



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen Menzis Zorgverzekeraar N.V. en Menzis N.V., beide te Wageningen
Zaak : Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, laserontharing oksels en schaamstreek, stand wetenschap en praktijk, intrekking telefonische toezegging
Zaaknummer : 201601470
Zittingsdatum : 2 november 2016

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden zorgverzekering 2015-2016, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2015-2016)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

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. Verzoekster was tot en met 31 december 2015 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering ZorgZó, en vanaf 1 januari 2016 tot heden op grond van de verzekering Menzis Basis Vrij (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 ExtraVerzorgd 2 en TandVerzorgd 500 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 laserontharing in de oksels en schaamstreek (hierna: de aanspraak). Bij brief van 18 april 2016 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 11 mei 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. Bij brief van 12 juni 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).
- 3.4. 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 11 augustus 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 12 augustus 2016 aan verzoekster gezonden.

- 3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 15 augustus 2016 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 10 oktober 2016 schriftelijk 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 de onderhavige zaak enkelvoudig wordt afgedaan.
- 3.8. Bij brief van 12 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 12 september 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016105124) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat laserontharing ter voorkoming van recidieven bij de behandeling van hidradenitis suppurativa geen behandeling is die voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 11 oktober 2016 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn uitgenodigd voor de hoorzitting van 2 november 2016. Ondanks daartoe deugdelijk te zijn uitgenodigd is verzoekster niet verschenen. De ziektekostenverzekeraar is op 2 november 2016 telefonisch gehoord en is daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut van 12 september 2016.
- 3.10. Bij brief van 3 november 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 11 november 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. Verzoekster is verschillende keren geopereerd aan haar oksels en schaamstreek in verband met chronische ontstekingen ter plaatse. Volgens de behandelend artsen worden de klachten grotendeels veroorzaakt door overbeharing.
- 4.2. Verzoekster heeft in december 2015 twee keer telefonisch contact gehad met een medewerker van de ziektekostenverzekeraar. Tijdens deze contacten heeft verzoekster gevraagd of een laserbehandeling en ontharing in verband met chronische ontstekingen door de ziektekostenverzekeraar worden vergoed. In antwoord op deze vraag heeft de betreffende medewerker verzoekster medegedeeld dat de kosten van de betreffende behandelingen worden vergoed ten laste van de zorgverzekering. Na deze mededeling is verzoekster met de laserontharing gestart.
- 4.3. Eind februari 2016 ontving verzoekster echter een e-mailbericht van de ziektekostenverzekeraar dat onjuiste informatie was gegeven en dat de betreffende behandelingen vanaf 25 februari 2016 niet meer worden vergoed. Verzoekster meent evenwel dat de laserontharing als één doorlopende behandeling moet worden gezien, aangezien een losse behandeling geen effect heeft. Dat de ziektekostenverzekeraar heeft besloten de behandelingen tot 25 februari 2016 te vergoeden, is dan ook alleen een doekje voor het bloeden. Gelet op de in december 2015 gedane toezegging is de ziektekostenverzekeraar gehouden alle behandelingen (zestien) ten bedrage van totaal € 1.320,- te vergoeden.
- 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. De ziektekostenverzekeraar stelt dat op grond van de zorgverzekering de inhoud en omvang van de verzekerde zorg onder andere wordt bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk. Het toenmalige College voor zorgverzekeringen (hierna: CVZ) heeft onderzoek gedaan naar de beschikbare literatuur en onderzoeken naar de effectiviteit en risico's van laserbehandelingen in het inguinaalgebied. De conclusie was dat laserontharing in het inguinaalgebied geen verzekerde prestatie is op grond van de zorgverzekering, omdat deze behandeling niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Er zijn onvoldoende gegevens over de effectiviteit van laserontharing.

5.2. Verzoekster heeft op 8 en 11 december 2015 telefonisch contact gehad met de Klantenservice. Hiervan is de volgende registratie gemaakt: "Mw. krijgt een behandeling in het ziekenhuis voor een laserbehandeling na verwijzing van ha. Mw. krijgt dit vanuit de BV. vergoed." Later is gebleken dat de gegeven informatie onjuist was. Om die reden heeft de ziektekostenverzekeraar verzoekster bij e-mailbericht van 24 februari 2016 medegedeeld dat de kosten van laserbehandelingen vanaf die datum niet meer worden vergoed. Voorts heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard de tot en met 24 februari 2016 ondergane behandelingen nog wel te zullen vergoeden, mits verzoekster de betreffende nota's aanlevert. Aangezien verzoekster vanaf 24 februari 2016 ervan op de hoogte was dat de kosten niet meer zouden worden vergoed, heeft zij geen aanspraak op vergoeding van de ná deze datum ondergane behandelingen.

5.3. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt herhaald.

5.4. 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 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 gehouden is 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 restitutiepols, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld op bladzijde 9 e.v. van de zorgverzekering.

8.3. Op pagina 32 en 33 van de zorgverzekering is de aanspraak op plastische chirurgie en reconstructieve chirurgie omschreven. De betreffende passage luidt, voor zover hier van belang:

"Welke zorg

U heeft recht op vergoeding van kosten van behandelingen van plastische chirurgische aard als het gaat om correctie van:

- *afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen,*

- *verminderingen die gevolg zijn van een ziekte, ongeval of een geneeskundige verrichting, (...)*

Welke zorgaanbieder

U kunt voor plastische chirurgie naar een ziekenhuis en de medisch specialist die daaraan verbonden is. U kunt ook naar een zelfstandig behandelcentrum (ZBC) als daaraan een medisch specialist verbonden is. (...)"

- 8.4. Op pagina 7 van de zorgverzekering is de inhoud en omvang van de zorg omschreven. De betreffende passage luidt:

"De inhoud en omvang van de zorg

De inhoud en omvang van de zorg in deze verzekeringsvoorwaarden wordt bepaald door wat zorgaanbieders 'plegen te bieden' en de stand van de wetenschap en de praktijk. Veel vormen van zorg zijn in de wet niet gedetailleerd omschreven. Deze vormen van zorg zijn aangeduid als zorg zoals een bepaalde beroepsgroep pleegt te bieden. Hiermee wordt de soort zorg aangegeven. Of een behandeling onder een verzekerde zorgvorm valt, wordt mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk.

Het voorgaande betekent dat u verzekerd bent voor die zorg die de betrokken beroepsgroep tot de aanvaarde verzameling van medische onderzoeks- en behandelingsmethoden rekent. Andere zorgvormen zijn wel gedetailleerd omschreven, zoals geneesmiddelen en hulpmiddelen. Ook hiervoor geldt dat deze zorgvormen alleen tot de verzekerde zorg behoren voor zover ze voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Bij sommige vormen van zorg ontbreekt een 'stand van de wetenschap', bijvoorbeeld bij zittend ziekenvervoer. Dan geldt een iets andere regel: u bent verzekerd voor hulp die in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten."

- 8.5. Het bepaalde op de bladzijden 7, 32 en 33 van de zorgverzekering is volgens artikel A1 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.6. 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. Plastische chirurgie is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.1 Rzv.

Artikel 2.1 lid 2 Bzv bepaalt dat de inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten mede wordt bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk dan wel, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

- 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.

- 8.8. Op bladzijde 54 van de aanvullende ziektekostenverzekering (2016) is bepaald dat aanspraak bestaat op epilatie, en de betreffende passage luidt, voor zover hier van belang:

"Epilatie door middel van elektrische stroom, laser en flitslicht maakt nagroei, na verwijdering van het haar, praktisch onmogelijk.

U krijgt 80% van de kosten van epilatie vergoed tot een maximumbedrag als er abnormale haargroei in het gezicht of de hals is. Dit maximum is voor de gehele verzekeringsduur:

(...)

Extra Verzorgd 2: € 500

(...)

U heeft recht op deze vergoeding als de behandeling wordt gegeven door of onder verantwoordelijkheid van een huidtherapeut of schoonheidsspecialist, die door Menzis is erkend."

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Mede gelet op het door de ziektekostenverzekeraar ingenomen standpunt, spitst het geschil zich toe op de vraag of laserontharing in de oksels en schaamstreek bij hidradenitis suppurativa voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 9.2. Bij de beantwoording van deze vraag sluit de commissie aan bij de in de medische wereld gangbare werkwijze waarbij het oordeel omtrent de gebruikelijkheid van medische behandelingen gebaseerd is op de beschikbare 'evidence' (hierna: bewijsvoering) omtrent die behandeling, die systematisch is gezocht en gewaardeerd volgens de principes van 'evidence-based medicine'. Dit is een proces van het systematisch zoeken, analyseren en kwalificeren van de bestaande onderzoeksbevindingen als basis voor een (klinische) beslissing, waarbij specifiek wordt gezocht naar de toepassing van de gevraagde behandeling bij de indicatie waarvoor de behandeling in het betreffende geval wordt gebruikt.
- Deze zoekstrategie richt zich op de internationale medisch-wetenschappelijke databases, de nationale en internationale richtlijnen en adviezen, gepubliceerde meningen van experts op het betreffende vakgebied en de bevindingen van buitenlandse zorgverzekeraars en andere relevante instanties. Er wordt met deze werkwijze zo volledig mogelijk gezocht naar alle literatuur, onderzoeken, artikelen en gezaghebbende gepubliceerde meningen en opvattingen betreffende de nieuwe behandeling in binnen- en buitenland.
- Bij de selectie en beoordeling van de gevonden artikelen wordt het niveau van de bewijskracht van de bevindingen vastgesteld en vindt een kritische analyse van de gevonden publicaties plaats. Hierbij wordt onder meer bekeken of een onderzoek methodologisch goed genoeg is om conclusies uit te trekken en bij de beslissingen te betrekken. Daarbij wordt er onder meer gelet op onderzoeksopzet, onderzoekspopulatie, controlegroep, randomisatie, blinding, mate van behandelingseffect, follow-up en statistische analyse.
- 9.3. Indien uit ten minste twee gerandomiseerd dubbelblind vergelijkend klinische onderzoeken, - dat zijn wetenschappelijke onderzoeken waarvan de objectiviteit, door willekeurige toepassing van het onderzoeksobject op de doelgroep, is gewaarborgd - van goede kwaliteit en van voldoende omvang blijkt dat de behandeling in kwestie (meer)waarde heeft ten opzichte van de klassieke behandeling, dan moet worden geconcludeerd dat het een gebruikelijke behandeling betreft in de internationale kring van beroepsgenoten.
- Indien geen gerandomiseerde studies worden aangetroffen en daarvoor plausibele, zwaarwegende argumenten aanwezig zijn, kunnen bewijsvoeringen van een lagere orde – waaronder vergelijkende studies, publicaties van gezaghebbende meningen van medisch specialisten en (behandel)richtlijnen van nationale en internationale medische beroepsgroepen – bij de beoordeling worden betrokken, waarbij kritisch wordt bekeken of deze bewijsvoering van voldoende gewicht is om een uitspraak te kunnen doen over de (meer)waarde van een behandeling.
- 9.4. Een onderzoek naar dergelijke kwalitatieve onderzoeken met betrekking tot de onderhavige behandeling is door het Zorginstituut uitgevoerd, en de bevindingen hiervan zijn in het advies van 12 september 2016 verwoord. De conclusie van het advies is dat laserontharing in verband met hidradenitis suppurativa niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en daarmee geen verzekerde prestatie vormt op grond van de zorgverzekering. De commissie neemt deze conclusie over en maakt deze tot de hare.

- 9.5. Aangezien geen sprake is van een verzekerde prestatie op grond van de zorgverzekering, kan de vraag of verzoekster beschikt over een (verzekerings)indicatie voor de behandeling - hetzij in de vorm van vermindering dan wel een aantoonbare lichamelijke functiestoornis - onbeantwoord blijven. Het voorgaande leidt ertoe dat de aanvraag voor vergoeding van de kosten van laserontharing ten laste van de zorgverzekering terecht door de ziektekostenverzekeraar is afgewezen.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.6. De door de aanvullende ziektekostenverzekering geboden dekking voor epilatie blijft beperkt tot de kosten van het verwijderen van overmatige haargroei in het gezicht en/of in de hals, zodat het verzoek reeds daarom niet op basis van deze verzekering kan worden toegewezen.

Telefonische toezegging

- 9.7. Verzoekster stelt dat zij in december 2015 twee keer telefonisch contact heeft gehad met een medewerker van de ziektekostenverzekeraar. Tijdens deze gesprekken heeft de betreffende medewerker toegezegd dat de laserbehandeling wordt vergoed. Door de ziektekostenverzekeraar is erkend dat in de betreffende gesprekken een dergelijke toezegging is gedaan. Echter, bij e-mailbericht van 24 februari 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoekster bericht dat de gegeven informatie onjuist is en dat vanaf 24 februari 2016 geen aanspraak meer kan worden gemaakt op vergoeding. Verzoekster meent dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is ook de ná 24 februari 2016 gemaakte kosten te vergoeden. Ten aanzien hiervan overweegt de commissie als volgt.
- 9.8. Als gezegd, staat vast dat eind 2015 aan verzoekster onjuiste informatie is verstrekt. In een dergelijke situatie staat het de ziektekostenverzekeraar naar het oordeel van de commissie vrij op een gedane toezegging terug te komen, mits hierbij een redelijke overgangstermijn in acht wordt genomen. De ziektekostenverzekeraar heeft het vertrouwen dat verzoekster aan de toezegging mocht ontleen weggenomen door haar bij e-mailbericht van 24 februari 2016 mede te delen dat de behandeling vanaf die datum niet meer wordt vergoed. Daarnaast heeft de ziektekostenverzekeraar in het betreffende e-mailbericht verklaard de tot 25 februari 2016 gemaakte kosten te vergoeden, mits verzoekster de betreffende nota's aanlevert. Dat verzoekster op 25 februari 2016 al afspraken had gepland voor nieuwe behandelingen is gesteld noch gebleken. Hetgeen overigens door verzoekster is aangevoerd, met name dat het hier feitelijk één doorlopende behandeling betreft, kan niet leiden tot een andere uitkomst. Zodoende is de commissie van oordeel dat de ziektekostenverzekeraar niet gehouden is meer behandelingen te vergoeden dan die welke vóór 25 februari 2016 hebben plaatsgevonden.

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, 23 november 2016,

J.A.M. Strens-Meulemeester