



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A, vertegenwoordigd door B, beiden te C, tegen IZA Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem
Zaak : Geneeskundige zorg, spataderbehandeling, Müller-methode, indicatie, schriftelijke toezegging
Zaaknummer : 201700857
Zittingsdatum : 27 september 2017

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2017, artt. 10, en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv)

1. Partijen

A, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door B, beiden te C,

tegen

IZA Zorgverzekeraar N.V. 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 verzekering IZA Eigen Keuze (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Genoemde verzekering is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

De eveneens ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar afgesloten aanvullende verzekering IZA Extra Tand 2 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 vergoeding van de kosten van een spataderbehandeling volgens de Müller-methode (hierna: de aanspraak). Door middel van een declaratieoverzicht 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 2 mei 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 brief van 1 juni 2017 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 stukken gevoegd.

3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 10 augustus 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 15 augustus 2017 aan verzoekster gezonden.

- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 17 augustus 2017 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 21 augustus 2017 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 15 augustus 2017 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 13 september 2017 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2017035932) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd de ziektekostenverzekeraar nader onderzoek te laten verrichten op de grond dat op basis van de ontvangen informatie niet kan worden vastgesteld of verzoekster in aanmerking komt voor vergoeding van een flebectomie volgens Müller. In de meegestuurde medische informatie wordt aangegeven dat een endoveneuze behandeling, die doorgaans het meest doelmatig is, niet mogelijk is. Een (medische) onderbouwing hiertoe ontbreekt echter. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 14 september 2017 aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 27 september 2017 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.11. Ter zitting is afgesproken dat de ziektekostenverzekeraar conform het advies van het Zorginstituut informatie zal opvragen bij de huisarts, het Antonius Ziekenhuis en Bergman Clinics. Verzoekster zal hiertoe een machtiging verlenen aan de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 12 december 2017 geïnformeerd over de uitkomst van het nader onderzoek. Een afschrift hiervan is op 13 december 2017 aan verzoekster gezonden.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
- 4.1. Verzoekster is bekend met spataders in haar benen. Op 9 februari 2017 is bij haar - in het kader van een second opinion - in het St. Antoniusziekenhuis een duplex-onderzoek uitgevoerd. De behandelend medisch specialist heeft verzoekster hierop geadviseerd bij Bergmans Clinics een spataderbehandeling volgens de Müller-methode te ondergaan. Op 5 april 2017 heeft de behandeling plaatsgevonden. Verzoekster heeft de factuur ten bedrage van € 500,- ter declaratie bij de ziektekostenverzekeraar ingediend. Deze heeft de declaratie afgewezen, volgens verzoekster ten onrechte.
- 4.2. Verzoekster stelt in dat verband in de eerste plaats dat sprake is van een medische noodzaak voor de behandeling en dat zij deze niet vanwege cosmetische redenen heeft ondergaan. Zij merkt in dit kader op dat de behandelend medisch specialist van het St. Antoniusziekenhuis een machtigingsaanvraag heeft opgesteld en hierbij de medische noodzaak van de behandeling heeft vermeld. De ziektekostenverzekeraar zou op 21 februari 2017 schriftelijk hebben gereageerd op de machtigingsaanvraag van de specialist. Het St. Antoniusziekenhuis en verzoekster hebben deze reactie, ondanks hun herhaaldelijke verzoeken daartoe, echter niet ontvangen. Voorts heeft de huisarts een verwijzing naar Bergmans Clinics gegeven. Verder voert verzoekster aan dat de ziektekostenverzekeraar de kosten van de eerste spataderbehandeling die zij bij Bergmans Clinics heeft ondergaan, te weten een bedrag van € 351,37, wél heeft vergoed, terwijl ook voor de door verzoekster in het verleden ondergane, soortgelijke spataderbehandelingen een vergoeding is verleend. Uit de door de ziektekostenverzekeraar overgelegde stukken blijkt bovendien niet dat de spataderbehandeling volgens de Müller-methode is uitgesloten van vergoeding. Daarnaast is tijdens een chatgesprek op 25 april 2017 met een medewerker van de ziektekostenverzekeraar aan de echtgenoot van verzoekster schriftelijk toegezegd dat de kosten van de spataderbehandeling zouden worden vergoed.

4.3. Verzoekster merkt nog op het vreemd te vinden dat zij tijdens het eerste bezoek aan Bergmans Clinics op 17 januari 2017 het document 'onverzekerde zorg' moest ondertekenen. Bergmans Clinics wist immers niet hoe verzoekster verzekerd was.

4.4. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat bij haar op 9 februari 2017 in het Antonius ziekenhuis een duplex-onderzoek is uitgevoerd, waarna zij aldaar een spataderbehandeling heeft ondergaan. Omdat deze behandeling niet het gewenste resultaat had, is verzoekster door de behandelend arts verwezen naar Bergman Clinics. Na een 'intake-gesprek' met een medisch specialist, is namens verzoekster een aanvraag ingediend voor een spataderbehandeling volgens de Müller-methode. Kort daarna ontving verzoekster een brief van de ziektekostenverzekeraar dat voor de gewenste behandeling geen toestemming nodig was, en hieruit heeft zij opgemaakt dat de behandeling zou worden vergoed. Verder heeft verzoekster aangevoerd dat het Zorginstituut ten onrechte stelt dat er geen endovasculaire behandeling heeft plaatsgevonden. Verzoekster heeft deze behandeling namelijk in 2015 ondergaan. Indien de ziektekostenverzekeraar meer informatie nodig heeft voor het door het Zorginstituut geadviseerde nader onderzoek, dan zal hij dit zelf moeten opvragen bij de huisarts, het Antonius ziekenhuis en Bergman Clinics. Op eerdere verzoeken om informatie die door verzoekster zelf zijn gedaan, is namelijk niet gereageerd.

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. Een spataderbehandeling komt voor vergoeding in aanmerking als wordt voldaan aan de door het Zorginstituut gestelde criteria, zoals met name ten aanzien van de lengte en de diameter van de 'lekkende' hoofdadere. Een spataderbehandeling volgens de Müller-methode wordt gebruikt om kleine tot middelgrote spataders te behandelen en is geen verzekerde zorg in de zin van de Zvw.

5.2. Bergmans Clinics is een gecontracteerde zorgaanbieder. Indien de zorg volgens de behandelend medisch specialist voor vergoeding vanuit de Zvw in aanmerking komt, zal de zorgaanbieder de declaratie rechtstreeks bij de ziektekostenverzekeraar indienen. De spataderbehandeling die verzoekster op 17 januari 2017 bij Bergmans Clinics heeft ondergaan, welke behandeling door de ziektekostenverzekeraar is vergoed, is geen spataderbehandeling volgens de Müller-methode. De behandeling is rechtstreeks bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd en valt onder de te verzekeren prestaties van de Zvw. Op 14 februari 2017 heeft de medisch specialist van het Sint Anthonius Ziekenhuis een aanvraag voor toestemming voor vergoeding van de spataderbehandeling volgens de Müller-methode bij de ziektekostenverzekeraar ingediend. Bij brief van 21 februari 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar medegedeeld dat het geen machtiging gebonden zorg betreft. Verwezen wordt naar het aanvraagformulier en genoemde brief. De ziektekostenverzekeraar merkt verder op dat hij op 19 mei 2017 telefonisch contact heeft gehad met Bergmans Clinics. Bij die gelegenheid is aan hem medegedeeld dat verzoekster voorafgaand aan de spataderbehandeling volgens de Müller-methode, namelijk tijdens de eerste behandeling op 17 januari 2017, op de hoogte is gebracht dat het geen verzekerde zorg betreft en dat de kosten voor haar rekening komen. Verzoekster heeft bovendien de verklaring 'onverzekerde zorg' ondertekend.

5.3. De ziektekostenverzekeraar merkt voorts op dat in de beslissing op het verzoek om heroverweging ten onrechte is vermeld dat uit het vergoedingenoverzicht blijkt dat de Müller-methode geen verzekerde zorg is. In het vergoedingenoverzicht wordt namelijk alleen de zorg genoemd die vanuit aanvullende verzekeringen wordt vergoed. Met betrekking tot het chatgesprek op 25 april 2017 geldt dat de betreffende medewerker de echtgenoot van verzoekster onjuist heeft geïnformeerd. De ziektekostenverzekeraar ziet ondanks de foutieve informatie die bij die gelegenheid is verstrekt echter geen aanleiding alsnog tot vergoeding over te gaan. Ten tijde van het chatgesprek was de behandeling al gestart, en verzoekster was

voorafgaand aan de behandeling door Bergmans Clinics ervan op de hoogte gesteld dat het geen verzekerde zorg betreft, zodat zij geen schade heeft geleden door af te gaan op de verstrekte informatie.

- 5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat een spataderbehandeling volgens de Müller-methode valt onder de aanspraak op medisch-specialistische zorg. In onderhavig geval is het de vraag of verzoekster een (verzekerings)indicatie heeft voor de behandeling. Het Zorginstituut heeft geadviseerd dit nader te onderzoeken. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar heeft hierop medegedeeld dat bij spataderen meestal een laserbehandeling wordt uitgevoerd, eventueel gevolgd door een vervolgbehandeling indien de klachten niet zijn verholpen. Dit te volgen traject is in overeenstemming met punt 9.2 van het document 'Afspraken over aanspraken en declaraties chronische oppervlakkige veneuze pathologie (spataderen)'. Desgevraagd merkt de ziektekostenverzekeraar op dat enkel de uitkomst van het duplex-onderzoek onvoldoende is om nader onderzoek te doen naar het bestaan van een (verzekerings)indicatie, aangezien verzoekster daarna nog is behandeld. De ziektekostenverzekeraar zal bij de huisarts, het Antoniusziekenhuis en bij Bergman Clinics nadere informatie opvragen.
- 5.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 12 december 2017 geïnformeerd over de uitkomst van het nader onderzoek. De ziektekostenverzekeraar heeft informatie opgevraagd bij de huisarts en bij het St. Antonius Spatadercentrum. Op grond van de ontvangen informatie heeft de medisch adviseur geconcludeerd dat het duplex onderzoek voor het rechter been geldt dat *"de VSM afwezig is en dat de VSP crosse suffiënt (1 5 cm onder de lies) is en verder richting knie afwezig is"*. Dit gedeelte voldoet niet aan de voorwaarden. Echter, onder de knie is de VSM wel aanwezig, zoals weergegeven is in de tekening met beide benen. De diameter van de insufficiënte VSM (reflux >0,5 sec) tak is 3,5 mm. De medisch adviseur wijst hierbij op punt 8 van bladzijde 9 van de afspraken over aanspraken en declaraties chronische oppervlakkige veneuze pathologie (spataderen). Daarom is de ziektekostenverzekeraar van oordeel dat verzoekster aanspraak heeft op vergoeding van de flebectomie van het rechter been van de VSM distaal van de knie. Hij gaat ervan uit dat dit deel van het been is behandeld. De nota van Berman Clinics bedraagt € 500,--. Op grond van de zorgverzekering wordt in de onderhavige situatie maximaal het in Nederland geldende WMG tarief vergoed, of als die er niet is, maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs. De ziektekostenverzekeraar is van mening dat DBC-zp 099799050 van toepassing is. Dit betekent dat hij de nota van € 500,-- volledig mag vergoeden. Dit bedrag wordt binnenkort aan verzoekster overgemaakt.

6. De bevoegdheid van de commissie


- 6.1. Gelet op artikel 10 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 alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering.

8. Beoordeling van het geschil


- 8.1. De commissie stelt vast dat de ziektekostenverzekeraar ná de hoorzitting, op grond van de door hem opgevraagde aanvullende informatie, heeft besloten dat verzoekster aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van de flebectomie van het rechterbeen van de VSM distaal van de knie, en dat daarom de nota van € 500,-- alsnog volledig wordt vergoed. Hiermee komt de ziektekostenverzekeraar volledig tegemoet aan het verzoek. Verzoekster heeft bij e-mailbericht



van 15 december 2017 aan de commissie medegedeeld akkoord te gaan met voornoemd voorstel. Daarom behoeft het verzoek geen verdere behandeling.




8.2. Aangezien het verzoek wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,- aan verzoekster te vergoeden.



9. Het bindend advies




9.1. De commissie stelt hetgeen onder 8.1 is omschreven vast.



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



Zeist, 20 december 2017,



H.A.J. Kroon