



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen C te D, in deze vertegenwoordigd door E te F
Zaak : Geneeskundige zorg, medisch specialistische zorg, verwijzing
Zaaknummer : 201400576
Zittingsdatum : 19 november 2014

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden zorgverzekering 2012, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2012)

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

C te D, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar, in deze vertegenwoordigd door E te F, hierna te noemen: gevolmachtigde.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam gevolmachtigde] Zorgverzekering variant Natura (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Deze verzekering is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De eveneens afgesloten aanvullende ziektekostenverzekering Comfort Plus is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker is door het ziekenhuis bij brief van 10 januari 2014 geïnformeerd over de beslissing van de ziektekostenverzekeraar dat de kosten van de door verzoeker in 2012 aldaar genoten medische zorg niet voor vergoeding in aanmerking komen. De ziektekostenverzekeraar heeft deze kosten ten bedrage van € 126,21 bij het ziekenhuis teruggevorderd en deze worden daarom door het ziekenhuis bij verzoeker in rekening gebracht.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 17 februari 2014 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 24 juni 2014 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van de door hem in 2012 genoten medisch specialistische zorg alsnog te vergoeden 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 15 september 2014 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 23 september 2014 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 27 september 2014 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 6 november 2014 per e-mail medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Verzoeker is op 19 november 2014 in persoon gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch aan de zitting deelgenomen.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker lijdt aan de ziekte van Dupuytren. In 1998 is hij hiervoor voor het eerst op consult geweest bij een plastisch chirurg. Verzoeker had hiervoor een verwijzing van zijn huisarts, maar hij heeft hiervan geen duplicaat. De plastisch chirurg heeft verzoeker in datzelfde jaar geopereerd aan zijn linkerhand en heeft hem verteld dat na verloop van tijd vervolgbehandelingen nodig konden zijn en dat verzoeker dan maar weer contact met hem moest opnemen. In november 2005 heeft verzoeker weer contact opgenomen met deze plastisch chirurg. Aangezien verzoeker behandeld wilde worden volgens een methode die nog niet in het betreffende ziekenhuis werd toegepast, is hij begeleid naar een ziekenhuis in Brussel. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker hiervoor toestemming verleend. Verzoeker is op 21 februari 2006 in België geopereerd en op 24 februari 2006 heeft hij een aanvullende behandeling ondergaan in het ziekenhuis in Nederland. Dit alles zonder nieuwe verwijzingen, omdat verzoeker al bekend was bij het ziekenhuis. De stelling van de ziektekostenverzekeraar - dat de Zvw op 1 januari 2006 is ingegaan en dat hierdoor een en ander is veranderd - is derhalve irrelevant.
- 4.2. In het voorjaar van 2012 kwam verzoeker tot de conclusie dat de ziekte weer zodanig was verergerd dat hij bij de afdeling plastische chirurgie van het ziekenhuis heeft verzocht om een controleafspraak. Dit consult heeft op 9 maart 2012 plaatsgevonden. Verzoeker benadrukt dat hem tijdens dit consult niet is verteld dat hij hiervoor een nieuwe verwijzing nodig had.
- 4.3. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat hij voor de andere aandoeningen waarvoor hij onder behandeling is ook niet elke keer een nieuwe verwijzing nodig heeft. Daarom dacht hij dat dit voor het onderhavige consult ook gold. Verzoeker was niet op de hoogte van de afspraken die tussen het ziekenhuis en de ziektekostenverzekeraar zijn gemaakt. Daarnaast gevraagd heeft verzoeker verteld dat hij tussen 2006 en 2012 klachten heeft ondervonden als gevolg van de Dupuytren. In 2012 werden de klachten zodanig dat hij de medisch specialist heeft bezocht. Toen werd vastgesteld dat hij weer geopereerd moest worden, maar de operatie is op verzoek van verzoeker verzet naar december 2012. In december 2012 werd verzoeker echter ernstig ziek. Hij heeft hierdoor veel Prednison gebruikt. Dit heeft een positieve invloed gehad op de Dupuytren, waardoor hij de afgelopen twee jaar minder klachten heeft gehad.
- 4.4. 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 bestaat aanspraak op medisch specialistische zorg, waaronder ook plastische chirurgie valt, indien de verzekerde daarvoor een verwijzing heeft van bijvoorbeeld een huisarts of een (andere) medisch specialist. Verzoeker heeft zich zonder verwijzing tot een plastisch chirurg gewend voor een consult. Daarom komen de hiermee gemoeide kosten niet voor vergoeding in aanmerking.

- 5.2. In de overeenkomst tussen de ziektekostenverzekeraar en het ziekenhuis is bepaald dat alleen zorg wordt verleend indien sprake is van verwijzing. Deze verwijzing moet ook worden opgenomen in het dossier van de patiënt. Nadat de ziektekostenverzekeraar door de Ombudsman Zorgverzekeringen erop was gewezen dat verzoeker blijkbaar zonder verwijzing op consult is geweest, heeft de ziektekostenverzekeraar telefonisch navraag gedaan bij het ziekenhuis. Aan de ziektekostenverzekeraar is tijdens dit gesprek medegedeeld dat indien een verzekerde zich zonder verwijzing bij het ziekenhuis meldt, hij altijd wordt geïnformeerd dat hij de kosten van de behandeling zelf moet betalen.
- 5.3. Het feit dat de kosten in eerste instantie door de ziektekostenverzekeraar zijn vergoed aan het ziekenhuis, en dat vervolgens - naar aanleiding van een controle - een correctie heeft plaatsgevonden, is naar het oordeel van de ziektekostenverzekeraar terecht. In Nederland is afgesproken dat een ziekenhuis een declaratie kan indienen via een clearinghouse. Op het moment dat wordt vastgesteld dat een declaratie onterecht of onjuist is, zal deze worden gecorrigeerd.
- 5.4. Volgens verzoeker heeft hij in het verleden de kosten van een consult bij de plastisch chirurg gedeclareerd en zijn deze toen door de ziektekostenverzekeraar vergoed. Voor zover de kosten vóór 1 januari 2006 (dus vóór de invoering van de Zvw) zijn gemaakt, zullen deze volgens de voorwaarden van de voorheen geldende Ziekenfondswet zijn verwerkt. Het ziekenhuis heeft op 17 maart 2007 de kosten gedeclareerd voor de behandelperiode van 23 februari 2006 tot en met 22 februari 2007. Deze kosten zijn door de ziektekostenverzekeraar vergoed. Op dat moment was een verwijzing nog niet noodzakelijk. Sinds 1 januari 2012 geldt echter de bepaling dat voor een consult bij een medisch specialist altijd een verwijzing nodig is.
- 5.5. Bij een gelijkblijvende zorgvraag is geen jaarlijkse verwijzing nodig. Alleen ingeval van een duidelijke wijziging van de zorgvraag of een langdurige onderbreking van de behandeling is een nieuwe verwijzing vereist. In de situatie van verzoeker was sprake van een langdurige onderbreking en daarom diende hij een verwijzing over te leggen aan het ziekenhuis.
- 5.6. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat het vereiste van een verwijzing in de Zvw is vastgelegd. De vraag is hoe lang een verwijzing geldig blijft. Verzoeker beroept zich op een verwijzing uit 1998 en een consult en daarop volgende behandeling in 2005/2006. In 2005 was de Ziekenfondswet (hierna: Zfw) geldig en dus niet de Zvw. Meteen daarop is een vervolg-DBC geopend die dus volgt uit het consult van 2005. Daarom is toen geen aparte verwijzing gevraagd. Het eerst volgende contact met de arts was pas in 2012. Omdat na 2006 niet duidelijk was of er nog behandeling nodig was, had verzoeker in 2012 een nieuwe verwijzing nodig.
- 5.7. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.
6. De bevoegdheid van de commissie
- 6.1. Gelet op artikel 11 van de zorgverzekering 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 verzoeker aanspraak heeft op vergoeding van de aan hem in 2012 verleende medisch specialistische zorg 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 naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen 12 e.v. van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 20 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op plastische en/of reconstructieve chirurgie bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“Omschrijving

Uw recht op geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 15 (Medisch specialistische zorg) omvat behandeling van plastisch-chirurgische aard, (...)

Verwijsbrief

*Huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist of kaakchirurg.
(...)”*

8.4. Artikel 20 van de zorgverzekering is volgens de artikelen 3.3, 3.9 en 3.10 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.5. 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 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.1 Rzv.

8.6. 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. Het ziekenhuis heeft de nota voor het onderhavige consult elektronisch bij de ziektekostenverzekeraar ter declaratie ingediend. De ziektekostenverzekeraar heeft deze nota automatisch vergoed. Bij controle achteraf is de ziektekostenverzekeraar gebleken dat dit ten onrechte is geschied. De ziektekostenverzekeraar heeft daarom de vergoeding als zijnde onverschuldigd betaald teruggevorderd van het ziekenhuis. Vervolgens heeft het ziekenhuis de kosten bij verzoeker in rekening gebracht.

9.2. In artikel 20 van de zorgverzekering is bepaald dat alleen aanspraak bestaat op behandeling van plastisch chirurgische aard indien de verzekerde hiervoor een verwijzing heeft van een huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist of kaakchirurg. Vaststaat dat verzoeker voor het betreffende consult geen verwijzing had zoals is voorgeschreven in voornoemd artikel. Daarom heeft hij ten laste van de zorgverzekering geen aanspraak op vergoeding van de kosten van het consult. Dat

verzoeker hierop mogelijk niet is geweest door het ziekenhuis, valt de ziektekostenverzekeraar niet te verwijten.

- 9.3. Verzoeker heeft gesteld dat sprake is van een doorlopende behandeling van een chronische aandoening. Dat hij niet jaarlijks op controle hoeft, is hierbij - volgens hem - niet van belang. De ziektekostenverzekeraar heeft in dit verband aangevoerd dat bij een langdurige onderbreking van een behandeling een nieuwe verwijzing nodig is. De commissie is het met de ziektekostenverzekeraar eens dat bij een onderbreking van de behandeling van meerdere jaren - gedurende welke periode blijkbaar geen enkel contact is geweest tussen verzoeker en de betreffende arts - niet gesproken kan worden van een voortgezette behandeling. Dit laatste wordt niet anders door het enkele feit dat de aandoening chronisch is waardoor mogelijk op een later moment opnieuw behandeling nodig is.

Werking privaatrecht

- 9.4. Verzoeker heeft verder gesteld dat hij in het verleden ook zonder verwijzing is behandeld door een medisch specialist in verband met de ziekte van Dupuytren, en dat de kosten hiervan door de ziektekostenverzekeraar aan het ziekenhuis zijn vergoed. Voor zover verzoeker hiermee wil betogen dat hij hierdoor gerechtvaardigd erop mocht vertrouwen dat hij - zonder verwijzing van een huisarts of andere medisch specialist - aanspraak heeft op een consult bij een plastisch chirurg, overweegt de commissie als volgt. Door het ziekenhuis is in 2007 een DBC gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar voor de behandelperiode van 23 februari 2006 tot en met 22 februari 2007. Het betreffende consult heeft derhalve in 2006/2007 plaatsgevonden. Het eerstvolgende consult was op 9 maart 2012. Gezien het feit dat in de tussenliggende periode de polisvoorwaarden meermaals zijn gewijzigd - onder andere met betrekking tot de eis van het hebben van een voorafgaande verwijzing - en verzoeker met deze wijzigingen bekend was althans kon zijn, is de commissie van oordeel dat hij niet gerechtvaardigd erop mocht vertrouwen dat - in afwijking van de op dat moment geldende voorwaarden - in zijn geval voornoemde eis niet zou gelden.

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, 3 december 2014,

Voorzitter