



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem
Zaak : Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, halsoperatie, excisie hals
Zaaknummer : 201402922
Zittingsdatum : 17 juni 2015

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden zorgverzekering 2014, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2014)

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

VGZ 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 basis van de verzekering VGZ Natura (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 VGZ Vitaal Pakket 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).

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 operatie aan haar hals (hierna: de aanspraak). Bij brief van 30 oktober 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen. In deze brief is aan verzoekster medegedeeld dat als zij het niet eens is met deze beslissing, zij de kwestie kan voorleggen aan de SKGZ.

3.2. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.

3.3. Bij brief van 8 februari 2015 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).

3.4. 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.

3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 9 april 2015 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 13 april 2015 aan verzoekster gezonden.

3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 25 april 2015 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 4 juni 2015 per e-mail medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.

-  3.7. 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, gebruik makend van de haar op grond van artikel 22 van dit reglement toekomende bevoegdheid, de onderhavige zaak in afwijking van het bepaalde in artikel 13, lid 5 onder a van bedoeld reglement enkelvoudig wordt afgedaan.
-  3.8. Bij brief van 13 april 2015 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 4 mei 2015 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2015044343) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat uit het dossier niet blijkt dat sprake was van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis waarvan aannemelijk is dat de uitgevoerde operatie de klachten zou wegnemen, of verminking in de zin van de regelgeving. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
-  3.9. Verzoekster is op 17 juni 2015 in persoon gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch aan de zitting deelgenomen. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
-  3.10. Bij brief van 19 juni 2015 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 25 juni 2015 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. Verzoekster had gedurende twee jaar last van verschillende klachten, te weten: ademnood 's nachts, hoestbuien 's morgens, problemen met slikken, pijn op de borst en in het midden van de rug, pijn in de nek, maagzuur, en bij het lezen van een boek of de krant zat haar 'onderkin' dusdanig in de weg dat zij het benauwd kreeg. De huisarts, de longarts, de KNO-arts en de radioloog konden hiervoor geen verklaring vinden. Verzoekster is op 17 juli 2014 door de plastisch chirurg aan haar hals geopereerd. Sinds de operatie heeft zij geen last meer van de hoestbuien 's morgens, wordt zij 's nachts niet meer wakker door ademnood, heeft zij geen problemen meer met slikken, en geen problemen meer met een "*in de weg zittende kwab*" onder haar kin. Er was dus wel degelijk sprake van een afwijking in het uiterlijk die gepaard ging met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen, en dus van een medische indicatie voor de operatie.
-  4.2. Verzoekster merkt op dat de huisarts haar destijds heeft aangeraden de operatie te ondergaan, maar dat deze het aan de plastisch chirurg heeft overgelaten een eventuele medische indicatie vast te stellen. De plastisch chirurg heeft verzoekster medegedeeld dat de operatie niet zou worden vergoed. De huisarts heeft echter tegen verzoekster gezegd dat zij zonder deze operatie zeer waarschijnlijk nog allerlei onderzoeken nodig zou hebben, wat dus extra kosten voor de verzekering zou betekenen. De huisarts vindt het achteraf jammer dat zij niet vooraf een verwijzing voor deze operatie heeft afgegeven. Ook zij heeft de gunstige afloop van de operatie niet kunnen voorzien.
-  4.3. De ziektekostenverzekeraar wil geen uitzondering maken voor verzoekster, omdat dit niet rechtvaardig zou zijn ten opzichte van andere verzekerden. Verzoekster vindt dit een zeer zwak argument. De plastisch chirurg heeft haar namelijk verteld dat dit een zeer uitzonderlijke operatie is, omdat in vergelijkbare gevallen meestal liposuctie wordt toegepast.

- 
- 4.4. Verzoekster benadrukt dat zij geen cosmetische of esthetische reden had om deze operatie te ondergaan. Zij is met deze "*buidel*" 71 jaar geworden, en "*dan is uiterlijk niet meer zo belangrijk*". Bovendien wist zij dat zij een litteken zou overhouden aan de operatie.
- 
- 4.5. Ter zitting heeft verzoekster benadrukt dat veel van haar klachten zijn verdwenen nadat de onderhavige operatie is uitgevoerd. Zij voelt zich sindsdien veel beter en gezonder. Zij is daarom van mening dat wél sprake was van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. Ter aanvulling heeft zij aangevoerd dat zij vorig jaar een lichte TIA heeft gehad. Dit kan ook zijn gekomen door het afknellen van de slokdarm. De medicijnen tegen maagzuur die verzoekster voorheen gebruikte, hoeft zij nu niet meer te nemen.
- 
- 4.6. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
- 
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 
- 5.1. Artikel 19 van de zorgverzekering biedt aanspraak op behandelingen van plastisch-chirurgische aard indien sprake is van afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen, of verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, een ongeval, of een geneeskundige verrichting. Daarnaast is in dit artikel bepaald dat een verwijsbrief van de huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist of kaakchirurg nodig is. Ook moet voorafgaand toestemming worden gevraagd. Bij de aanvraag dient een toelichting van de behandelend medisch specialist te worden meegestuurd. Verzoekster heeft niet voldaan aan voornoemde voorwaarden. Daarom worden de door haar gedeclareerde kosten niet vergoed. De verklaring van de huisarts van 25 november 2014 is niet aan te merken als een verwijsbrief, aangezien deze eerst na de operatie is opgesteld.
- 
- 5.2. Dat verzoekster een medische indicatie voor de operatie had, betekent nog niet dat de kosten hiervan ook voor vergoeding in aanmerking komen. De ziektekostenverzekeraar beoordeelt op grond van de verzekeringsvoorwaarden of aanspraak bestaat op vergoeding.
- 
- 5.3. Aangezien voorafgaand aan de ingreep geen aanvraag is ingediend door de plastisch chirurg ten behoeve van verzoekster, heeft de afdeling Klachtenmanagement gereageerd op het verzoek van verzoekster van 20 oktober 2014. Het ontbreken van een aanvraag is ook de reden dat de medisch adviseur dit verzoek om vergoeding niet heeft beoordeeld. Voor de volledigheid wijst de ziektekostenverzekeraar erop dat de operatie al heeft plaatsgevonden. Een nader onderzoek - zoals door verzoekster is voorgesteld - kan daarom niet meer plaatsvinden.
- 
- 5.4. De ziektekostenverzekeraar kan de onderhavige operatie niet bij wijze van uitzondering aan verzoekster vergoeden. Indien een uitzondering wordt gemaakt voor één verzekerde, dient dit ook in vergelijkbare situaties te gebeuren. Anders is dit niet rechtvaardig tegenover verzekerden die geen vergoeding (hebben) ontvangen. Het maken van één uitzondering kan dan uiteindelijk grote gevolgen hebben.
- 
- 5.5. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat sprake moet zijn van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis, waarbij aantoonbaar moet zijn dat er een relatie is tussen de klachten en de stoornis. Een medische indicatie vormt niet zonder meer een verzekeringsindicatie. De ziektekostenverzekeraar herhaalt dat een verwijsbrief van de huisarts ontbreekt. Daarnaast is de ingreep niet voorafgaand aangevraagd, waardoor een en ander thans niet meer te beoordelen is.
- 
- 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 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 gehouden is de onderhavige operatie te vergoeden, 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 naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 e.v. van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 19 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op plastische en/of reconstructieve chirurgie bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"Uw recht op geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 14 (Medisch specialistische zorg) omvat behandeling van plastisch-chirurgische aard, als het gaat om correctie van:

- 1. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;*
 - 2. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, een ongeval of een geneeskundige verrichting;*
- (...)*

Verwijsbrief

Huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist of kaakchirurg.

Toestemming

U hebt voorafgaande toestemming nodig. Bij de aanvraag moet u een toelichting van uw behandelend medisch specialist meesturen. De toestemmingsprocedure kunt u terugvinden in artikel 1.9 van deze voorwaarden."

8.4. In artikel 1.9 van de zorgverzekering is bepaald dat de verzekerde soms een verwijzing, voorschrift en/of voorafgaande schriftelijke toestemming nodig, waaruit blijkt dat hij/zij is aangewezen op de zorg. Dit artikel luidt als volgt:

"Voor sommige vormen van zorg hebt u een verwijzing, voorschrift en/of voorafgaande schriftelijke toestemming nodig, waaruit blijkt dat u bent aangewezen op de zorg. Dit geven wij aan in het betreffende zorgartikel.

Een verwijzing, voorschrift en/of voorafgaande toestemming is niet nodig voor acute zorg, dat wil zeggen zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld.

Verwijzing of voorschrift

Staat in het zorgartikel dat u een verwijzing of voorschrift nodig hebt? Dan kunt u die vragen aan de zorgaanbieder die we in het artikel noemen. Vaak is dat de huisarts.

Toestemming

U hebt in een aantal gevallen onze voorafgaande toestemming nodig. Deze toestemming noemen we ook wel een machtiging. Als u vooraf geen toestemming hebt gekregen, hebt u geen recht op (vergoeding van de kosten van) de zorg.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg een overeenkomst hebben gesloten?

Dan hoeft u niet zelf toestemming bij ons aan te vragen. Uw zorgaanbieder beoordeelt in dit geval of u voldoet aan de voorwaarden en/of hij vraagt voor u toestemming bij ons aan.

Het kan zijn dat u om privacyoverwegingen liever zelf toestemming bij ons aanvraagt. U kunt uw aanvraag dan ook rechtstreeks bij ons indienen. Ons adres vindt u voor in de voorwaarden. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Dan moet u zelf bij ons toestemming aanvragen."

- 8.5. De artikelen 1.9 en 19 van de zorgverzekering zijn volgens de artikelen 2.3, 2.9 en 2.10 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.
Behandeling van plastisch chirurgische aard is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.1 Rzv.
- 8.7. 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. Ingevolge artikel 19 van de zorgverzekering bestaat aanspraak op een behandeling van plastisch chirurgische aard indien een (verzekerings)indicatie aanwezig is in de vorm van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis dan wel verminking als gevolg van een ziekte, aandoening of geneeskundige verrichting. In dit artikel is tevens bepaald dat voorafgaande toestemming is vereist en een verwijfsbrief van de huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist of kaakchirurg.
- 9.2. Verzoekster heeft een brief van de huisarts van 25 november 2014 in de procedure gebracht. De operatie had toen echter al plaatsgevonden. Daarom kan deze brief niet worden aangemerkt als verwijfsbrief van de huisarts voor de onderhavige ingreep.
- 9.3. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar voorafgaand aan de ingreep niet om toestemming gevraagd. Gebleken is dat dit vereiste wordt gesteld zodat de ziektekostenverzekeraar kan bepalen of sprake is van een verzekeringsindicatie in de vorm van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of verminking.
- 9.4. Verzoekster heeft in dit kader gesteld dat zij vóór de ingreep last had van ademnood 's nachts, hoestbuien 's morgens, problemen met slikken, pijn op de borst en in het midden van de rug, pijn in de nek, maagzuur, en bij het lezen van een boek of de krant zat haar 'onderkin' dusdanig in de weg dat zij het benauwd kreeg. Na de operatie waren veel van deze klachten verdwenen. De commissie is van oordeel dat uit het dossier onvoldoende is gebleken dat voornoemde klachten zijn aan te merken als aantoonbare lichamelijke functiestoornissen, zoals bedoeld in de zorgverzekering, die werden veroorzaakt door de onderkin. Aangezien de ingreep al is uitgevoerd, is thans niet meer vast te stellen of sprake is geweest van aantoonbare lichamelijke functiestoornissen.
- 9.5. In de onderhavige situatie is gesteld noch gebleken dat sprake was van verminking.

- 9.6. Gelet op het vorenoverwogene heeft verzoekster geen verzekeringsindicatie voor de onderhavige halscorrectie, zodat zij op grond van de zorgverzekering geen aanspraak kan maken op vergoeding van de kosten van deze operatie.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

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

Coulance

- 9.8. Voor zover het verzoek betrekking heeft op de mogelijkheid van een coulancevergoeding, is de commissie niet bevoegd. Het al dan niet toekennen van een zodanige vergoeding behoort in beginsel tot het eigen beleid van de ziektekostenverzekeraar, tenzij sprake zou zijn van willekeur. Dit laatste is echter gesteld noch gebleken.

Conclusie

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

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 15 juli 2015,

H.A.J. Kroon