

ANONIEM ADVIES

Partijen : A te B vs C te D
Zaak : Geneeskundige zorg, Light Sheer Diode laserepilatie
Zaaknummer : 2008.00576
Zittingsdatum : 24 september 2008

VOORLEGGER

Zaak: 2008.00576 (Geneeskundige zorg, Light Sheer Diode laserepilatie)

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. J.H.A. Teulings en mr. drs. P.J.J. Vonk)

(Voorwaarden zorgverzekering 2007 en 2008, art. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,
tegen

C te D, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 27 december 2007 de kosten van behandelingen door een zelfstandig werkzame huid-/lasertherapeut door middel van Light Sheer Diode laser-epilatie niet te vergoeden.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Vrije Keuze Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering). Dit is een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Daarnaast werd door haar een tweetal aanvullende verzekeringen gesloten, waarvan in dit verband alleen de Vrije Keuze Topfit (hierna: de aanvullende verzekering) van belang is. Het betreft hier schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 BW.
- 3.2. De behandelend huid- en lasertherapeut heeft bij verzoekster de volgende diagnose gesteld: "een ernstige vorm van Acne Inversa in de liezen". De zorgverlener heeft naar aanleiding van de gestelde diagnose bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten verbonden aan een zevental behandelingen door middel van Light Sheer Diode laserepilatie (hierna: de aanspraak). Bij brief van 27 december 2007 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat haar aanspraak is afgewezen.
- 3.3. Na de intake op 12 december 2007 – waarvan de kosten door de ziektekostenverzekeraar zijn vergoed – hebben in het jaar 2008 enkele behandelingen, op de vergoeding waarvan verzoekster aanspraak maakt, overeenkomstig de wijze zoals in de aanvraag vermeld, plaatsgevonden.
- 3.4. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 31 januari 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn standpunt te handhaven.

- 3.5. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.6. Bij brief van 29 mei 2008 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen (hierna: het verzoek).
- 3.7. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 37,00 voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek is een afschrift van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.8. De ziektekostenverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en heeft de commissie bij brief van 14 juli 2008 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 28 juli 2008 aan verzoekster gezonden.
- 3.9. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 11 augustus 2008 schriftelijk meegedeeld niet gehoord te willen worden. De zorgverzekeraar heeft op 13 augustus 2008 schriftelijk meegedeeld eveneens niet gehoord te willen worden.
- 3.10. Bij brief van 28 juli 2008 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 25 augustus 2008 heeft het CVZ de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat laserontharing bij hirsutism suppurativa niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Een afschrift van het CVZ-advies is met dit bindend advies aan partijen gezonden.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Verzoekster stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat zij kampt met Acne Inversa. Al 26 jaar ziet zij zich geconfronteerd met pijnlijke en lekkende abcessen, vaak zo groot als een ei. Diverse operaties door huisarts en medisch specialist hebben niet tot een oplossing geleid. Op sommige dagen is verzoekster niet in staat te lopen of anderszins te bewegen. Zij bestrijdt dan ook dat de behandelingen een cosmetisch karakter hebben.
- 4.2. Volgens verzoekster dienen de kosten ten laste van de zorgverzekering te komen, aangezien aan alle toepasselijke voorwaarden is voldaan. Zo is er een verwijzing door de huisarts; is de huidtherapeut te beschouwen als een medisch specialist, en vinden de behandelingen plaats in een zelfstandig behandelcentrum. Verzoekster benadrukt dat de medische noodzaak ook door de ziektekostenverzekeraar wordt onderschreven, en wijst erop dat laserepilatie niet is uitgesloten in de voorwaarden van de zorgverzekering. Verder tekent zij aan dat in haar geval kan worden gesproken van verminking in de zin van de polis.
- 4.3. Verzoekster is voorts van mening dat de ziektekostenverzekeraar nalatig is geweest in het inwinnen van informatie bij de behandelende sector.

4.4. De behandelingen zouden volgens verzoekster als preventieve zorg kunnen worden beschouwd. Mede gezien het positieve resultaat worden toekomstige kosten van doktersbehandelingen voorkomen.

4.5. Verzoekster komt tot de conclusie dat haar verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. De zorgverzekeraar stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, onder verwijzing naar de verzekeringsvoorwaarden dat geen sprake is van een niet-klinische medisch specialistische behandeling.

Hij merkt verder op dat er niet conform de DBC-systematiek wordt gedeclareerd en dat het hier geen zelfstandig behandelcentrum, als gedefinieerd in de voorwaarden van de zorgverzekering, betreft.

5.2. Ten aanzien van de aanvullende verzekering is het standpunt van de ziektekostenverzekeraar dat hierin tot 1 januari 2008 een vergoeding was opgenomen voor de kosten van ontharing door middel van elektrische epilatie of laserbehandelingdekking, op verwijzing van de behandelend arts. Dienovereenkomstig zijn de kosten van de intake op 12 december 2007 vergoed.

Met ingang van 1 januari 2008 is de dekking aangepast en worden de kosten van elektrische epilatie, na voorafgaande toestemming van de ziektekostenverzekeraar, vergoed als bij vrouwelijke verzekerden sprake is van overmatige haargroei in het gezicht tot maximaal € 1.500,00 per verzekerde gedurende de looptijd van de verzekering. Omdat hieraan niet is voldaan, zijn de kosten van de behandelingen in 2008 afgewezen.

De ziektekostenverzekeraar tekent hierbij nog aan dat zijn verzekerden begin november 2007 zijn geïnformeerd over bovenstaande wijziging. Verzoekster had de mogelijkheid in 2007 met de behandelingen te starten. Zij heeft echter pas medio december van dat jaar een aanvraag ingediend. Deze aanvraag is binnen een redelijke termijn afgehandeld. Het was toen evenwel niet meer mogelijk de hele behandelcyclus in 2007 af te ronden, daarom is bij de beoordeling uitgegaan van de polisvoorwaarden van 2008.

5.3. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoekster terecht is afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

De commissie acht zich bevoegd van het onderhavige geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. De beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

7.1. Het betreft hier een restitutiepolis. Ten tijde van de aanvraag in 2007 was in de zorgverzekering geen bepaling opgenomen inzake hulp door een zelfstandig werkzame huidtherapeut of lasertherapeut.

Door verzoekster is in dit verband naar voren gebracht dat het hier medisch-specialistische zorg betreft. Artikel 5 van de zorgverzekering 2007 (artikel 4 van de zorgverzekering 2008) bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op

medisch-specialistische zorg bestaat. Volgens lid 1 wordt de omvang van de betreffende zorg begrensd door hetgeen medisch-specialisten als zorg plegen te bieden. Lid 1 onder b ziet op de niet-klinische medisch-specialistische zorg. Genoemd artikel luidt, voor zover hier van belang, aldus:

“Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor medisch-specialistische behandeling in een of door een als ziekenhuis toegelaten instelling. De aanspraak omvat de vergoeding van kosten voor met de behandeling gepaard gaande verpleging, alsmede de bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

Verder bestaat aanspraak op de vergoeding van kosten voor medisch-specialistische behandeling in een zelfstandig behandelcentrum. De aanspraak omvat de vergoeding van kosten voor met de behandeling gepaard gaande verpleging, alsmede de bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

Voorts bestaat aanspraak op de vergoeding van kosten voor medisch-specialistische behandeling in de huispraktijk van de medisch-specialist of elders. De aanspraak omvat de vergoeding van kosten voor met de behandeling gepaard gaande verpleging, alsmede de bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.”

Het begrip ‘medisch-specialist’ is in Deel A, Algemene bepalingen, gedefinieerd als: “Een arts die is ingeschreven in het Specialistenregister van de Koninklijke Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.” ‘Zelfstandig behandelcentrum’ is aldaar gedefinieerd als: “Een centrum voor medisch-specialistische zorg (onderzoek en behandeling) dat als zodanig conform de bij wet gestelde regels is toegelaten.”

Relevant is verder dat volgens artikel 2 lid 1 van Deel A, Algemene bepalingen, de zorgverzekering is gebaseerd op de Zvw, het Besluit zorgverzekering (Bzv) met de daarbij behorende Regeling zorgverzekering (Rzv), met inbegrip van de daarbij behorende toelichting, en het door de verzekeringnemer ingevulde aanvraagformulier.

- 7.2. Artikel 11, lid 1, onderdeel b Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerd risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.
Medisch-specialistische zorg is naar aard en omvang geregeld in de artikelen 2.1 en 2.4 Bzv.
- 7.3. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.4. Het onderhavige geschil spitst zich toe op de vraag of de in 2007 aangevraagde en in 2008 uitgevoerde behandelingen door een huid-/lasertherapeut op basis van artikel 5 van de zorgverzekering voor vergoeding in aanmerking komen onder de noemer van niet-klinische medisch-specialistische zorg.
De commissie constateert dat het CVZ in zijn advies in deze zaak heeft gesteld dat laserontharing bij hirsutismus suppurativa niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en dat om die reden de behandeling reeds niet voor verstrekking of vergoeding in aanmerking zou komen.
Verder wordt door de commissie vastgesteld dat de behandelingen zijn uitgevoerd door een zelfstandig werkzame huid-/lasertherapeut. Hoewel deze zorgverlener deskundig is op het eigen vakgebied, is het daarmee nog geen medisch-specialist. Daarbij geldt op grond van artikel 5 lid 1 onder b van de zorgverzekering dat de behande-

ling moet hebben plaatsgevonden in een ziekenhuis, zelfstandig behandelcentrum of de huispraktijk van de medisch-specialist. Ook aan deze voorwaarde is niet voldaan. Het betreft hier immers geen ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum als gedefinieerd in de polis. Van de huispraktijk van de medisch-specialist kan niet worden gesproken, nu de huid-/lasertherapeut, als gezegd, niet als medisch-specialist is te beschouwen.

Tot slot heeft de ziektekostenverzekeraar terecht de kanttekening geplaatst dat in Nederland de kosten van medisch-specialistische zorg moeten worden gedeclareerd op basis van zogenoemde Diagnose Behandel Combinaties (DBC's), waaraan een door de Nederlandse zorgautoriteit vastgesteld tarief is gekoppeld. De onderhavige behandelingen voldoen hier niet aan.

Ten aanzien van de aanvullende verzekering

- 7.5. Waar het de aanvullende verzekering betreft, constateert de commissie dat deze in 2007 dekking kende voor de kosten van ontharing door middel van elektrische epilatie of laserbehandeling op verwijzing van de behandelend arts. De voorafgaande toestemming van de ziektekostenverzekeraar was hiervoor niet vereist. De kosten van de intake op 12 december 2007 zijn dan ook door de ziektekostenverzekeraar vergoed.

Met ingang van 1 januari 2008 is de vergoeding echter gewijzigd. Op grond van artikel 11 lid 3 van de aanvullende verzekering worden de kosten van elektrische epilatie, na voorafgaande toestemming van de ziektekostenverzekeraar, vergoed als bij vrouwelijke verzekerden sprake is van overmatige haargroei in het gelaat, tot maximaal € 1.500,00 per verzekerde gedurende de looptijd van de verzekering.

De commissie stelt vast dat de behandelingen in 2008 hebben plaatsgevonden en dat zij om die reden moeten worden beoordeeld aan de hand van de in dat jaar toepasselijke verzekeringsvoorwaarden.

De omstandigheid dat de betreffende aanvraag al in 2007 werd gedaan, maakt dit niet anders. Immers, in 2007 hoefde niet vooraf toestemming te worden gevraagd voor de behandeling, terwijl gezien de datum van aanvraag en de aangekondigde wijziging per 1 januari 2008, door de ziektekostenverzekeraar in redelijkheid mocht worden aangenomen dat deze betrekking had op het jaar 2008.

In de situatie van verzoekster is geen sprake van behandeling overmatige haargroei in het gelaat zodat de toestemming terecht is geweigerd.

Slotsom

- 7.6. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende verzekering, dient te worden afgewezen.

8. Het bindend advies

- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 24 september 2008,

Voorzitter