



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen N.V. Univé Zorg te Arnhem
Zaak : EU-EER, België, geneeskundige zorg, plastische chirurgie, neuscorrectie, hoogte
vergoeding
Zaaknummer : 201702171
Zittingsdatum : 29 augustus 2018

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2017, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2017)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen









N.V. Univé Zorg te Arnhem, hierna 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 Univé Zorg Vrij Polis (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 Collectief Aanvullend Goed afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek. De eveneens door verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar afgesloten aanvullende verzekering Tand Goed 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 vergoeding van de kosten van een rinoplastiek ten bedrage van € 5.082,-, uitgevoerd te Bornem, België (hierna: de aanspraak). Bij brief van 28 november 2017 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 20 december 2017 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 brieven van 8 maart 2018 en 9 maart 2018 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 juni 2018 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 21 juni 2018 aan verzoekster gezonden.
-  3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 28 juni 2018 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 9 juli 2018 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
-  3.8. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10, negende lid, 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 22 juni 2018 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 19 juli 2018 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2018032195) 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 voor de uitgevoerde neuscorrectie naar alle waarschijnlijkheid een (verzekerings)indicatie - in de vorm van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis - had. Deze conclusie heeft het Zorginstituut als volgt toegelicht: *"De ernst van de problematiek is op basis van de beschikbare gegevens niet te beoordelen, omdat de operatie inmiddels is uitgevoerd zal dit ook niet meer mogelijk zijn. Wel kan in dit geval gesproken worden van een chronische obstructie van de neusdoorgankelijkheid."* Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 20 juli 2018 aan partijen gezonden.
-  3.10. Bij brief van 27 juli 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar de commissie medegedeeld als nog over te gaan tot vergoeding van de bij verzoekster uitgevoerde ingreep. Ook is hij bereid het betaalde entreegeld van € 37,- aan verzoekster te vergoeden. Desgevraagd heeft de ziektekostenverzekeraar bij e-mailbericht van 2 augustus 2018 de commissie medegedeeld dat de vergoeding € 1.738,44 bedraagt en dat hij hierbij is uitgegaan van DBC-zorgproductcode 109799008. Afschriften van de nagekomen stukken zijn aan verzoekster gezonden, waarbij haar is gevraagd of hiermee het geschil is opgelost. Verzoekster heeft bij e-mailbericht van 6 augustus 2018 medegedeeld dat zij het niet eens is met de hoogte van de vergoeding. Een afschrift van deze reactie is op 10 augustus 2018 ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
-  3.11. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 29 augustus 2018 telefonisch gehoord.
-  3.12. Ter zitting heeft de commissie met partijen afgesproken dat de ziektekostenverzekeraar de gelegenheid wordt geboden de hoogte van de vergoeding voor de ingreep te herbeoordelen. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 13 september 2018 over de uitkomst van zijn heroverweging geïnformeerd. Een afschrift hiervan is op 19 september 2018 aan verzoekster gestuurd, waarbij zij in de gelegenheid is gesteld hierop binnen een termijn van veertien dagen te reageren. Verzoekster heeft bij e-mailbericht van 20 september 2018 van de geboden mogelijkheid gebruik gemaakt. Een afschrift hiervan is op 26 september 2018 ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
-  3.13. Bij brief van 26 september 2018 heeft de commissie het Zorginstituut afschriften van de aantekeningen van de hoorzitting en de nagekomen stukken gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen en nagekomen stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 3 oktober 2018 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen en de nagekomen stukken geen aanleiding vormen tot aanpassing van het advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd. Het Zorginstituut heeft hierbij aangetekend dat hij geen adviesbevoegdheid heeft inzake de hoogte van de vergoeding van de uitgevoerde neuscorrectie.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. De behandelend plastisch chirurg heeft op 7 november 2016, 12 november 2017 en 9 februari 2018 het volgende over verzoekster verklaard: “(...) Op 14 [j]uni 2016 zag ik patiënte met een iatrogene schade aan haar neus. Status na forse resectie van de neusrug en benige piramide met buiten proportionele tiplifting met onregelmatige hoge asymmetrische domes. Status presens: ernstige septum deviatie met convexiteit naar rechts resulterend in verminderde neus passage rechts. Op 12-10-2016 werd een in- [en] uitwendige neuscorrectie uitgevoerd onder algehele anesthesie via orotracheale intubatie met septum correctie via hemitransfixtie incisies en een total delivery van de domes[.] Dissectie van septum + spina nasalis + apertura piriformis. Osteotomieën van de benige piramide. Resectie van het kraakbenige septum op de grens van vomer en septum en aan de caudale zijde ter plaatse van de spina nasalis anterior. Repositionering van de benige piramide. Spreader grafts t[.]p.v[.] het septodorsale. Cephale rimstrip van de domes en fixatie in de juiste 3D positie. Sluiting dmv 4x0 Vycril rapide[.] Packing en splinting d.m.v. thermoplastische neus kapje. Patiënte komt in aanmerking voor teruggave wegens functionele neuscorrectie aan de door u gehanteerde kostenvergoeding voor een uitgebreide septo-rinoplastiek. (...)” “(...) Voor uw informatie een korte ziektegeschiedenis van bovengenoemde patiënt[e]: Patiënt[e] onderging in Turkije in 2004 een esthetische neuscorrectie met een dramatisch resultaat. Door excessieve reductie van de benige piramide, het septo-dorsale en caudale deel van het septum. Resultierend in een neustip lift met "inkijk" in de nares plus passage stoornis Re > Li wegens klepfunctie verlies en septum deviatie. Op 19-07-2016 werd door mij het caudale septum verlengd door spreadergrafts en het gehele septum in het midden gebracht waarna de tip in de juiste 3D positie kon worden geplaatst de 'open roof' van de benige piramide kon worden gesloten d.m.v. low to low laterale osteotomieën. Postoperatieve genezing was voorspoedig door zwelling van het vestibulaire slijmvlies behield de patiënt[e] tijdelijke passage stoornis en er bestond nog een kleine zijwaar[t]se deviatie van het rechter deel van de benige piramide ter plaatse van de K-zône. Op 27-10-2016 werd bij patiënte een conchae reductie uitgevoerd ter verbetering van de neus passage samen met een hernieuwde laterale osteotomie rechts. 16-05-2017 Functioneel en esthetisch[e] werd er een goed post-operatief resultaat bereikt. Ik zag patiënt recent op een herhalingsconsult d.d. 24-10-2017: door litteken contractie en intrinsieke cartilagineuze spanning (septo-dorsale kraakbeen) is een storende deviatie ontstaan. De voorgestelde behandeling: Verdere dorsum correctie d.m.v. een DCF procedure (diced cartilage fascia) als onlay op het cartilago septodorsale. Nogmaals een en ander is een herstel van functie van iatrogene gemaltraiteerde neus door grove dorsum resectie en excessieve tiplift. Indien u voor een betere beoordeling een CT-scan prefereert om tot een goede beslissing te komen betreffende de terugbetaling van de kosten van 5082 euro aan de patiënt[e], zal ik deze laten vervaardigen. (...)” “(...) In de brief van 07-11-16 (zie bijlage) staat 'ernstige septum deviatie met convexiteit naar rechts resulterend in verminderde neuspassage rechts' In de brief van 22-11-17 (zie bijlage) staat 'op een herhalingsconsult d[.]d[.] 24-10-2017 door litteken contractie en intrinsieke cartilagineuze spanning (septo-dorsale kraakbeen) is een storende deviatie ontstaan' Mijn excuses als dit niet duidelijk was, maar dit betekent dat er door scheefstand van het neustussenschot een neuspassagestoornis was voorafgaand aan de eerste operatie (d[.]d[.] 12-10-16) en dat er door de genezing met littekenweefsel nog steeds een neuspassagestoornis was door scheefstand van het neustussenschot, welke d[.]m[.]v[.] de laatste operatie (d[.]d[.] 04-12-17) is opgeheven zo lijkt het vandaag de dag 09-02-18, daar de patiënt aangeeft nu goed te kunnen ademen (...)”
- 4.2. De behandelend keel-, neus-, en oorarts (verder: KNO-arts) heeft in zijn verslag van 20 januari 2017 het volgende vermeld: “**Anamnese** voorgeschiedenis: 1996 FESS beiderzijds, conchareductie, ad (Gar). 2004 cosmetische neusoperatie Turkije. Stevens wil niet opnieuw opereren. Is in België (...) bij dr geweest. 10-2016: in- en uitwendige neuscorrectie. O.a. spreader grafts geplaatst. 10-2016 heroperatie!; geen verslag van. Hierna neus wel wat rechter. Neus links verstopt. Klapt rechts dicht. Klein beetje lucht door. Droge mond in de nacht. Verzekeraar heeft niet vergoed. 5000 euro betaald. Advies was 1 jaar wachten. Ergste in de nacht. (...) **Lichamelijk onderzoek** neus van opzij recht, van voor ook redelijk. Septum ant wat naar links. **Diagnose** status na meerdere cosmetische

*neusoperatie[s]. **Beleid** sowieso 1 jaar wachten. Voor evt vergoeding toch nog brief dr belgie opvragen. Airmax voor nacht proberen. Ik ga geen nieuwe operatie doen."*

- 4.3. Verzoekster heeft in 2016 een neusoperatie ondergaan ter behandeling van een neuspassagestoornis. Deze stoornis is nadien blijven voortbestaan waardoor verzoekster niet tot nauwelijks door haar neus kon ademen. Dit had tot gevolg dat zij last had van constante hoofdpijn, chronische ontstekingen, een verminderde concentratie op haar werk, verhoogde stress, slaapproblemen, een droge mond en een verminderd functioneren. Deze klachten konden alleen worden verholpen met een nieuwe operatie, waarvoor verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar een machtiging heeft aangevraagd. De betreffende aanvraag is door hem afgewezen. In vervolg hierop heeft verzoekster op 4 december 2017 een heroperatie ondergaan te Bornem, België. Al haar klachten zijn sindsdien verdwenen en de kwaliteit van leven is enorm vergroot. Verzoekster meent dat de ziektekostenverzekeraar de kosten van de neuscorrectie mede op basis hiervan alsnog moet vergoeden. Verder voert zij het volgende aan.
- 4.4. Uit de overgelegde verklaringen en de verwijzing blijkt dat de heroperatie in het geval van verzoekster medisch noodzakelijk was en dat bij haar een passagestoornis aan de orde was. Ook blijkt dit laatste uit de tekst *"Neus links verstopt. Klapt rechts dicht. Klein beetje lucht door."* In het genoemde verslag van de KNO-arts is vermeld dat bij haar vóór de ingreep sprake was van een sterk verminderde doorgankelijkheid van de neus. Aangezien verzoekster op 12 oktober 2016 is geopereerd aan haar neus en de heroperatie op 4 december 2017 heeft plaatsgevonden, was deze verminderde doorgankelijkheid ten minste een jaar aanwezig. Verzoekster merkt hierbij op dat in de 'Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch-chirurgische aard' van de Vereniging voor artsen, tandartsen en apothekers werkzaam bij (zorg)verzekeraars (hierna: VAGZ Werkwijzer) van 2012 niet de termijn van minstens een jaar is vermeld.
- 4.5. De ziektekostenverzekeraar weegt de overgelegde verklaringen volgens verzoekster selectief. Dit heeft bij haar de indruk gewekt dat hij een reden zoekt om de kosten van de heroperatie niet te vergoeden. Verzoekster meent dat de ziektekostenverzekeraar aan alle overgelegde medische verklaringen evenveel gewicht moet toekennen. Thans baseert hij zijn afwijzing op één van de overgelegde verklaringen, waarin de plastisch chirurg in vervolg op de neusoperatie in 2016 heeft vermeld dat functioneel een goed post-operatief resultaat bij haar was bereikt. Volgens verzoekster heeft de plastisch chirurg haar evenwel direct na de operatie in 2016 medegedeeld dat bij haar nog steeds sprake was van een passagestoornis. Dit heeft hij tijdens de consulten die nadien hebben plaatsgevonden ook steeds herhaald. Verzoekster denkt dat de plastisch chirurg het bestaan van de passagestoornis niet in de betreffende verklaring heeft vermeld, omdat hij in verband met het genezingsproces pas na een jaar kon vaststellen of deze blijvend van aard was en of een nieuwe operatie noodzakelijk was. Zij merkt hierbij nog op dat een verklaring van juni 2017 niets zegt over de passagestoornis ten tijde van de heroperatie in december 2017.
- 4.6. De kosten van de neuscorrectie die verzoekster in 2016 heeft ondergaan heeft de ziektekostenverzekeraar niet vergoed, omdat zij vooraf geen toestemming voor deze ingreep aan hem had gevraagd. Bij deze beslissing kan zij zich om die reden neerleggen. Voor de onderhavige heroperatie heeft verzoekster wél vooraf toestemming aan de ziektekostenverzekeraar gevraagd en daarbij alle noodzakelijke stukken overgelegd, zodat zij zich met de afwijzing niet kan verenigen.
- 4.7. Bij e-mailbericht van 6 augustus 2018 heeft verzoekster, in reactie op de brief van de ziektekostenverzekeraar van 27 juli 2018 en het e-mailbericht van 2 augustus 2018, medegedeeld dat met de vergoeding van € 1.738,44 het geschil nog niet is opgelost. Hoewel verzoekster blij is met deze vergoeding, heeft zij uit telefoongesprekken met medewerkers van de ziektekostenverzekeraar begrepen dat als de ingreep wordt vergoed, het zou gaan om 80 percent van de totale kosten. Omdat de ingreep € 5.082,-- heeft gekost, zou dit neerkomen op een vergoeding van ongeveer € 4.000,--.
- 4.8. Ter zitting heeft verzoekster haar standpunt herhaald.

4.9. In reactie op de door de ziektekostenverzekeraar overgelegde factuur met betrekking tot de ingreep van € 1.150,--, heeft verzoekster gesteld dat dit bedrag een bancaire aanbetaling betreft. Op de dag van de uitvoering van de neuscorrectie heeft zij in het ziekenhuis € 3.932,-- contant betaald. Verzoekster heeft in dit verband een andere factuur met betrekking tot de ingreep overgelegd. De kosten bedragen totaal € 5.082,-- en verzoekster vindt het jammer dat de ziektekostenverzekeraar haar neerzet als leugenaar door hieraan te twijfelen.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Verzoekster heeft een machtiging gevraagd voor een heroperatie aan haar neus, uit te voeren te Bornem, België. De zorgverzekering biedt dekking voor de kosten van zorg in het buitenland indien deze zorg voldoet aan de vastgestelde richtlijnen van de betreffende Nederlandse beroepsgroep. Volgens de ziektekostenverzekeraar voldoet de indicatie van verzoekster niet aan deze richtlijnen en blijkt niet dat de heroperatie medisch noodzakelijk was. Hij heeft haar aanvraag daarom afgewezen. Nadien heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat de zorgverzekering dekking biedt voor een neuscorrectie indien bij betrokkene sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of verminking. Of betrokkene aan de daarbij geldende voorwaarden voldoet, beoordeelt de ziektekostenverzekeraar aan de hand van de VAGZ Werkwijzer.

5.2. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar heeft geoordeeld dat bij verzoekster geen sprake is van verminking. Hierbij baseert hij zich op de verklaring van de behandelend plastisch chirurg van 16 mei 2017 en op eigen bevindingen. Ook een aantoonbare lichamelijke functiestoornis is niet aan de orde. De overgelegde foto's wijzen niet op het bestaan van een passagestoornis, hierop is een geringe deviatie en een symmetrisch beeld zichtbaar.

5.3. Aanvullend op voornoemde voorwaarden geldt dat bij betrokkene sprake moet zijn van een door een KNO-arts vastgestelde chronische, sterk verminderde doorgankelijkheid van de neus, die langer dan een jaar bestaat en waarbij conservatieve maatregelen onvoldoende effect hebben gehad. Ook aan deze voorwaarde wordt in de situatie van verzoekster niet voldaan, aangezien tussen de verklaring van de behandelend plastisch chirurg dat een functioneel goed postoperatief resultaat was bereikt en de datum waarop de ingreep is verricht nog geen jaar was verstreken.

5.4. Bij brief van 27 juli 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar, in reactie op het advies van het Zorginstituut, medegedeeld dat naar alle waarschijnlijkheid toch een verzekeringsindicatie bestond voor de gevraagde ingreep. In overleg met de medisch adviseur heeft de ziektekostenverzekeraar besloten alsnog een goedkeuring te verlenen voor de op 4 december 2017 uitgevoerde rhinoplastiek onder algehele narcose. De vergoeding bedraagt € 1.738,44 en deze is gebaseerd op DBC-zorgproductcode 109799008. De ziektekostenverzekeraar is ook bereid het betaalde entreegeld van € 37,-- aan verzoekster te vergoeden.

5.5. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar – daarnaar gevraagd – verklaard dat de vaststelling van de hoogte van de vergoeding voor de ingreep niet heeft plaatsgevonden met inachtneming van artikel 2.2 Bzv.

5.6. In vervolg op de hoorzitting heeft de ziektekostenverzekeraar - in het kader van een herbeoordeling van de hoogte van de vergoeding conform artikel 2.2. Bzv - de factuur van de neuscorrectie bij de betreffende zorgaanbieder opgevraagd. Uit deze factuur blijkt dat de kosten van de ingreep € 1.150,-- bedragen in plaats van het door verzoekster genoemde bedrag van €5.082,--. De ziektekostenverzekeraar vergoedt niet meer dan de daadwerkelijke kosten van de verrichte ingreep, zodat verzoekster aanspraak heeft op € 1.150,--. Hij benadrukt hierbij nog dat het niet waarschijnlijk is dat zij met dit bedrag niet bekend was, zodat hij erg onaangenaam verrast was door de factuur.

5.7. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 10 van de zorgverzekering en artikel 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 volledig althans, tot een hoger bedrag dan € 1.150,- 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 tot en met 39 van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 20 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op plastische en/of reconstructieve chirurgie bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“Omschrijving

Uw recht op vergoeding van de kosten van geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 15 (Medisch specialistische zorg) omvat behandeling van plastisch-chirurgische aard, als het gaat om:

1. correctie van afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;

2. correctie van verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, een ongeval of een geneeskundige verrichting;

(...)

Wat wordt bedoeld met behandelingen van plastische chirurgische aard?

Onder behandelingen van plastische chirurgische aard wordt verstaan: vorm- of aspect veranderende ingrepen van het uiterlijk. Deze ingrepen zijn niet beperkt tot het specialisme plastische chirurgie.

Wanneer hebt u recht op vergoeding van de kosten van behandelingen van plastisch-chirurgische aard?

In de ‘Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch-chirurgische aard’ vindt u een nadere toelichting wanneer u recht hebt op deze zorg bij de genoemde criteria. Deze werkwijzer is opgesteld door de Vereniging van artsen, tandartsen en apothekers werkzaam bij (zorg)verzekeraars (VAGZ), Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en het Zorginstituut Nederland. (...)

Verwijsbrief nodig van

Huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist of kaakchirurg.

Toestemming

U hebt vooraf toestemming nodig. Bij de aanvraag moet u een toelichting van uw behandelend medisch specialist meesturen. De toestemmingsprocedure vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.”

8.4. Artikel 9 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op zorg in het buitenland bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"(...)

9.3. Toestemmingsvereiste voor zorg in het buitenland

Wilt u zich in het buitenland laten behandelen? Als u voor deze behandeling 1 of meer nachten in een ziekenhuis of andere instelling wordt opgenomen, dan hebt u vooraf onze toestemming nodig. U hebt geen toestemming nodig als u onverwacht wordt opgenomen en de behandeling redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot u in uw woonland bent teruggekeerd. Als u 1 of meer nachten wordt opgenomen, dan moet u (laten) bellen met onze alarmcentrale. Het telefoonnummer vindt u op uw zorgpas en op onze website.

9.4. Verwijzing en/of toestemmingsvereiste

Is naast de toestemming voor het inroepen van zorg (artikel 9.3) nog specifiek een verwijzing, voorschrift en/of een toestemming vereist? Dan kunt u dit terugvinden in het betreffende zorgartikel (zie ook artikel 1.9)."

- 8.5. Artikel 1.5 van de zorgverzekering luidt:

"Zorgverlening door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten? Dan hebt u recht op vergoeding van de kosten van zorg tot maximaal de in Nederland geldende wettelijke Wmg tarieven. Als er geen Wmg-tarieven gelden, dan worden de kosten vergoed tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs."

- 8.6. De artikelen 1.5, 9 en 20 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2.9 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.7. Artikel 11, eerste lid, Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft. Degene die is verzekerd op basis van een zuivere restitutiepolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten. Degene die is verzekerd op grond van een naturapolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit de zorg of overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Naast zuivere restitutiepolissen en naturapolissen bestaan er combinatiepolissen, waarbij de invulling van de zorgplicht per dekkingsrubriek verschilt. Verzekerden op basis van een zuivere restitutiepolis hebben, op grond van artikel 2.2, tweede lid, onder b, Bzv aanspraak op vergoeding van de betreffende kosten, tenzij deze hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden passend is te achten. Voor de naturapolissen en combinatiepolissen stelt de zorgverzekeraar, overeenkomstig artikel 13, eerste en tweede lid, Zvw, de vergoeding vast in het geval de verzekerde gebruik maakt van een niet door de zorgverzekeraar voor die zorg of dienst gecontracteerde aanbieder, en deze neemt hij op in zijn verzekeringsvoorwaarden. Hierbij houdt de zorgverzekeraar rekening met eventueel van toepassing zijnde eigen bijdragen.

Behandeling van plastisch chirurgische aard is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.1 Rzv.

Artikel 2.2 Bzv luidt, voor zover hier van belang:

"1. De vergoeding van kosten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel b, [Zvw] omvat de kosten die de verzekerde heeft gemaakt voor zorg of overige diensten zoals die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15.

2. Bij het bepalen van de vergoeding worden in mindering gebracht:

(...)

b. de kosten die hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten."

- 8.8. 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.

8.9. Artikel 20 van Vo. nr. 883/2004 luidt, voor zover hier van belang:

"1. Tenzij in deze verordening anders is bepaald, moet een verzekerde die naar een andere lidstaat reist met het oogmerk gedurende zijn verblijf verstrekkingen te ontvangen, daarvoor toestemming van het bevoegde orgaan vragen.

2. Een verzekerde die van het bevoegde orgaan toestemming heeft gekregen om zich naar een andere lidstaat te begeven met het oogmerk om daar een voor zijn gezondheidstoestand passende behandeling te ondergaan, heeft recht op verstrekkingen die voor rekening van het bevoegde orgaan worden verleend door het orgaan van de verblijfplaats, volgens de door dit orgaan toegepaste wetgeving, alsof hij krachtens die wetgeving verzekerd was. De toestemming mag niet worden geweigerd wanneer de desbetreffende behandeling behoort tot de prestaties waarin de wetgeving van de lidstaat waar betrokkene woont, voorziet, en die behandeling hem, gelet op zijn gezondheidstoestand van dat moment en het te verwachten ziekteverloop, in laatstbedoelde lidstaat niet kan worden gegeven binnen een termijn die medisch verantwoord is. (...)"

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

9.1. Verzoekster is naar een andere EU-lidstaat, namelijk België, gegaan met het doel daar een neuscorrectie te ondergaan. Derhalve is sprake van planbare zorg. Op deze situatie ziet artikel 20 van Vo. nr. 883/2004. Verzoekster heeft voorafgaand aan de behandeling de ziektekostenverzekeraar om toestemming gevraagd. Hierop volgde een afwijzing omdat verzoekster volgens de ziektekostenverzekeraar geen (verzekerings)indicatie had voor een neuscorrectie.

9.2. Tussen partijen is inmiddels niet meer in geschil dat de aangevraagde behandeling een verzekerde prestatie vormt onder de zorgverzekering en dat verzoekster hiervoor een indicatie had. De ziektekostenverzekeraar heeft zich niet erop beroepen dat de in België uitgevoerde neuscorrectie tijdig in Nederland beschikbaar was. De gevraagde toestemming op grond van de verordening werd verzoekster derhalve - achteraf gezien - ten onrechte onthouden. Dit betekent dat de ziektekostenverzekeraar, gelet op het bepaalde in artikel 25 van Vo. nr. 987/2009, een tarifieringsverzoek zal moeten doen bij het Belgische uitvoeringsorgaan van de sociale ziektekostenverzekering. Afhankelijk van de uitkomst van dat tarifieringsverzoek, heeft verzoekster op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering aanspraak op aanvulling tot het Nederlandse tarief. Met betrekking hiertoe geldt het volgende.

9.3. Ter vaststelling van de hoogte van de vergoeding is de ziektekostenverzekeraar uitgegaan van het DBC-zorgproduct 109799008 met als omschrijving: *"Septumafwijkingen | Oper overig neus middel | Ademh bov luchtw overig (...)* Operatie neus en/of neustussenschot bij een afwijking aan het neustussenschot (...)". Het betreft een DBC-zorgproduct uit het zogenoemde B-segment, waarbij de tarieven vrij onderhandelbaar zijn. De ziektekostenverzekeraar heeft desgevraagd verklaard dat het bijbehorende tarief € 1.738,44 bedraagt. De ziektekostenverzekeraar heeft voor de betreffende zorg zorgaanbieders gecontracteerd, en heeft verwezen naar het tarief dat door hem met de gecontracteerde zorgaanbieders is afgesproken.

9.4. In artikel 11 Zvw wordt onderscheid gemaakt tussen zogenoemde naturapolissen en restitutiepolissen. Er zijn daarnaast combinatiepolissen met elementen van beide. Verzoekster heeft volgens artikel 1.1 van de zorgverzekering bij de ziektekostenverzekeraar een restitutiepolis afgesloten. Ten aanzien van de restitutiepolis geldt dat uit artikel 2.2, tweede lid, onderdeel b, Bzv volgt dat de

zorgverzekeraar gehouden is de gedeclareerde kosten van zorg of een andere dienst te vergoeden, tenzij de kosten hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten. Eerder heeft de commissie geoordeeld dat hierbij het hoogste (passanten)tarief voor de betreffende ingreep als uitgangspunt dient te worden genomen.

- 9.5. De ziektekostenverzekeraar heeft - na daartoe in vervolg op de zitting in de gelegenheid te zijn gesteld - de stelling betrokken dat hij niet gehouden is een hoger bedrag dan € 1.150,- te vergoeden, aangezien de daadwerkelijke kosten van de ingreep niet meer hebben bedragen. In dit verband heeft hij een factuur van de betrokken zorgaanbieder overgelegd. Verzoekster heeft de hoogte van de kosten van de ingreep betwist en een andere factuur van de zorgaanbieder aangeleverd. Hieruit blijkt dat zij voor de ingreep totaal € 5.082,- heeft betaald, waarvan het bedrag van € 1.150,- een bancaire aanbetaling betreft. Verzoekster heeft hiermee de stelling van de ziektekostenverzekeraar ten aanzien van de daadwerkelijke kosten van de ingreep gemotiveerd bestreden en aannemelijk gemaakt dat deze € 5.082,- hebben bedragen. Verzoekster heeft daarom, afhankelijk van de uitkomst van de tarifiering, aanspraak op aanvulling tot het hoogste (passanten)tarief dat in Nederland rechtsgeldig in rekening kan worden gebracht voor deze zorg. Hierbij wordt aangetekend dat de vergoeding nooit hoger kan zijn dan € 5.082,-, het bedrag dat verzoekster voor de ingreep verschuldigd was. Voor zover de vergoeding na tarifiering en eventueel aanvulling tot het - hogere - Nederlandse tarief niet toereikend mocht zijn, overweegt de commissie als volgt.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.6. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde zodat het verzoek niet op grond van die verzekering kan worden toegewezen.

Telefonische toezegging

- 9.7. Verzoekster heeft aangevoerd dat haar door medewerkers van de ziektekostenverzekeraar de toezegging is gedaan dat, als een vergoeding zou volgen, de hoogte hiervan 80 percent van het totale notabedrag is zodat haar in ieder geval ongeveer € 4.000,- moet worden vergoed. In de procedure is aangetoond noch aannemelijk gemaakt dat van de zijde van de ziektekostenverzekeraar, in afwijking van de verzekeringsvoorwaarden, bepaalde (telefonische) toezeggingen zijn gedaan. Daarbij hecht de commissie belang aan het feit dat door verzoekster in het bijzonder niet is toegelicht wanneer en met wie zij - kennelijk bij verschillende gelegenheden - heeft gesproken, nog daargelaten dat het moeilijk is de exacte vraagstelling en de beantwoording daarvan te reconstrueren, terwijl dan nog het probleem blijft hoe dit antwoord luidde, respectievelijk mocht worden opgevat. De beperking tot 80% geldt overigens niet bij restitutiepolissen, zoals de onderhavige zorgverzekering is. Deze beperking geldt wél bij naturapolissen, maar ziet dan op het zogenoemde Wmg-tarief, en derhalve niet op het bedrag van de nota.

Conclusie

- 9.8. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen, met dien verstande dat de ziektekostenverzekeraar dient over te gaan tot tarifiering, en dat verzoekster - afhankelijk van de uitkomst - aanspraak heeft op aanvulling tot het hoogste (passanten)tarief dat in Nederland voor deze zorg rechtsgeldig in rekening mag worden gebracht. De vergoeding zal echter nooit meer bedragen dan het door verzoekster voor de ingreep in België betaalde bedrag van € 5.082,-.
- 9.9. Aangezien het verzoek wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,- aan verzoekster te vergoeden.



10. Het bindend advies



10.1. De commissie wijst het verzoek toe als onder 9.8. overwogen.



10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,-- aan verzoekster dient te vergoeden.



Zeist, 10 oktober 2018,



H.A.J. Kroon

