan geldt wat het betrokken vakgebied goede zorg vindt. Dat is de zorg die de groep van zorgverleners normaal gesproken verleent.

b. en waarop u naar inhoud en omvang in redelijkheid bent aangewezen

Dit is het geval als de zorg voor u doelmatig is. De zorg mag dus niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd zijn. Dit geldt ook voor diensten.

U heeft recht op zorg binnen een redelijke termijn en binnen redelijke afstand van uw woonadres. Wat redelijk is, hangt af van de soort zorg en hoe dringend de zorg nodig is.

● Elektrische epilatie en laserbehandeling

Een oplossing voor overbeharing in het gezicht.

● Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	Geen vergoeding
Startfit	Geen vergoeding
Benfit	€ 350 voor hele looptijd verzekering Max.
Optifit	€ 750 voor hele looptijd verzekering Max.
Topfit	€ 1.500 voor hele looptijd verzekering Max.
Superfit	€ 2.000 voor hele looptijd verzekering Max.

● Wat u vergoed krijgt

Heeft u in uw gezicht last van meer dan gewone (dus overmatige) haargroei? Dit kan bijvoorbeeld komen door de aandoeningen hirsutisme of hypertrichose. U heeft dan haar, waar andere mensen dat niet hebben. Of opvallend veel haargroei.

Met elektrische epilatie of laserbehandeling kunt u het haar weg laten halen. De aanvullende verzekeringen Benfit en hoger vergoeden elektrische epilatie en laserbehandeling.

Er geldt een maximale vergoeding. De bedragen staan bovenaan deze vergoeding. Als die is bereikt, vergoeden wij de zorg niet meer. Ook niet in een volgend jaar.

Hier kunt u terecht

- huidtherapeut¹
- schoonheidsspecialist²
- medisch specialist

Dit wordt niet vergoed

- weghalen van haar op de hals of andere lichaamsdelen
- weghalen van haar bij 'gewone' haargroei

● Wat u zelf betaalt

Geen eigen risico

Voor elektrische epilatie en laserbehandeling geldt geen eigen risico.

Geen eigen bijdrage

Voor elektrische epilatie en laserbehandeling betaalt u geen eigen bijdrage.

- **Dit moet u zelf doen**

Op de nota moet staan welk gebied behandeld is

Wij vergoeden alleen behandeling van het gezicht.

- **Goed om te weten**

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En dat vergoedingen uit het verleden meetellen als u bij ons van aanvullende verzekering wisselt.

Kwaliteitsregisters geven extra informatie

Bij ons heeft u optimale keuzevrijheid. U kiest zelf naar welke zorgverlener u gaat. In kwaliteitsregisters vindt u informatie die u bij uw keuze kan helpen.

Uitleg

1. Huidtherapeut: Deze moet lid zijn van de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten
2. Schoonheidsspecialist: Deze moet lid zijn van de ANBOS