

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen C en D, beide te E
Zaak : Geneeskundige zorg, behandeling spataderen, telefonische
toezegging
Zaaknummer : 2011.02478
Zittingsdatum : 30 mei 2012

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

1) C, en

2) D, beide te E,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie 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, Zorgverzekeringwet (verder: Zvw). Deze verzekering is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). Verder waren ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen ExtraVerzorgd 1 en TandVerzorgd 3 afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een behandeling van spataderen (hierna: de aanspraak). Op 6 september 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar telefonisch aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 21 oktober 2011 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 brief van 2 februari 2012 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 (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 stuk-

ken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 12 april 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 17 april 2012 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 24 april 2012 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 10 mei 2012 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 30 mei 2012 telefonisch gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Vóór het intakegesprek bij Polikliniek De Blaak over de behandeling van haar spataderen heeft verzoekster telefonisch contact gehad met de ziektekostenverzekeraar over de vergoeding van de behandeling. De zorgadviseur heeft haar medegedeeld dat de arts respectievelijk de fleboloog haar hierover zou informeren. Desgevraagd is verzoekster bij het intakegesprek op 2 september 2011 te kennen gegeven dat de pijn niet erg genoeg was om voor vergoeding van de behandeling in aanmerking te komen en dat de kosten van ongeveer € 1.800,- voor haar rekening zouden blijven. Uit het hierna gevoerde telefoongesprek tussen verzoekster en de ziektekostenverzekeraar bleek dat de ziektekostenverzekeraar op 1 juli 2011 de criteria respectievelijk de polisvoorwaarden had gewijzigd. Verzoekster is hierover niet geïnformeerd. In haar brief van 23 september 2011 aan de directie van de ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster onder meer geschreven dat als zij hiervan tijdig op de hoogte was gesteld, zij de behandeling eerder had laten uitvoeren. In reactie op de brief van verzoekster van 23 september 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar op 27 september 2011 telefonisch contact met haar opgenomen. Tijdens dit telefoongesprek is haar verteld dat zij in aanmerking zou komen voor een coulancevergoeding.
- 4.2. In haar brief van 2 februari 2012 schrijft verzoekster dat haar tijdens het eerste telefoongesprek is bevestigd dat de behandeling voor spataderen onder de dekking van de zorgverzekering valt.
- 4.3. Ter zitting is door verzoekster benadrukt dat in het serviceboekje van de ziektekostenverzekeraar is vermeld dat zij topzorg kon krijgen voor de behandeling van spataderen ten laste van de zorgverzekering. De nadere criteria waar de ziektekostenverzekeraar zich op beroept zijn niet vermeld in de polisvoorwaarden.
- 4.4. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. In het telefoongesprek voorafgaand aan het consult is verzoekster kennelijk verteld dat de medisch specialist beoordeelt of de ingreep wordt vergoed. De betreffende arts heeft vervolgens aan verzoekster medegedeeld dat de ingreep niet voor vergoeding in aanmerking komt.

- 5.2. Het CVZ heeft gerapporteerd over de medische noodzaak van de behandeling van spataderen bij C0-, C1- en C2-indicaties. De uitkomst hiervan is dat bij deze indicaties geen sprake is van lichamelijke functiestoornissen, verminking of een ernstige bewegingsbeperking. Bij verzoekster betreft het een C2-indicatie. Daarom komt de door haar gevraagde behandeling van spataderen niet voor vergoeding in aanmerking.
- 5.3. Het is correct dat voornoemde wijziging niet is medegedeeld aan verzoekster. Het CVZ heeft in maart 2011 zijn conclusie uitgebracht aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, die deze per 25 maart 2011 heeft geaccordeerd. De ziektekostenverzekeraar heeft besloten het CVZ-advies op te volgen en alle betrokken zorgverleners hierover schriftelijk te informeren. Aangezien hiervoor enige tijd nodig was, is besloten de spataderbehandelingen bij de indicatie C2 pas vanaf 1 juli 2011 niet meer te vergoeden. De behandelingen bij de indicaties C0 en C1 werden ook vóór die tijd al niet vergoed.
- 5.4. Volgens de werkinstructies van onder andere de afdeling Klantenservice mag een medewerker geen toezegging doen voor een coulancevergoeding, maar slechts de mogelijkheid van een onverplichte vergoeding aandragen. Vervolgens kan de verzekerde een coulanceverzoek indienen bij de afdeling Klachten en Bezwaar. Alleen deze afdeling beslist of een verzekerde in aanmerking komt voor een coulancevergoeding. De medewerker zal in het betreffende gesprek voornoemde mogelijkheid hebben aangedragen en verzoekster hebben geadviseerd een coulanceverzoek in te dienen.
- 5.5. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat verzekerden recht hebben op zorg, zoals opgenomen in de zorgverzekering, onder de voorwaarde dat deze zorg noodzakelijk is. Het CVZ informeert hierover, en heeft het standpunt ingenomen dat het type spataderen van verzoekster niet ernstig genoeg is om tot vergoeding over te gaan. Verzoekster is niet benadeeld doordat zij hierover niet is geïnformeerd. Zij heeft zich eerst in september 2011 tot de betreffende arts gewend. Daarbij had verzoekster geen geldige verwijzing voor de gevraagde behandeling.
- 5.6. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.
6. De bevoegdheid van de commissie
- 6.1. Gelet op artikel A17 van de algemene voorwaarden 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 de ziektekostenverzekeraar is gehouden de aanspraak in te willigen 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 (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen B10 e.v. van de zorgverzekering.
Artikel B24 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat, en luidt, voor zover hier van belang:
- “U heeft recht op:
-- onderzoek en diagnostiek,
-- behandeling,
(...)”*
- 8.3. In artikel B27 van de zorgverzekering is de aanspraak op plastische chirurgie opgenomen, en dit artikel luidt, voor zover hier van belang:
- “U heeft recht op behandelingen van plastische chirurgische aard als het gaat om correctie van:
-- afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen,
-- verminkingen die gevolg zijn van een ziekte, ongeval of een geneeskundige verrichting,
(...)”*
- 8.4. In artikel B5 van de zorgverzekering is bepaald dat de verzekerde een indicatie moet hebben voor de zorg en dat de zorg doelmatig moet zijn. Dit artikel luidt als volgt:
- “Natuurlijk heeft u alleen recht op een onderzoek of een behandeling als dat nodig is. Om voor zorg in aanmerking te komen moet er een indicatie zijn. Zoals de wet het zegt, u moet ‘redelijkerwijs zijn aangewezen’ op de zorg. Welke zorg voor u nodig is, wordt objectief bekeken. Die zorg moet bovendien doelmatig zijn. Zorg die onnodig is, of onnodig veel kost in vergelijking met een andere zorgvorm die gelijkwaardig is gezien de indicatie en uw zorgbehoefte, komt niet voor rekening van de verzekering.”*
- 8.5. De artikelen B5, B24 en B27 van de zorgverzekering zijn volgens de artikelen B1 en B6 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.6. 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. Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv. Plastische chirurgie is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.1 Rzv.
In artikel 2.1, lid 3 Bzv is bepaald dat de verzekerde slechts recht heeft op een vorm van zorg of een dienst voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

- 8.7. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
9. Beoordeling van het geschil
- 9.1. Op grond van het op 25 maart 2011 vastgestelde rapport van het CVZ staat vast dat de indicatie van verzoekster voor de behandeling van spataderen vanaf genoemde datum niet (meer) voldoet aan de voorwaarden om voor vergoeding van de hiermee gemoede kosten in aanmerking te komen. Hetgeen partijen onder meer verdeeld houdt is of de ziektekostenverzekeraar verzoekster voorafgaand aan het consult bij de medisch specialist verkeerde informatie heeft verstrekt, en of de ziektekostenverzekeraar verzoekster op enig moment had moeten mededelen dat het indicatiegebied, en daarmee vergoeding van spataderbehandelingen, was gewijzigd.
- 9.2. De informatie die voorafgaand aan het intakegesprek door de zorgadviseur is gegeven, is juist. De zorgverlener heeft verzoekster inderdaad geïnformeerd over het ontbreken van recht op vergoeding bij haar C2-indicatie. Dat de zorgverzekering dekking kent voor de behandeling van spataderen, zoals verzoekster tijdens het eerste telefoongesprek is medegedeeld, betekent niet dat dit voor alle indicaties geldt.
- 9.3. Anders dan verzoekster veronderstelt, zijn de polisvoorwaarden niet gewijzigd. Wel zijn de criteria om in aanmerking te komen voor een spataderbehandeling ten laste van de zorgverzekering gewijzigd. Het CVZ heeft in zijn rapport van 25 maart 2011 vastgesteld dat onvoldoende is komen vast te staan dat het medisch noodzakelijk is C2 varices (spataderen) invasief te behandelen. Daarom behoort deze zorg niet langer tot de verzekerde prestaties op grond van de zorgverzekering. Een dergelijke wijziging gaat in beginsel in op het moment dat het standpunt wordt bekend gemaakt. Dat de ziektekostenverzekeraar om hem moverende redenen ervoor heeft gekozen de wijziging eerst op 1 juli 2011 te laten ingaan, is hierbij niet van belang.
- 9.4. Verzoekster heeft – in reactie op de toelichting van de ziektekostenverzekeraar – haar stelling dat de ziektekostenverzekeraar haar had moeten mededelen dat het indicatiegebied voor invasieve behandeling van spataderen per 1 juli 2011 zou wijzigen, niet nader toegelicht. Gesteld noch gebleken is dat de keuze van de ziektekostenverzekeraar om zorgverleners te informeren onzorgvuldig jegens verzekerden is (ge-weest).
- 9.5. Voor zover het verzoek betrekking heeft op een coulancevergoeding is door verzoekster niet aannemelijk gemaakt dat is toegezegd dat de behandeling eventueel onverplicht zou worden vergoed. Ook de bewoordingen van haar brief van 2 november 2011: *“deelde mij mee dat het ernaar uitziet dat ik voor een coulance in aanmerking zal komen”* wijzen – mede gelet op de instructie van de ziektekostenverzekeraar aan zijn medewerkers verzekerden te wijzen op de mogelijkheid van het aanvragen van een coulance-uitkering – niet op een dergelijke toezegging.

Conclusie

- 9.6. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 13 juni 2012,

Voorzitter