

# **ANONIEM BINDEND ADVIES**

Partijen : A te B vs C te D  
Zaak : Geneeskundige zorg, Botoxinjecties bij hyperhidrosis  
Zaaknummer : 2008.02598  
Zittingsdatum : 26 augustus 2009

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

C te D, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen de beslissing van de zorgverzekeraar van 2 januari 2007 de halfjaarlijkse injecties botulinetoxine (hierna: Botoxinjecties) niet meer te vergoeden.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorg-op-maat polis (hierna: de zorgverzekering). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 BW en betreft een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (hierna: Zvw).
- 3.2. Een dermatoloog behandelt verzoekster sinds 2002 voor axillaire hyperhidrosis. De behandelend zorgverlener heeft naar aanleiding van de gestelde diagnose bij de zorgverzekeraar voor 2007, en voor 2008 opnieuw, aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten verbonden aan Botoxinjecties, ten laste van de zorgverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brieven van 2 januari 2007 en 29 april 2008 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.3. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 18 juni 2008 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. Bij brief van 12 november 2008 heeft verzoekster haar zaak aan de SKGZ voorgelegd, waarna een bemiddelingspoging door de Ombudsman Zorgverzekeringen is ondernomen. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de zorgverzekeraar.
- 3.5. Bij brief van 4 april 2009 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog ten laste van de zorgverzekering in te willigen.
- 3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 37,-- voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar 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.

- 3.7. De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie bij brief van 3 juni 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 12 juni 2009 aan verzoekster gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 16 juni 2009 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.9. Bij brief van 12 juni 2009 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw, gevraagd. Bij brief van 10 juli 2009 heeft het CVZ (zaaknummer 29063975) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd de zorgverzekeraar op te dragen in contact te treden met de zorgaanbieder zodat voor het probleem van de vergoeding van de behandeling van axillaire hyperhidrosis met halfjaarlijkse Botoxinjecties een oplossing kan worden gevonden. Een afschrift van het CVZ-advies is op 5 augustus 2009 aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 26 augustus 2009 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.11. Bij brief van 27 augustus 2009 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting toegezonden met het verzoek mede te delen of het verslag aanleiding geeft tot aanpassing van het voorlopige advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 1 september 2009 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopige advies als definitief kan worden beschouwd.

#### 4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Verzoekster stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat zij lijdt aan een ernstige vorm van axillaire hyperhidrosis. De behandeling daarvan met Botox-injecties, is sinds 2002 vergoed door de DGVP. Met ingang van 1 januari 2006 is de DGVP opgehouden te bestaan, en zijn de lopende polissen overgenomen door de huidige zorgverzekeraar.
- 4.2. Voor 2006 is, zoals verzoekster gewend was, opnieuw een machtiging aangevraagd voor twee halfjaarlijkse Botox-injecties. De zorgverzekeraar heeft deze injecties cou-lancehalve vergoed vanwege de overname van de DGVP-polissen.
- 4.3. De aanvraag voor 2007 is afgewezen omdat botulinetoxine op grond van de beleidsregel dure geneesmiddelen onder het ziekenhuisbudget zou vallen. Vanaf dat moment is tot september 2008 een eindeloze stroom correspondentie tussen verzoekster, de zorgverzekeraar en het ziekenhuis op gang gekomen, waarin met name de zorgverzekeraar van verkeerde veronderstellingen is uitgegaan. Hem zou niet duidelijk zijn geweest dat het een aanvraag voor een reguliere behandeling betrof. Volgens de zorgverzekeraar zou het om een aanvullende vergoeding voor de Botox-injecties gaan.
- 4.4. Deze correspondentie leidde in alle gevallen tot een afwijzing van de medisch noodzakelijke zorg door de zorgverzekeraar. Verzoekster stelt dat haar door nalatig han-

delen van de zorgverzekeraar twee jaar lang de nodige zorg is onthouden.

- 4.5. Haar schade bestaat uit onnodige en onaanvaardbare psychische belasting in de vorm van stress, alsmede de extra kosten die zijn veroorzaakt door de vele verschoeningen die zij dagelijks nodig had, terwijl haar kleding snel versleet door de bijtende werking van de transpiratievlekken. Voorts heeft zij veel (onnodige) kosten moeten maken voor extra wasmachinebeurten gedurende twee jaar en de vele deodorants en cremes die zij gedurende die periode heeft moeten gebruiken.
- 4.6. Verzoekster vordert dan ook de haar onthouden behandelingen over 2007 en 2008, te weten 4 x € 789,-- (het DBC-tarief voor de onderhavige behandelingen), alsmede een bedrag van € 5.000,-- aan immateriële schade, derhalve in totaal € 8.156,--.
- 4.7. Ter zitting is door verzoekster benadrukt dat zij door het nalaten van de zorgverzekeraar geestelijke schade heeft opgelopen omdat zij door het haar onthouden van de behandeling gedurende twee jaar, sociaal geïsoleerd is geweest. Zij was financieel niet in staat de behandelingen zelf te betalen.
- 4.8. Verzoekster komt tot de conclusie dat haar verzoek dient te worden toegewezen.

## 5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat de gehele gang van zaken berust op miscommunicatie c.q. een misverstand. Omdat het ziekenhuis niet de gebruikelijke route heeft bewandeld voor de declaratie van de onderhavige zorg, die onder de dekking van de zorgverzekering valt, heeft de zorgverzekeraar lange tijd in de veronderstelling verkeerd dat het een aanvraag betrof voor aanvullende vergoeding van de Botoxinjecties, als levering door een apotheek.
- 5.2. Hoewel de zorgverzekeraar het zeer betreurt dat dit misverstand zo lang heeft bestaan, en hij daarvoor ook zijn welgemeende excuses heeft aangeboden, stelt hij zich op het standpunt dat de verwarring primair is veroorzaakt door het ziekenhuis, doordat die niet de gebruikelijke declaratieroute heeft gevolgd.
- 5.3. Met betrekking tot de vordering tot schadevergoeding stelt de zorgverzekeraar dat geen sprake is van materiële schade, want de behandelingen hebben nimmer plaatsgevonden. Hij ziet dan ook geen aanleiding de vier gevorderde behandelingen te vergoeden.  
Met betrekking tot de vordering van € 5.000,-- stelt de zorgverzekeraar zich op het standpunt dat verzoekster weliswaar enige brieven heeft moeten schrijven en telefoongesprekken heeft moeten voeren, doch dat de vordering van € 5.000,-- niet in verhouding staat tot de reëel gemaakte kosten.
- 5.4. Ter zitting is door de zorgverzekeraar erkend dat de communicatie niet duidelijk is geweest, maar dat de aanvraag voor intramurale behandeling nooit is afgewezen. Voorts stelt de zorgverzekeraar dat de besparing die het ten onrechte niet vergoeden van de behandeling met zich heeft gebracht, op 80 percent van het (DBC)-tarief, en niet op € 3.156,-- dient te worden gesteld.
- 5.5. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoekster terecht is afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

Voor zover het onderhavige geschil betrekking heeft op de zorgverzekering, is de commissie bevoegd daarvan kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. Het betreft hier een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op zorg van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in artikel 18 e.v. van de zorgverzekering 2007 en 2008.

Artikel 20 van de zorgverzekering 2007 en 2008 bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat. Het artikel luidt, voor zover hier relevant, als volgt:

*“Lid 1.*

*De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen medisch-specialisten als zorg plegen te bieden.*

*(...)*

*Lid 3. Aanspraak bestaat op medisch-specialistische behandeling in een of door een instelling voor medisch specialistische zorg. De aanspraak omvat de met de behandeling gepaard gaande verpleging, alsmede de bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.*

**Voorwaarden  
toestemming:**

*toestemming vooraf is vereist, als:*

- a. de medisch specialistische zorg betrekking heeft op in-vitrofertilisatie; of*
- b. de kaakchirurgische zorg betrekking heeft op het aanbrengen van tandheelkundige implantaten, osteotomie en extracties in narcose; of*
- c. de medisch specialistische zorg verleend wordt in een Z.B.C.”*

Artikel 20 van de zorgverzekering 2007 en 2008 is volgens artikel 2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 7.2. Artikel 11, lid 1, onderdeel a Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde in voorkomend geval, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Geneeskundige zorg is naar inhoud en omvang in algemene bewoordingen geregeld in de artikelen 2.1 en 2.4 Bzv. Artikel 2.1 verwijst in het eerste lid naar artikel 2.4, waarin is bepaald dat geneeskundige zorg omvat zoals onder meer medisch specialisten die plegen te bieden. In artikel 2.1 tweede lid is voorts bepaald dat de aanspraak op zorg of vergoeding van de kosten van zorg als in de zorgpolis omschreven, naar inhoud en omvang mede bepaald worden door de stand van de wetenschap en de praktijk, dan wel, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. In artikel 2.2, lid 2 Bzv is bepaald dat bij het bepalen van de vergoeding in mindering worden gebracht de kosten die hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend zijn te achten. Voorts blijkt uit de toelichting op

de Zvw dat onder geneeskundige zorg mede begrepen worden medisch onderzoek en paramedische zorg, alsook genees-, verband- en hulpmiddelen.

- 7.3. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.4. In geschil is of de zorgverzekeraar gehouden is verzoekster de gemiste behandelingen, de kosten die de gemiste behandelingen met zich hebben gebracht en de immateriële schade te vergoeden. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.
- 7.5. Uit het onder 3.9 genoemde advies van het CVZ blijkt dat in mei 2006 is geoordeeld dat de behandeling van hyperhydrosis palmare met botulinetoxine behoort tot de gebruikelijke medisch specialistische zorg. Daarmee staat vast dat sprake is van een verzekerde prestatie op grond van de zorgverzekering. Omdat de indicatie en de doelmatigheid niet worden bestreden, heeft verzoekster naar het oordeel van de commissie recht op vergoeding van de kosten van de onderhavige behandeling.
- 7.6. De commissie oordeelt dat verzoekster uit de brief van de zorgverzekeraar van 2 januari 2007 heeft mogen concluderen dat de aanvraag was afgewezen. Zij heeft daarvoor moeten afzien van een behandeling waarop zij volgens de verzekeringsvoorwaarden wel recht had. De zorgverzekeraar is tegenover verzoekster tekortgeschoten in de nakoming van zijn verbintenissen, voortvloeiende uit de zorgverzekering. Deze tekortkoming heeft – naar verzoekster heeft gesteld en door de zorgverzekeraar niet is betwist – aan verzoekster schade toegebracht. Partijen verschillen van mening over de hoogte van de schade. De commissie overweegt in dit verband als volgt.
- 7.7. De vraag is in de eerste plaats of verzoekster recht heeft op vergoeding van een bedrag gelijk aan de (tegen)waarde van de (vier) behandelingen ad € 789,-- elk, waarop zij destijds wel recht had maar die zij ten onrechte niet heeft ontvangen. Naar het oordeel van de commissie vindt een vordering van dergelijke strekking – vergoeding louter wegens een verzekerde maar destijds ten onrechte niet geleverde prestatie – geen steun in de zorgverzekering noch in de wet. Zulks zou anders zijn geweest als verzoekster de behandelingen had ondergaan en zij deze uit eigen middelen had gefinancierd.
- 7.8. Wat betreft de gevorderde immateriële schadevergoeding doet verzoekster haar vordering steunen op de door haar gestelde onnodige en onaanvaardbare psychische belasting in de vorm van stress. De commissie acht in de gegeven omstandigheden een vergoeding van € 1.500,-- naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid aanvaardbaar.
- 7.9. Wat betreft de materiële schade (sneller slijtende kleding, extra wasbeurten, deodorants, crèmes, etc.) constateert de commissie dat de omvang daarvan niet nauwkeurig kan worden vastgesteld. In zo een geval dient de schade op de voet van artikel 6: 97 BW te worden geschat. De stelling van verzoekster dat zij over de betrokken periode maandelijks kosten heeft moeten maken die achterwege waren gebleven indien de desbetreffende behandelingen wel door haar waren genoten, acht de commissie voldoende aannemelijk gemaakt. Deze extra kosten vormen voor verzoekster een schadepost. De omvang daarvan schat de commissie in redelijkheid op een bedrag van € 750,--.

7.10. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek gedeeltelijk dient te worden toegewezen, met inachtneming van hetgeen onder 7.8 en 7.9 is overwogen.

8. Het bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek, als hiervoor vermeld, ter grootte van een bedrag van €2.250,-- toe.

8.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden een bedrag ad € 37,--.

Zeist, 23 september 2009,

Voorzitter