



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A, vertegenwoordigd door B, beiden te C, tegen Menzis Zorgverzekeraar N.V. en Menzis N.V., beide te Wageningen
Zaak : Geneeskundige zorg, spataderbehandeling, indicatie
Zaaknummer : 201600968
Zittingsdatum : 9 november 2016

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden zorgverzekering 2015, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2015)

1. Partijen

A, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door B, beiden te C,
tegen

- 1) Menzis Zorgverzekeraar N.V. te Wageningen, en
- 2) Menzis N.V. te Wageningen,
hierna gezamenlijk 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 ZorgVerzorgd (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 ExtraVerzorgd 2 afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
De eveneens ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar afgesloten aanvullende verzekering TandVerzorgd 250 is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een spataderbehandeling (hierna: de aanspraak). Bij brief van 4 mei 2015 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 brief van 24 maart 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. Verzoekster heeft zich tot de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen gewend. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft verzoekster bij brief van 29 juni 2016 medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling.
- 3.4. Bij e-mailbericht van 1 juli 2016 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 e-mailbericht van 23 augustus 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 26 augustus 2016 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 8 september 2016 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 10 oktober 2016 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 26 augustus 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 22 september 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016110096) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, toe te wijzen op de grond dat verzoekster klachten heeft en er sprake is van objectief vastgestelde axiale staminsufficiëntie. Vanwege de status na crossectomie kan verzoekster niet langer voldoen aan de gestelde indicatie-eisen, zoals omschreven in het rapport 'Invasieve behandeling van varices: wanneer te verzekeren basiszorg?' Bij verzoekster is echter wel sprake van een axiale insufficiëntie over een aaneengesloten lang traject. Dit op zichzelf geeft aan dat een verbinding van het oppervlakkige systeem met het diep veneuze systeem bestaat, hetgeen ook herhaaldelijk objectief door middel van duplex-onderzoek is vastgesteld. De overige bevindingen zijn eveneens in lijn met axiale staminsufficiëntie. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 26 september 2016 aan partijen gezonden.
- 3.9. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij e-mailbericht van 4 november 2016 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt, waarbij tevens is medegedeeld dat wordt afgezien van de mogelijkheid te worden gehoord. Een afschrift van dit e-mailbericht is aan verzoekster gestuurd. Desgevraagd heeft verzoekster telefonisch medegedeeld eveneens af te zien van de mogelijkheid te worden gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. De behandelend verpleegkundig specialist vaatchirurgie heeft, namens de chirurg, over verzoekster het volgende verklaard: "(...) C3 symptomatisch variceslijden op basis van partieel insufficiënte VSM-insufficiëntie links. Status na crossectomie en sclero VSM links. (...) CEAP classificatie 3 oedeem".
- 4.2. De behandelend verpleegkundig specialist vaatchirurgie heeft, namens de chirurg, nadien over verzoekster verklaard: "*Sinds januari heb ik haar herhaaldelijk op onze flebopoli gezien. Zij heeft al enige periode klachten van hoofdzakelijk haar linkerbeen, veroorzaakt door veneuze insufficiëntie zoals bevestigd met duplex. Ik verwijs naar mijn correspondentie en duplexuitslag dd. 28-1-2015 en controle duplex dd 22-4-2015. Gezien de huidige criteria voldoet zij niet aan de eisen van de zorgverzekering en komt zij niet voor vergoeding van behandeling in aanmerking, omdat zij in het verleden reeds een crossectomie (o.a.) heeft ondergaan waardoor deze nu niet meer in beeld te brengen is. Echter, de klachten bij deze jonge werkende moeder die zich dusdanig beperkt voelt dat zij verminderde kwaliteit van leven hierdoor ervaart, zijn zo fors, dat wij u bij deze vriendelijk willen verzoeken haar situatie nader te beoordelen in de hoop dat zij toch voor vergoeding van de ingreep (radiofrequente ablatie middels VNUS) in aanmerking mag komen. Uiteraard hebben wij met compressiekousen reeds getracht de klachten te reduceren, met onvoldoende resultaat.*"
- 4.3. Verzoekster ondervond dagelijks hinder van de spataderen. Dagelijkse werkzaamheden, zowel thuis als op het werk, kon zij nauwelijks nog uitvoeren. Na diverse onderzoeken werd een behandeling voorgesteld. Verzoekster voldeed aan vier van de vijf voorwaarden die gelden voor deze behandeling. Aan de vijfde voorwaarde kon verzoekster onmogelijk voldoen in verband met een spataderoperatie die zij in 1996 heeft ondergaan. De behandelend arts onderschrijft dit, en heeft

tevens bevestigd dat geen sprake is van een cosmetische behandeling. Verzoekster heeft de kosten van de spataderbehandeling ten bedrage van € 1.425,-- uit eigen middelen voldaan. De behandeling heeft een positief effect gehad. De ziektekostenverzekeraar heeft vergoeding afgewezen met een standaardbrief. Er wordt enkel verwezen naar het standpunt van het Zorginstituut. Verzoekster heeft hierdoor de indruk dat weinig aandacht aan de kwestie is besteed. De spataderbehandeling dient door de ziektekostenverzekeraar te worden vergoed, en verzoekster verwijst in dit kader naar de publicatie 'Invasieve behandeling van varices: wanneer te verzekeren basiszorg?' van het Zorginstituut, gedateerd 31 juli 2014.

4.4. Verzoekster is verheugd dat de ziektekostenverzekeraar lopende de procedure heeft besloten over te gaan tot vergoeding van de spataderbehandeling.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. De criteria die gelden om voor vergoeding van een spataderbehandeling (medisch of cosmetisch) in aanmerking te komen, zijn opgesteld door het Zorginstituut in samenspraak met de beroepsgroep en de zorgverzekeraars. De ziektekostenverzekeraar verwijst naar het standpunt van het Zorginstituut 'Invasieve behandeling van varices: wanneer te verzekeren basiszorg?'. Hierin wordt onderscheid gemaakt tussen medisch noodzakelijke en cosmetische behandeling van spataderen volgens onderstaande criteria:

- Er is sprake van significante klachten en/of symptomen, passend bij veneuze ziekte, en de volgende bevindingen bij Duplex onderzoek:

- axiale staminsufficiëntie: reflux over een aaneengesloten lang traject inclusief de crosse, en
- een refluxduur van ten minste 0,5 seconde, en
- een diameter van de spatader van ten minste 3 mm doorsnede.

De medisch adviseur heeft geoordeeld dat verzoekster niet voldoet aan de voorwaarden. Bij haar is geen sprake van axiale staminsufficiëntie: reflux over een aaneengesloten lang traject inclusief de crosse. Derhalve betreft het hier onverzekerde zorg.

5.2. Een spataderbehandeling is een ingreep die veelvuldig wordt uitgevoerd om uiteenlopende (medische) redenen. Er zijn meerdere situaties waarin om een coulancevergoeding wordt gevraagd voor onverzekerde zorg. De ziektekostenverzekeraar hanteert de polisvoorwaarden voor iedereen op dezelfde manier. Als in de situatie van verzoekster een uitzondering wordt gemaakt, moet dit in soortgelijke gevallen ook worden gedaan. De ziektekostenverzekeraar kiest hier niet voor. Er is wel begrip voor de situatie van verzoekster.

5.3. Naar aanleiding van het advies van het Zorginstituut heeft de ziektekostenverzekeraar besloten de spataderbehandeling die verzoekster heeft ondergaan alsnog te vergoeden conform de geldende verzekeringsvoorwaarden.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel A17 van de zorgverzekering en 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 ziektekostenverzekeraar is gehouden de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.



8. Beoordeling van het geschil



- 8.1. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar hebben overeenstemming bereikt over het geschil. De ziektekostenverzekeraar zal de door verzoekster ondergane spataderbehandeling vergoeden conform de geldende verzekeringsvoorwaarden. Verzoekster heeft zich hiermee akkoord verklaard. Hiermee resteert geen geschilpunt meer tussen partijen.



- 8.2. Aangezien de ziektekostenverzekeraar lopende de procedure bij de commissie heeft besloten een vergoeding te verlenen voor de onderhavige behandeling, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,-- aan verzoekster te vergoeden.



9. Het bindend advies



- 9.1. De commissie stelt hetgeen is omschreven onder 8.1 vast.
- 9.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden het entreegeld van € 37,--.



Zeist, 9 november 2016,



A.I.M. van Mierlo

