



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen OWM DSW Zorgverzekeraar U.A. te Schiedam
Zaak : EU-EER, België, geneeskundige zorg, medisch-specialistische zorg, bariatrische chirurgie, laparoscopische sleeve gastrectomie
Zaaknummer : 201701591
Zittingsdatum : 6 juni 2018

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en mr. H.A.J. Kroon)

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

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

OWM DSW Zorgverzekeraar U.A. te Schiedam, 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 Basisverzekering (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 AV-Top 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.

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 laparoscopische sleeve gastrectomie te Antwerpen, België (hierna: de aanspraak). Bij brief van 3 november 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 16 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 8 januari 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 27 maart 2018 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 27 maart 2018 aan verzoekster gezonden.

- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 9 april 2018 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. Nadien heeft zij medegedeeld toch liever telefonisch te worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 16 april 2018 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 27 maart 2018 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 17 april 2018 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2018015652) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat niet is gebleken dat verzoekster redelijkerwijs is aangewezen op een laparoscopische sleeve gastrectomie. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 17 april 2018 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 6 juni 2018 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.10. Bij brief van 7 juni 2018 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 18 juni 2018 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen geen aanleiding vormen tot aanpassing van het advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd. Hierbij heeft hij - daarnaar gevraagd door de commissie - toegelicht dat geen inhoudelijke redenen bestaan om voor een tweede bariatrische ingreep andere indicatiecriteria te hanteren dan voor een eerste. Een afschrift van dit advies is op 18 juni 2018 aan partijen gezonden. Zij zijn hierbij in de gelegenheid gesteld binnen tien dagen op het definitief advies te reageren. Partijen hebben op 21 juni 2018 respectievelijk 22 juni 2018 op het definitief advies gereageerd. Afschriften van deze reacties zijn ter kennisname aan de wederpartijen gezonden.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
- 4.1. Verzoekster heeft bij brief van 19 oktober 2016 aan de ziektekostenverzekeraar een machtiging gevraagd voor een laparoscopische sleeve gastrectomie. Bij deze aanvraag had zij een verklaring van de behandelend chirurg gevoegd, waarop, voor zover hier van belang, het volgende was vermeld: *"Ik zag bovenvermelde patiënte terug op de raadpleging Bariatrische Heelkunde op 24/02/2016 met de klacht van ernstige obesitas ondanks haar gastric bypass. Patiënte weegt nog steeds 88kg voor een lengte van 1m67. Tevens heeft patiënte een ernstig rughernia. Gezien al deze gegevens werd besloten dat patiënte om medische redenen in aanmerking komt voor een laparoscopische sleeve gastrectomie na een gastric bypass."* De ziektekostenverzekeraar heeft de aanvraag afgewezen. Nadien heeft verzoekster een aanvullende verklaring van de chirurg aan hem overgelegd, waarin, voor zover hier van belang, het volgende was vermeld: *"[verzoekster] onderging in 2005 een laparoscopische gastric bypass. Hierna verminderde haar gewicht tot 69kg. Momenteel weegt patiënte ondanks deze ingreep 89kg. Patiënte volgde hierna diverse diëten en deed aan sport, echter zonder het gewenste resultaat. Technisch onderzoek in 2016 dmv RX slokdarm/maag/duodenum toonde een uitgezette maagpouch. Dit is de reden van haar gewichtstoename, de enige oplossing hiervoor is het versmallen van de maagpouch dmv een sleeve gastrectomie."* Ondanks deze tweede verklaring, heeft de ziektekostenverzekeraar zijn afwijzing van de aanvraag gehandhaafd. Verzoekster is het met deze beslissing niet eens.
- 4.2. Verzoekster heeft in augustus 2005 een gastric bypass ondergaan te Antwerpen, België. Nadien is zij 43 kilo afgevallen. Bij de medische controle op 24 februari 2016 bleek dat de maag van verzoekster was uitgerekt. Als gevolg hiervan is zij weer in lichaamsgewicht aangekomen. De uitgerekte maag kan worden gereduceerd met een laparoscopische sleeve gastrectomie. Verzoekster benadrukt dat zij deze hersteloperatie, gelet op haar gezondheid, hard nodig heeft. Zij is dan ook erg teleurgesteld dat de ziektekostenverzekeraar de door haar aangevraagde machtiging voor een laparoscopische sleeve gastrectomie niet heeft verleend. Dit geldt te meer, omdat hij

verzoekster niet heeft gehoord en hij niet de moeite heeft genomen zich meer te verdiepen in haar aanvraag. Ook heeft zij de indruk dat haar aanvraag is beoordeeld als een aanvraag voor een machtiging voor een eerste gastric bypass. Volgens verzoekster moet de ziektekostenverzekeraar niet alleen naar de toepasselijke medische richtlijnen kijken. Voorts had hij contact kunnen zoeken met de behandelend chirurg, zodat deze hem de noodzaak van de ingreep kon toelichten, en kunnen nagaan wat de kosten van de onderhavige ingreep zijn. Verzoekster stelt voor dat de ziektekostenverzekeraar dit alsnog doet. Hierbij merkt zij op dat de kosten van een laparoscopische sleeve gastrectomie om en nabij € 2.500,- lager zijn dan die van een gastric bypass, die zij - indien de ziektekostenverzekeraar de laparoscopische sleeve gastrectomie niet vergoedt - waarschijnlijk in de toekomst nogmaals moet ondergaan.

4.3. Ter zitting is door verzoekster benadrukt dat de chirurg, mede gelet op het feit dat zij op meerdere manieren heeft geprobeerd om af te vallen, de ingreep bij haar medisch noodzakelijk vindt. Ten aanzien van de stelling van de ziektekostenverzekeraar dat haar Body Mass Index (verder: BMI) (nog) niet hoog genoeg is, merkt zij op dat zij juist wil voorkomen dat haar BMI hoger wordt.

4.4. In reactie op het definitief advies van het Zorginstituut heeft verzoekster er op gewezen dat haar verzoek betrekking heeft op een tweede bariatrische ingreep en niet op een eerste. Zij betreurt dat niet verder wordt gekeken dan de standaard indicatiecriteria.

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 wenst in aanmerking te komen voor een laparoscopische sleeve gastrectomie. Aanspraak op zorg bestaat indien betrokkene hierop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. Dit wordt mede beoordeeld op basis van de doelmatigheid en doeltreffendheid. De inhoud en omvang van de verzekerde zorg op grond van de zorgverzekering wordt, gelet op artikel 2.1, tweede lid, Besluit zorgverzekering (verder: Bzv), voorts mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk.

5.2. De onderhavige ingreep voldoet volgens de ziektekostenverzekeraar bij de indicatie van verzoekster niet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Deze stelling heeft hij gebaseerd op de richtlijnen van de International Federation for the Surgery of Obesity. Volgens deze internationaal vastgestelde richtlijnen moet betrokkene aan enkele criteria voldoen om in aanmerking te komen voor vergoeding van een bariatrische ingreep. In het onderhavige geval zijn de volgende criteria van belang:

- sprake moet zijn van een BMI groter of gelijk aan 40, of
- sprake moet zijn van een BMI tussen de 35 en de 40 met ernstige comorbiditeit.

Aangezien bij verzoekster een BMI van 31,5 aan de orde is, bestaat geen aanspraak op een laparoscopische sleeve gastrectomie. De ziektekostenverzekeraar merkt hierbij op dat doelmatigheid geen rol speelt in zijn beslissing.

5.3. Dat de ingreep volgens de behandelend chirurg noodzakelijk is, wil niet zeggen dat deze een verzekerde prestatie op grond van de zorgverzekering vormt. De beoordeling of hiervan sprake is, ligt bij de ziektekostenverzekeraar.

5.4. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar - daarnaar gevraagd - ter aanvulling aangevoerd dat de criteria uit voornoemde richtlijn ook gelden voor een tweede bariatrische ingreep. Tevens heeft hij toegelicht dat bij de beoordeling of aanspraak bestaat op een laparoscopische sleeve gastrectomie de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden leidend zijn en niet de kosten van deze ingreep.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op artikel 14 van de 'Voorwaarden' van de zorgverzekering en artikel 13 van de 'Voorwaarden' 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 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 in de artikelen 16 tot en met 42 van de 'Voorwaarden' van de zorgverzekering.
- 8.3. Artikel 18a van de 'Voorwaarden' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"lid 1 Algemeen

Dit artikel beschrijft de medisch-specialistische zorg. Binnen de medisch-specialistische zorg onderscheiden we:

- *medisch-specialistische zorg met opname (klinisch) en zonder opname (niet-klinisch) (zie lid 2);*
- *behandelingen van plastisch-chirurgische aard (zie lid 3).*

(...)

lid 2 Klinische en niet-klinische medisch-specialistische zorg

lid 2.1 Te vergoeden zorgkosten

lid 2.1.1 Medisch-specialistische zorg met opname (klinische zorg)

Wij vergoeden een opname in de laagste klasse van een ziekenhuis (instelling voor medisch-specialistische zorg) voor maximaal 1.095 dagen. Onder de vergoeding vallen de medisch-specialistische behandeling, het verblijf indien dit medisch noodzakelijk is in verband met de medisch-specialistische zorg, de verpleging en de verzorging. Ook vergoeden wij tijdens de periode van opname de paramedische zorg (bijvoorbeeld fysiotherapie, oefen therapie, ergotherapie, logopedie of dieetadvisering), de geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen.

Bij de telling van de 1.095 dagen gelden de volgende regels:

- a. wordt uw opname korter dan 31 dagen onderbroken, dan tellen de dagen dat de onderbreking duurt niet mee bij de 1.095 dagen. Wel wordt na de onderbreking verder geteld;*
- b. wordt uw opname langer dan 30 dagen onderbroken, dan beginnen we opnieuw te tellen en heeft u na die onderbreking dus weer recht op vergoeding van de zorg voor 1.095 dagen;*
- c. wordt uw opname onderbroken voor weekend- en vakantieverlof, dan tellen deze dagen van onderbreking mee bij de 1.095 dagen.*

lid 2.1.2 Medisch-specialistische zorg zonder opname (niet-klinische zorg)

Wij vergoeden medisch-specialistische zorg zonder opname geleverd door een medisch specialist. Onder de vergoeding vallen de verpleging, de geneesmiddelen, de hulpmiddelen en

*verbandmiddelen die bij de behandeling horen, indien deze op de polikliniek worden uitgevoerd of toegediend.
(...)"*

- 8.4. Artikel 2, vijfde lid, van de 'Voorwaarden' van de zorgverzekering luidt, voor zover hier van belang:

"Inhoud en omvang van zorg

In deze polisvoorwaarden staat voor welke behandelingen u recht heeft op vergoeding.

De inhoud en omvang van deze zorg worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk of door wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. U heeft recht op zorg waarop u naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen. Dit wordt mede bepaald op basis van doelmatigheid en doeltreffendheid; daarnaast mag de zorg of dienst niet onnodig kostbaar en/of onnodig gecompliceerd zijn.

(...)"

- 8.5. De artikelen 2 en 18 van de 'Voorwaarden' van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 van de 'Voorwaarden' van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.6. 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.

Medisch specialistische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.1 Rzv.

Artikel 2.1, tweede lid, Bzv bepaalt dat de inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten mede worden 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 of diensten.

Artikel 2.1, derde lid, Bzv bepaalt dat een verzekerde slechts recht heeft op een bepaalde vorm van zorg of een dienst voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

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

“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 wil een laparoscopische sleeve gastrectomie ondergaan in een andere EU-lidstaat, namelijk België. Zij heeft voorafgaand aan de behandeling de ziektekostenverzekeraar om toestemming gevraagd. De ziektekostenverzekeraar heeft tijdig aan verzoekster medegedeeld dat hij van mening is dat de indicatie van verzoekster niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is, zodat noch op grond van de verordening noch op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering aanspraak op de zorg bestaat. Met betrekking tot de vraag of de onderhavige behandeling voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk onderscheidenlijk of verzoekster voor de behandeling een (verzekerings)indicatie heeft, overweegt de commissie het volgende.
- 9.2. Het Zorginstituut heeft in zijn standpunt ‘*Bariatrische chirurgie*’ van 19 mei 2014 geoordeeld dat een sleeve gastrectomie voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Aangenomen moet worden dat deze conclusie ook ziet op een laparoscopische sleeve gastrectomie, aangezien het Zorginstituut op pagina elf van voornoemd standpunt het volgende heeft toegelicht: *“Bij de sleeve gastrectomie wordt veelal met een kijkoperatie (laparoscopisch) een groot gedeelte van de maag verwijderd, maar de procedure kan ook open worden uitgevoerd.”* Een laparoscopische sleeve gastrectomie voldoet daarom aan de stand van de wetenschap en praktijk, zoals bedoeld in artikel 2, vijfde lid, van de ‘Voorwaarden’ van de zorgverzekering.
- 9.3. Voorts houdt partijen verdeeld of verzoekster een (verzekerings)indicatie heeft voor de onderhavige ingreep. De ziektekostenverzekeraar vindt van niet, omdat verzoekster ten tijde van de aanvraag een BMI had van 31,5. De commissie overweegt ten aanzien hiervan het volgende. Een laparoscopische sleeve gastrectomie is een vorm van bariatrische chirurgie. Volgens de richtlijn ‘Morbide obesitas’ (2011) van de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde is bariatrische chirurgie geïndiceerd bij personen met een BMI van 40 of hoger dan wel met een BMI van 35 of hoger als dit samengaat met gezondheidsproblemen die door het overgewicht veroorzaakt worden, zoals hart- en vaatziekten en diabetes mellitus. Gelet op het definitief advies van het Zorginstituut van 18 juni 2018, gelden deze criteria ook bij een tweede bariatrische ingreep, hetgeen bij verzoekster het geval is. Aangezien vast staat dat bij verzoekster ten tijde van de aanvraag sprake was van een BMI van 31,5, had zij geen indicatie voor een laparoscopische sleeve gastrectomie, zoals bedoeld in artikel 2, vijfde lid, van de ‘Voorwaarden’ van de zorgverzekering. Zij heeft derhalve geen aanspraak op voornoemde ingreep ten laste van de zorgverzekering. Hieruit volgt dat ook de gevraagde toestemming op basis van de verordening verzoekster terecht is onthouden.

- 9.4. Hetgeen verzoekster overigens heeft aangevoerd, met name dat de ingreep noodzakelijk is, de ziektekostenverzekeraar geen contact met haar of haar behandelend chirurg heeft gezocht en dat een laparoscopische sleeve gastrectomie aanzienlijk minder kost dan een gastric bypass, kan niet leiden tot een andere uitkomst.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.5. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor de onderhavige ingreep, zodat het verzoek niet op grond van deze verzekering kan worden toegewezen.

Coulance

- 9.6. De commissie interpreteert de stelling van verzoekster dat de ziektekostenverzekeraar niet alleen naar de toepasselijke medische richtlijnen moet kijken aldus dat de ziektekostenverzekeraar zo nodig dient af te wijken van de verzekeringsvoorwaarden en coulance dient te betrachten. Dienaangaande oordeelt de commissie dat de bevoegdheid tot toepassing van coulance is voorbehouden aan de ziektekostenverzekeraar. In het door deze ter zake gevoerde beleid kan de commissie niet treden. Dit is slechts anders indien de ziektekostenverzekeraar een beleid zou voeren waarbij identieke gevallen verschillend worden behandeld. Gesteld noch gebleken is dat hiervan in de onderhavige situatie sprake is.

Conclusie

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

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 4 juli 2018,

G.R.J. de Groot