



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem
Zaak : EU/EER, België, plastische chirurgie, mondzorg, kaak- en
aangezichtschirurgie, hersteloperatie, indicatie
Zaaknummer : 201701698
Zittingsdatum : 4 juli 2018

 Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

 (Voorwaarden zorgverzekering 2017, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1, 2.4 en 2.7 Bzv, 2.1 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2017)

 1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

 VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

 2. De verzekeringssituatie

 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering VGZ Ruime Keuze (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering VGZ Tand Goed afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

 3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

 3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een "3D set-up", uit te voeren te Deurne, België (hierna: de aanspraak). Bij brief van 13 juli 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.

 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brieven van 12 en 13 september 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster 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 e-mailbericht van 8 januari 2018 heeft verzoekster 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 verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 37,- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 11 mei 2018 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 15 mei 2018 aan verzoekster gezonden.

- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 16 mei 2018 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 24 mei 2018 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10, negende lid, van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat de onderhavige zaak enkelvoudig wordt afgedaan.
- 3.9. Bij brief van 15 mei 2018 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 18 juni 2018 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2018025725) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat verzoekster geen verzekeringsindicatie heeft voor de gevraagde kaakchirurgische diagnostiek en behandeling. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 19 juni 2018 aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 4 juli 2018 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.11. Bij brief van 4 juli 2018 heeft de commissie het Zorginstituut een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 10 juli 2018 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen geen aanleiding vormen tot aanpassing van het advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.
- 3.12. Bij brief van 16 juli 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar de commissie medegedeeld dat de ter zitting toegezegde coulancevergoeding is vastgesteld op totaal € 188,89. Een afschrift van deze brief is op 24 juli 2018 ter kennisname aan verzoekster gestuurd.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
- 4.1. De behandelend mka-chirurg heeft op 20 juni 2017 over verzoekster verklaard: "(...) Patiënte consulteerde omwille van asymmetrie van de onderkaak. Patiënte wenst herstel. Diagnose: Status na resectie mandibulaire rand alio loco. Gezien de complexiteit van deze faciale anatomie is het aangewezen een 3D set-up uit te voeren om een correct behandelingsplan te bekomen. Deze preoperatieve planning kan geschieden in het AZ Monica (...) op de afdeling mond- kaak en aangezichtschirurgie. De kostprijs van de 3D set-up bedraagt € 1.000. (...)".
- 4.2. De behandelend mka-chirurg heeft op 2 februari 2018 over verzoekster verklaard: "Op 31 januari 2018 zagen wij bovengenoemde patiënt(e) op onze polikliniek. Enkele jaren geleden is in Tilburg de onderrand van de mandibula links en de kaakhoek links gereduceerd. Dit in verband met een gezichts-asymmetrie. Nadien is zij echter zeer ongelukkig met het resultaat, en vraagt of er alsnog verbeteringen mogelijk zijn. Ook heeft zij last van hyperesthesie van enkele tandvlees papillen, en hypesthesie van de huid linkerkant van de kin. Bij onderzoek valt het meeste op dat de linker kaaklijn duidelijk ronder is dan rechts en de kaakhoek ontbreekt. Ook de kin lijkt enkel millimeters links van het midden het gezicht. (...)".
- 4.3. Verzoekster heeft in 2016 een kaakoperatie ondergaan, waarbij de linker kant van haar kaak is behandeld. Er zou alleen aan een stukje bot worden gevild aan de rand van de kaak, omdat daar een uitstulping zat. De operatie is echter niet naar wens verlopen, waardoor verzoekster nu twee afwijkende kaaklijnen heeft. Aan de linkerkant loopt de kaak omhoog en aan de rechterkant omlaag, zodat de linkerkant nu platter is en de rechterkant breder. Verzoekster ondervindt hiervan veel pijn. Zij hoort constant geluiden als zij haar hoofd naar links of rechts draait.

- 4.4. Verzoekster kan in Deurne, België, worden geopereerd om de situatie te herstellen. Hiervoor moet er opnieuw een behandelplan komen, nu met een 3D-setup. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor de 3D-setup. De ziektekostenverzekeraar weigert echter vergoeding, omdat niet zou zijn voldaan aan de voorwaarden die de zorgverzekering hieraan stelt. Deze operatie vormt echter de enige oplossing voor verzoekster. Zij voelt zich niet gehoord door de ziektekostenverzekeraar. Verder vindt zij het vreemd dat de eerdere ingreep, waarbij door de arts een fout is gemaakt, wel door de ziektekostenverzekeraar is vergoed. Zij is hieraan voorafgaand ook niet gezien door de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar, zoals bij de recent aangevraagde behandeling wel het geval is geweest. Verzoekster benadrukt dat zij haar gezicht weer terug wil en dat zij zonder pijn wil leven.
- 4.5. Ter zitting is door verzoekster toegelicht dat sinds de aanvraag een aantal zaken is veranderd. Mogelijk zal zij toch geen behandeling in België ondergaan, maar in Nederland. Zij heeft op 22 augustus 2018 een afspraak bij de orthodontist. Dan zal een en ander worden besproken. De 3D-setup, die deel uitmaakt van de aanvraag, is nodig, ongeacht waar de behandeling zal plaatsvinden. Zonder deze 3D-setup kan geen behandelplan worden opgesteld. Er is een hersteloperatie aangevraagd. In het verleden is een onjuiste diagnose gesteld en een verkeerde behandeling uitgevoerd. Hierdoor is de asymmetrie in het aangezicht toegenomen, evenals de klachten die verzoekster ervaart. Het is voor verzoekster niet te begrijpen dat de behandeling in 2016 is vergoed, terwijl op dat moment slechts sprake was van een lichte asymmetrie en de behandeling nu wordt afgewezen, terwijl de situatie is verergerd. Verzoekster is daarnaast van mening dat het hier kaakchirurgie betreft die ten laste van de zorgverzekering moet worden vergoed. Dat de ziektekostenverzekeraar nu toetst aan de voorwaarden voor plastische chirurgie begrijpt zij daarom niet. Tot slot heeft verzoekster verklaard dat zij het advies van haar behandelend arts opvolgt. Deze heeft haar geadviseerd titaniumbot te laten plaatsen.
- 4.6. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. Reguliere poliklinische kaakchirurgie, die al dan niet in het buitenland plaatsvindt, vormt verzekerde zorg met uitzondering van tandvleesbehandelingen, het aanbrengen van een implantaat en ongecompliceerde extracties. Een en ander is omschreven in artikel 32 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Verder biedt de zorgverzekering aanspraak op behandelingen van plastisch-chirurgische aard, zoals omschreven in artikel 20 van de zorgverzekering.
- 5.2. Bijzondere tandheelkundige zorg wordt vergoed indien sprake is van een zeer ernstige tandheelkundige handicap, waarbij de verzekerde zonder deze uitgebreide, bijzondere zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verkrijgen. Hiervan is bij verzoekster geen sprake. Gezien het cosmetische en esthetische aspect van de aanvraag is deze getoetst door de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar. Deze heeft geoordeeld dat verzoekster geen afwijking heeft die haar aantoonbaar ernstig beperkt in haar lichamelijk functioneren. Verder kan aanspraak bestaan op vergoeding als sprake is van een ernstige verminking door een ziekte, ongeval of medische handeling. Van een dergelijke verminking is bij verzoekster geen sprake, zodat de aanvraag ook op deze grond is afgewezen.
- 5.3. Verzoekster heeft reeds een second opinion gehad bij een arts in Nederland. Ook heeft zij eind 2016 en begin 2017 bij twee andere ziekenhuizen röntgenfoto's laten maken van haar kaak. De ziektekostenverzekeraar ziet daarom geen aanleiding de aangevraagde behandeling te vergoeden als second opinion.
- 5.4. Verzoekster is op 22 augustus 2017 gezien door de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar. Deze heeft hiervan, voor zover hier van belang, de volgende aantekeningen gemaakt: "(...) *Emotioneel betoog van patiënte uitgebreid gedocumenteerd*

met meegebrachte foto's uit jeugd, voor de ingreep en erna en ortho modellen. Tevens cd met aanvullende CBCT's en schrijven van rechtsbijstand nu de zaak aanhangig is bij tuchtcollege. (...) Het stond vanaf geboorte al enigszins scheef met enige dentale crowding links onder. In 2013 orthodontisch behandeld met uitstekend resultaat. Daar alleen nog de vraag naar de asymmetrie van de kaaklijn. Orthodontiste heeft toen doorverwezen naar KC. Vraag was alleen de gering ingevallen kaakhoek links. KC heeft vanaf kin tot kaakhoek de hele kaaklijn links afgevlakt waardoor nu naar beeld patiënte ernstige asymmetrie is ontstaan, voor haar onverdraaglijk. Patiënte is hier zeer emotioneel onder en aangedaan. Ze geeft aan de lip niet meer te kunnen sluiten, te kwijlen en frequent op de tong te bijten. Verder enkele malen pijnlijke knap in rechter kaakkopje gehad en pijn te hebben aan de kaakrand t.h.v. 33. Verder "geluid" bij openen en sluiten kaken en draaien hoofd (crepitatie). Bij sec. opinion in Radboud werd eerst gesproken over echte asymmetrie maar bij vervolg ineens niet meer en vonden ze daar het een uitstekend resultaat. Patiënte vertrouwt nu ook Radboud niet meer en meent dat men elkaar de hand boven het hoofd houdt nu ze actie naar tuchtcollege heeft ondernomen. Vertrouwt nu alleen KC in [B]elgië nog die evt een hersteloperatie van afgenomen bot kan uitvoeren met plaatsen van een 3D vervaardigd titanium implantaat. (...) Visueel in het gesprek sprake van een zeer lichte asymmetrie van gelaat o.a. door scheefstand neus, geprononceerde kin en een ogenschijnlijk iets bredere ramus rechts. De meegebrachte (jeugd)foto's tonen een geringe asymmetrie in meer en mindere mate mede afhankelijk van de richting van de opname. Persoonlijk vind ik verwarrend beeld en op enkele opnames van voor en na zelfs andersom geïnterpreteerd. Mondonderzoek; normale gereguleerde dentitie, compleet van 8 tot 8, gesaneerd met goede mh. retentiedraden front. Mmo zonder provocatie 40 mm, zeer geringe deviatie naar re bij open sluit beweging. Palpatie conili geen bijz. bij provocatie rechts pijnlijk en beperking bij openen li g.b. In ontspannen situatie mond rechts gesloten, links zijdig licht openstaand, gering "hangende mondhoek" links, normale innervatie geen last van paraesthesie. (...) Persoonlijk zou ik niet willen spreken van afwijkende asymmetrie maar van asymmetrie die in elk aangezicht aanwezig is. Mijns inziens een psycho-emotioneel probleem met een extreme esthetische/cosmetische factor voor deze patiënte. Er is m.i. geen enkele sprake van een functioneel probleem maar om esthetische redenen een ernstig psycho-sociaal probleem voor mevr. [w]aarbij er geen aanwijzing is voor de achterliggende reden. In dossier ook sprake van een neuscorrectie in verleden. Patiënte heeft hier geen enkele opmerking over geplaatst. (...).

- 5.5. Bij brief van 11 mei 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar medegedeeld bereid te zijn eenmalig en onverplicht het consult in België te vergoeden tot maximaal 80 percent van het gemiddeld gecontracteerde tarief, omdat vergoeding van dit consult niet expliciet is uitgesloten tijdens een telefoongesprek tussen verzoekster en een medewerker van de ziektekostenverzekeraar. De kosten van de 3D-setup en een eventuele ingreep vergoedt de ziektekostenverzekeraar daarentegen niet.
- 5.6. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat de aanvraag zowel is getoetst aan de voorwaarden die gelden voor mondzorg als voor plastische chirurgie. Dat ook aan dit laatste is getoetst heeft ermee te maken dat sprake is van een vormverbeterende ingreep. Alle ingrepen die dit als doel hebben of kunnen hebben moeten worden getoetst aan de toepasselijke voorwaarden. Verder is getoetst of verzoekster redelijkerwijs is aangewezen op de aangevraagde behandeling. De ziektekostenverzekeraar is tot de conclusie gekomen dat verzoekster niet voldoet aan de voorwaarden voor plastische chirurgie. Daarnaast is de aanvraag met betrekking tot mondzorg afgewezen, omdat de zorg niet doelmatig is. Ook de 3D-setup is daarmee niet doelmatig.
- 5.7. Bij brief van 16 juli 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar medegedeeld dat tijdens het telefoongesprek tussen verzoekster en een medewerker van de ziektekostenverzekeraar op 7 februari 2018 niet expliciet het consult van vergoeding is uitgesloten. Om die reden is de ziektekostenverzekeraar bereid eenmalig en onverplicht dit consult te vergoeden tot maximaal 80 percent van het door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde tarief. Totaal komt dit neer op een bedrag van € 188,89, welk bedrag is opgebouwd uit drie afzonderlijke bedragen.
- 5.8. 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 10 van de zorgverzekering en 7 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 de ziektekostenverzekerder gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, 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 naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op zorg van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 tot en met 37 van de zorgverzekering.
- 8.3. Artikel 15 van de zorgverzekering luidt, voor zover hier van belang:

"Omschrijving

U hebt recht op geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten deze plegen te bieden, met inbegrip van het daarbij behorende laboratoriumonderzoek, geneesmiddelen, verbandmiddelen en hulpmiddelen. Onder medisch specialistische zorg valt ook:

(...)

- second opinion door een medisch specialist. U hebt hiervoor een verwijzing nodig van uw behandelaar. Dit kan bijvoorbeeld uw behandelend huisarts, verloskundige of medisch specialist zijn. De second opinion moet betrekking hebben op de geneeskundige zorg die u al hebt besproken met uw eerste behandelaar. U moet met de second opinion terugkeren naar uw oorspronkelijke behandelaar; deze houdt de regie over de behandeling; (...)"

- 8.4. 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, als het gaat om:

- 1. correctie van afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;*
- 2. correctie van verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, een ongeval of een geneeskundige verrichting; (...)"*

- 8.5. Artikel 32 van de zorgverzekering luidt, voor zover hier van belang:

"Omschrijving

Als u 18 jaar of ouder bent, dan hebt u recht op kaakchirurgie en het daarbij behorende röntgenonderzoek zoals tandartsen die plegen te bieden. U hebt geen recht op de chirurgische behandeling van tandvlees (parodontale chirurgie), het aanbrengen van een implantaat en ongecompliceerde extracties. Bij ongecompliceerde extracties gaat het om tanden of kiezen die uw tandarts ook kan trekken. (...)"

- 8.6. De artikelen 15, 20 en 32 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.7. Artikel 11, eerste lid, Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft. Degene die is verzekerd op basis van een zuivere restitutiepolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten. Degene die is verzekerd op grond van een naturapolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit de zorg of overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Naast zuivere restitutiepolissen en naturapolissen bestaan er combinatiepolissen, waarbij de invulling van de zorgplicht per dekkingsrubriek verschilt. Verzekerden op basis van een zuivere restitutiepolis hebben, op grond van artikel 2.2, tweede lid, onder b, Bzv aanspraak op vergoeding van de betreffende kosten, tenzij deze hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden passend is te achten. Voor de naturapolissen en combinatiepolissen stelt de zorgverzekeraar, overeenkomstig artikel 13, eerste en tweede lid, Zvw, de vergoeding vast in het geval de verzekerde gebruik maakt van een niet door de zorgverzekeraar voor die zorg of dienst gecontracteerde aanbieder, en deze neemt hij op in zijn verzekeringsvoorwaarden. Hierbij houdt de zorgverzekeraar rekening met eventueel van toepassing zijnde eigen bijdragen. Plastische chirurgie is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.1 Rzv. Mondzorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.7 Bzv.
- 8.8. 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.
- 8.9. Artikel 57 van de aanvullende ziektekostenverzekering bepaalt dat aanspraak bestaat op een vergoeding van € 250,- per kalenderjaar voor de periodieke controle, het probleemgericht consult en gebitsreiniging.
- 8.10. Artikel 20 van Vo. nr. 883/2004 luidt, voor zover hier van belang, als volgt:
- “1. Tenzij in deze verordening anders is bepaald, moet een verzekerde die naar een andere lidstaat reist met het oogmerk gedurende zijn verblijf verstrekkingen te ontvangen, daarvoor toestemming van het bevoegde orgaan vragen.*
- 2. Een verzekerde die van het bevoegde orgaan toestemming heeft gekregen om zich naar een andere lidstaat te begeven met het oogmerk om daar een voor zijn gezondheidstoestand passende behandeling te ondergaan, heeft recht op verstrekkingen die voor rekening van het bevoegde orgaan worden verleend door het orgaan van de verblijfplaats, volgens de door dit orgaan toegepaste wetgeving, alsof hij krachtens die wetgeving verzekerd was. De toestemming mag niet worden geweigerd wanneer de desbetreffende behandeling behoort tot de prestaties waarin de wetgeving van de lidstaat waar betrokkene woont, voorziet, en die behandeling hem, gelet op zijn gezondheidstoestand van dat moment en het te verwachten ziekteverloop, in laatstbedoelde lidstaat niet kan worden gegeven binnen een termijn die medisch verantwoord is. (...)”*

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Verzoekster is naar een andere EU-lidstaat, namelijk België, gegaan met het doel daar de onderhavige zorg te verkrijgen. Derhalve is sprake van planbare zorg. Op deze situatie ziet artikel 20 van Vo. nr. 883/2004.
Verzoekster heeft voorafgaand aan de behandeling de ziektekostenverzekeraar om toestemming gevraagd. De ziektekostenverzekeraar heeft tijdig aan verzoekster medegedeeld dat hij van mening is dat een (verzekerings)indicatie ontbreekt, zodat noch op grond van de verordening noch op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering aanspraak op de zorg bestaat.
- 9.2. De zorgverzekering biedt, op grond van artikel 32, dekking voor behandelingen van kaakchirurgische aard. In dit geval gaat het echter niet zo zeer om de behandeling van een kaakchirurgisch probleem, maar veeleer om een esthetische kwestie.
Op grond van artikel 20 biedt de zorgverzekering dekking voor behandelingen van plastisch-chirurgische aard indien sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis dan wel verminking als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 9.3. Gelet op het advies van het Zorginstituut van 18 juni 2018 heeft verzoekster noch een verzekeringsindicatie voor kaakchirurgie noch voor een behandeling van plastisch-chirurgische aard. Om die reden adviseert het Zorginstituut tot afwijzing van het verzoek. De commissie neemt het advies van het Zorginstituut over en maakt de conclusie hiervan tot de hare. Dit betekent dat de gevraagde toestemming op grond van de verordening terecht werd onthouden en dat ook op basis van de voorwaarden van de zorgverzekering geen aanspraak bestaat op de 3D-setup en de eventueel hierop volgende behandeling.
- 9.4. De commissie stelt voorts vast dat geen sprake is van een second opinion als bedoeld in artikel 15 van de zorgverzekering. Kenmerkend voor een second opinion is namelijk dat betrokkene met de resultaten van het onderzoek door de tweede - of in dit geval de derde - deskundige teruggaat naar de oorspronkelijke behandelaar. Die situatie is hier niet aan de orde.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.5. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor de aangevraagde behandeling, zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden toegewezen.

Vergoeding in 2016

- 9.6. Verzoekster heeft zich erop beroepen dat een vergelijkbare ingreep in 2016 wél door de ziektekostenverzekeraar is vergoed, terwijl de situatie destijds minder ernstig was. De ziektekostenverzekeraar heeft hiertegen ingebracht dat voor deze behandeling destijds geen toestemmingsvereiste gold. Kennelijk heeft de ziektekostenverzekeraar destijds gemeend over te moeten gaan tot vergoeding. In die beslissing van de ziektekostenverzekeraar zal de commissie niet treden, temeer aangezien nadere informatie betreffende deze vergoeding in het dossier ontbreekt.

Conclusie

- 9.7. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
- 9.8. Aangezien de ziektekostenverzekeraar, lopende de procedure, heeft besloten alsnog een deel van de kosten - coulancehalve - te vergoeden, acht de commissie termen aanwezig te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,- aan verzoekster dient te vergoeden.



10. Het bindend advies



10.1. De commissie wijst het verzoek af.



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

Zeist, 29 augustus 2018,



J.A.M. Strens-Meulemeester

