



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen IZZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem
Zaak : Geneeskundige zorg, spataderbehandeling
Zaaknummer : 201600996
Zittingsdatum : 7 december 2016



Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. P.J.J. Vonk)



(Voorwaarden zorgverzekering 2016, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2016)

1. Partijen



A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen



IZZ 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 grond van de IZZ Basisverzekering, variant Restitutie (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1 onderdeel d Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen IZZ Zorg voor de Zorg en Extra 2 afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Alle hiervoor genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. 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 vergoeding van de kosten van een spataderbehandeling (hierna: de aanspraak). De ziektekostenverzekeraar heeft 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 8 april 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.



3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft bij brief van 17 mei 2016 aan verzoekster medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling.



3.4. Bij e-mailbericht van 17 augustus 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 brief van 19 september 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 29 september 2016 aan verzoekster gezonden.

- 
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar hebben op respectievelijk 26 oktober en 14 november 2016 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 
- 3.8. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10 lid 9 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 29 september 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 24 oktober 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016122542) 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 niet aannemelijk heeft gemaakt dat zij voldoet aan de gestelde indicatiecriteria voor een spataderoperatie. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 15 november 2016 aan partijen gezonden.
- 
- 3.10. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 7 december 2016 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 
- 3.11. Bij brief van 9 december 2016 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 14 december 2016 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen geen aanleiding vormen tot aanpassing van het advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 
- 4.1. De behandelend chirurg heeft met betrekking tot verzoekster het volgende verklaard: *"Patiënt heeft aan het einde van de dag een vermoeid gevoel in beide benen. Verdraagt de therapeutisch elastische kous moeizaam door irritatie van de convolutectomie operatie bij de knie en stuwing op de rand van de kous. (...) Conclusie Diep veneuze insufficiëntie beiderzijds met recidief zijtakvarices vanuit de VSM cross beiderzijds. (...)"*
- 
- 4.2. Verzoekster stelt dat zij sinds 1999 onder behandeling is van verschillende dermatologen vanwege klachten van spataderen in haar benen. De klachten bestaan uit zwaar vermoeide, oedemateuse en pijnlijke benen. Met name tijdens haar werk als verpleegkundige op de spoedeisende hulp heeft zij hiervan last. In de afgelopen jaren heeft verzoekster verschillende behandelingen ondergaan waaronder, sclerotherapie, perforantectomie, muller, laser en foam, maar deze hebben niet het gewenste resultaat gehad.
- 
- 4.3. Begin 2016 zijn de klachten verergerd en thans ziet verzoekster een operatieve ingreep nog als laatste oplossing. Deze stelling wordt bevestigd door de behandelend chirurg. Verzoekster heeft van de ziektekostenverzekeraar echter begrepen dat de door deze chirurg voorgestelde behandeling niet valt onder de dekking van de zorgverzekering. Verzoekster meent dat de ziektekostenverzekeraar voor haar wellicht een uitzondering kan maken, aangezien de ingreep voor haar medisch noodzakelijk is en zij de hiermee gemoeide kosten onmogelijk zelf kan betalen.
- 
- 4.4. Ter zitting heeft verzoekster haar standpunt herhaald en ter aanvulling aangevoerd dat zij recent contact heeft gehad met de medisch specialist. Deze heeft verzoekster medegedeeld dat bij verzoekster geen grote bloedvaten meer aanwezig zijn, alleen nog zijvertakkingen. Daarnaast is het voor de medisch specialist niet duidelijk wat moet worden verstaan onder een "aaneengesloten lang traject".
- 
- 
- 

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

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Verzoekster is sinds 1999 onder behandeling bij diverse dermatologen in verband met spataderen. Sindsdien heeft zij verschillende behandelingen ondergaan die wisselend succes hadden. Inmiddels heeft verzoekster weer klachten en wenst zij voor een operatieve behandeling in aanmerking te komen. Op 8 april 2016 is aan verzoekster medegedeeld dat een dergelijke ingreep geen machtiging gebonden zorg is. Dit betekent dat de medisch specialist beoordeelt of een verzekerde voldoet aan de gestelde criteria. De criteria die gelden om voor vergoeding van een spataderbehandeling in aanmerking te komen zijn opgesteld door het Zorginstituut in samenspraak met de beroepsgroep en de zorgverzekeraars. Uit de brief van de behandelend chirurg van 2 maart 2016 blijkt dat verzoekster niet voldoet aan de gestelde voorwaarden, zodat geen sprake is van verzekerde zorg.

5.2. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar herhaald dat uit de overgelegde stukken onvoldoende is gebleken dat verzoekster voldoet aan de indicatiecriteria van een spataderbehandeling.

5.3. 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 ziektekostenverzekeraar is gehouden 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 restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 e.v. van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 15 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"Omschrijving

U hebt recht op vergoeding van de kosten van geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten deze plegen te bieden, met inbegrip van het daarbij behorende laboratoriumonderzoek, geneesmiddelen, verbandmiddelen en hulpmiddelen.

(...)

Wie mag de zorg verlenen

Medisch specialist. Als dit tot het deskundigheidsgebied behoort van de betreffende zorgaanbieder, mag de zorg ook worden verleend door een klinisch fysicus audioloog, specialist ouderengeneeskunde, SEH-arts (spoedeisende hulp arts), sportarts, verpleegkundig specialist of physician assistant.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts, verpleegkundig specialist, physician assistant, SEH-arts (spoedeisende hulp arts), audicien, bedrijfsarts, jeugdarts/arts in de jeugdgezondheidszorg, sportarts, specialist ouderengeneeskunde, arts voor verstandelijk gehandicapten, tandarts, verloskundige, optometrist, medisch specialist of kaakchirurg.

Toestemming

U hebt voor een aantal behandelingen vooraf toestemming nodig omdat er specifieke voorwaarden gelden. U vindt deze behandelingen op de Limitatieve lijst van vooraf aan te vragen Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's) van Zorgverzekeraars Nederland. U vindt deze lijst op onze website. De toestemmingsprocedure vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden. (...)"

- 8.4. Artikel 15 van de zorgverzekering is volgens de artikelen 2.1, 2.2 en 2.3 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.5. 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 verzekerde 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. Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.
- 8.6. 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.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Op grond van artikel 15 van de zorgverzekering bestaat aanspraak op medisch specialistische zorg, waaronder een spataderbehandeling. Als voorwaarde hierbij wordt onder andere gesteld dat sprake is van een (verzekerings)indicatie. Het Zorginstituut heeft in zijn rapport 'Invasieve behandeling van varices: wanneer te verzekeren basiszorg?' van 31 juli 2014 de verschillende indicatiecriteria voor de vergoeding van een spataderoperatie beschreven. In het rapport worden de volgende indicatiecriteria genoemd:
- er is sprake van significante klachten en/of symptomen, passend bij veneuze ziekte, en
 - de volgende bevindingen bij Duplex onderzoek:
 - o axiale staminsufficiëntie: reflux over een aaneengesloten lang traject inclusief de crosse, en
 - o een refluxduur van ten minste 0,5 seconde, en
 - o een diameter van de spatader van ten minste 3 mm doorsnede.
- 9.2. Met betrekking tot de onderhavige kwestie stelt het Zorginstituut in zijn advies van 24 oktober 2016 vast dat in het verslag van het aanvullend beeldvormend onderzoek van 2 maart 2016 niet alle aspecten, die noodzakelijk zijn om tot een indicatie beoordeling te komen, worden behandeld. Zo wordt noch de refluxduur noch de diameter van de spatader vermeld. Tevens wordt door de behandelend chirurg in hetzelfde verslag opgemerkt dat de aangevraagde behandeling "onvergoede zorg" betreft. Gelet op deze zinsnede concludeert het Zorginstituut dat ook de twee ontbrekende aspecten kennelijk niet voldoende zijn om tot de vereiste indicatiestelling te komen. Het Zorginstituut

adviseert daarom tot afwijzing van het verzoek. De commissie volgt het Zorginstituut in zijn conclusie en neemt het advies over.

Het argument van verzoekster dat zij de kosten van de onderhavige ingreep onmogelijk zelf kan betalen, maakt het voorgaande niet anders. Dit geldt evenzeer voor de door haar gestelde medische noodzaak. Het feit dat door de behandelend chirurg een medische indicatie is vastgesteld, betekent namelijk niet (noodzakelijk) dat tevens een verzekeringsindicatie bestaat.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.3. Aangezien de aanvullende ziektekostenverzekering geen dekking biedt voor het gevraagde, kan de aanspraak niet op die grond worden ingewilligd.

Conclusie

- 9.4. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 21 december 2016,

P.J.J. Vonk