



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem
Zaak : Buitenland, Mexico, medisch specialistische zorg, verwijderen cyste sinus maxillaris, septumcorrectie
Zaaknummer : 201800938
Zittingsdatum : 6 februari 2019

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

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

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering VGZ Ruime Keuze (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering VGZ Aanvullend Beter 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 de verwijdering van een cyste in de sinus maxillaris, verricht te Toluca, Mexico (hierna: de aanspraak). Bij uitkeringsspecificatie van 8 februari 2018 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 e-mailbericht van 14 mei 2018 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 24 oktober 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 12 december 2018 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 8 januari 2019 aan verzoekster gezonden.

3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 8 januari 2019 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 15 januari 2019 schriftelijk medegedeeld eveneens niet te willen worden gehoord.

3.8. Op grond van artikel 114, derde lid, Zvw dient de commissie verplicht advies te vragen aan het Zorginstituut Nederland (hierna: Zorginstituut) indien het geschil betrekking heeft op de zorg of de overige diensten, bedoeld in artikel 11 Zvw, dan wel de vergoeding van die zorg of diensten. Blijkens de Memorie van toelichting blijft deze verplichting beperkt tot de vraag of de vorm van zorg of andere dienst waar de verzekerde behoefte aan heeft tot het verzekerde pakket behoort. Aangezien die vraag in het onderhavige geval geen beantwoording behoeft, is het Zorginstituut niet verzocht te adviseren.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

4.1. De behandelend keel, neus- en oorarts (verder:KNO-arts) heeft over verzoekster het volgende verklaard: "(...) *Diagnose: 1. Polyposis in the right maxillary sinus 2. Nasal septum deviation 3. Turbinate hypertrophy Clinical picture: [chronic headache on the right side[,] bilateral nasal obstruction with [right predominance[,] retrograde nasal flux Tac: septal deviation[,] polyposis in the right maxillary sinus[,] turbinate hypertrophy Surgery and surgical findings: [septoplasty (cottle technique) with septal deviation to the right[,] antrostomy and uncinectomy on the right for polyposis in the right maxillary sinus[,] turbinoplasty with high frequency Prognosis: favorable expectation Plan: Observation and tac in 6 months*".

4.2. Verzoekster heeft zich met gezondheidsklachten, te weten voortdurende hoofdpijn en duizeligheid, gewend tot de huisarts. De huisarts heeft deze klachten weggezet als stressklachten, hetgeen - achteraf gezien - duidelijk niet het geval was. Verzoekster heeft vervolgens de behandelend KNO-arts in Mexico geconsulteerd die een cyste in haar rechter sinus maxillaris constateerde. Deze cyste is op advies van de KNO-arts tijdens een daaropvolgend bezoek aan Mexico verwijderd. Verzoekster heeft vanwege de door de huisarts gestelde verkeerde diagnose en haar eigen onwetendheid geen voorafgaande toestemming gevraagd aan de ziektekostenverzekeraar. Op deze grond heeft laatstgenoemde vergoeding van de nota in eerste instantie afgewezen. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster nadien in de gelegenheid gesteld alsnog toestemming voor de ingreep te vragen. Zij heeft van de geboden mogelijkheid gebruik gemaakt en daarbij alle door de ziektekostenverzekeraar gevraagde informatie verstrekt. Deze vergoedt de nota desalniettemin nog steeds niet en voert in dit verband telkens andere afwijsgonden aan. Verzoekster heeft de indruk dat de ziektekostenverzekeraar onder zijn zorgplicht jegens haar wil uitkomen.

4.3. Volgens verzoekster moet de ziektekostenverzekeraar de nota met betrekking tot het verwijderen van de cyste in haar neus vergoeden. Hiertoe voert zij het volgende aan. De behandelend KNO-arts heeft verklaard dat hij de septumdeviatie tijdens de ingreep heeft geconstateerd en dat hij op dat moment heeft besloten tevens een septumcorrectie te verrichten. Voor deze septumcorrectie zijn geen kosten in rekening gebracht. Daarbij zijn alle klachten van verzoekster door de verwijdering van de cyste in de rechter sinus maxillaris verdwenen. Hieruit blijkt dat de ingreep medisch noodzakelijk was. Verzoekster begrijpt, mede gelet op de haar geboden mogelijkheid voor het alsnog vragen van toestemming, niet dat de evaluatie van de ingreep niet achteraf kan plaatsvinden.

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. Bij verzoekster is een cyste in de 'parasinal sinus' verwijderd en een neuscorrectie uitgevoerd, waarbij het neustussenschot is gecorrigeerd. De zorgverzekering biedt dekking voor de kosten van een neuscorrectie indien bij betrokkene sprake is van een (verzekerings)indicatie in de vorm

van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis, verminking als gevolg van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting dan wel een aangeboren misvorming van het benig aangezicht of van lip-, kaak- en/of gehemeltespelen. Van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis kan worden gesproken in het geval van een chronische obstructie van de neusdoorgankelijkheid waarbij sprake is van klinisch relevante symptomen die passen bij een chronische obstructie van de neus. Een duidelijke anatomische en/of structurele afwijking moet aan te wijzen zijn als oorzaak van de neuspassageklachten en de anatomische en/of structurele afwijking moet alleen gecorrigeerd kunnen worden met een uitwendige neuscorrectie. Dit is bij verzoekster niet aan de orde, aangezien uit de brief van de huisarts geen neuspassageklachten naar voren komen. Ook anderszins is niet gebleken dat verzoekster een (verzekerings)indicatie had voor de neuscorrectie.

5.2. Daarnaast heeft verzoekster, voorafgaand aan de verwijdering van de cyste en de neuscorrectie, geen toestemming aan de ziektekostenverzekeraar gevraagd, terwijl zij dit wel had moeten doen. Haar is niettegenstaande het voorgaande de mogelijkheid geboden alsnog een machtiging aan te vragen voor de reeds uitgevoerde ingreep. Dit betekent echter geenszins dat de ziektekostenverzekeraar de machtiging zonder meer zou moeten afgeven nadat verzoekster alle gevraagde documenten had verstrekt. Daarbij heeft zij - in tegenstelling tot hetgeen de ziektekostenverzekeraar eerder heeft gesteld - voor de ingreep geen verwijzing van de (huis)arts overgelegd. Verzoekster heeft om voornoemde redenen geen aanspraak op vergoeding van de nota met betrekking tot de in Mexico verrichte ingreep.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel A.10. van de zorgverzekering en artikel 7 van de aanvullende ziektekostenverzekering 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 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 naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op zorg van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 tot en met 39 van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 15 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“Omschrijving

U hebt recht op geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten deze plegen te bieden, met inbegrip van het daarbij behorende laboratoriumonderzoek, geneesmiddelen, verbandmiddelen en hulpmiddelen. (...)

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts, verpleegkundig specialist, physician assistant (PA), SEH-arts KNMG (spoedeisende hulp arts), audicien, bedrijfsarts, jeugdarts/arts in de jeugdgezondheidszorg, specialist ouderengeneeskunde, arts voor verstandelijk gehandicapten, tandarts, verloskundige, optometrist, medisch specialist of kaakchirurg.

Toestemming

U hebt voor een aantal behandelingen vooraf toestemming nodig omdat er specifieke voorwaarden gelden. U vindt deze behandelingen op de Limitatieve lijst van vooraf aan te vragen Diagnosebehandelcombinatie (dbc's) van Zorgverzekeraars Nederland. U vindt deze lijst op onze website. De toestemmingsprocedure vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

Voor welke zorg hebt u vooraf toestemming nodig?

(...)

KNO-heelkunde: oorschelpcorrecties en behandeling van vormafwijkingen van de neus.

(...)

Let op

Voor behandelingen van plastisch-chirurgische aard hebt u altijd vooraf toestemming nodig. Kijk hiervoor in artikel 20, Plastische en/of reconstructieve chirurgie.

(...)"

- 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 luidt, voor zover hier van belang:

"(...)

1.4. Zorgverlening door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Dan kan het zijn dat u een deel van de nota zelf moet betalen. De kosten van (verzekerde) zorg vergoeden wij tot maximaal 80% van de gemiddelde tarieven, zoals deze voor de betreffende vormen van zorg zijn overeengekomen met de betreffende zorgaanbieders ('gemiddeld gecontracteerde tarief'). Als er voor de betreffende zorg geen tarieven met zorgaanbieders zijn afgesproken en er gelden Wmg-tarieven, dan worden de kosten vergoed tot maximaal 80% van de Wmg-tarieven.

Het kan dan zijn dat u een deel van de nota zelf moet betalen.

(...)"

- 8.6. De artikelen 1, 9 en 15 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.

Medisch-specialistische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.

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

In artikel 14, tweede lid, Zvw is bepaald dat de zorgverzekeraar in de modelovereenkomst dient op te nemen dat geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden, met uitzondering van acute zorg, slechts toegankelijk is na verwijzing door in die overeenkomst aangewezen categorieën zorgaanbieders, waaronder in ieder geval de huisarts.

- 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.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Verzoekster heeft een behandeling ondergaan in Mexico. Tussen Mexico en Nederland is geen verdrag inzake de sociale ziektekostenverzekering gesloten, zodat de aanspraak op vergoeding moet worden beoordeeld aan de hand van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 9.2. De behandelend KNO-arts heeft bij verzoekster twee ingrepen uitgevoerd, te weten het verwijderen van een cyste in de rechter sinus maxillaris en een septumcorrectie. De KNO-arts heeft verklaard dat hij geen additionele kosten voor de septumcorrectie in rekening heeft gebracht. Aangezien verzoekster geen aanspraak heeft gemaakt op separate vergoeding van de septumcorrectie, behoeft dit onderdeel geen verdere bespreking.
- 9.3. Tussen partijen is niet in geschil dat (i) de verwijdering van de cyste in de rechter sinus maxillaris van verzoekster een verzekerde prestatie vormt, (ii) verzoekster voor deze behandeling een (verzekerings)indicatie had, en (iii) de behandeling doelmatig was. Hetgeen hen verdeeld houdt is of verzoekster aan de toepasselijke formele vereisten heeft voldaan. Volgens de ziektekostenverzekeraar is dit niet het geval, omdat zij geen voorafgaande toestemming heeft gevraagd en een verwijzing ontbreekt. Verzoekster heeft hier tegen ingebracht dat de ziektekostenverzekeraar haar de mogelijkheid heeft geboden alsnog toestemming voor de uitgevoerde ingreep te vragen. Ten aanzien hiervan overweegt de commissie het volgende.
- 9.4. Op grond van artikel 9 van de zorgverzekering is voorafgaande toestemming van de ziektekostenverzekeraar vereist voor een behandeling in het buitenland, mits de verzekerde in het kader van de betreffende behandeling een of meer nachten in een ziekenhuis of andere instelling wordt opgenomen. Gesteld noch gebleken is dat verzoekster voor de verwijdering van de cyste in haar neus

opgenomen is geweest in een ziekenhuis of instelling. Daarnaast is op grond van artikel 15 van de zorgverzekering voorafgaande toestemming vereist voor behandelingen die zijn opgenomen op de 'Limitatieve lijst van vooraf aan te vragen Diagnosebehandelcombinatie (dbc's)'. De onderhavige behandeling is niet op die lijst opgenomen. Aldus hoefde verzoekster voor de onderhavige behandeling geen voorafgaande toestemming aan de ziektekostenverzekeraar te vragen.

- 9.5. In artikel 15 van de zorgverzekering is opgenomen dat een verzekerde een verwijsbrief nodig heeft voor medisch specialistische zorg. Dit is in overeenstemming met artikel 14, tweede lid, Zvw. Verzoekster heeft geen verwijzing voor de in Mexico ondergane verwijdering van de cyste in haar neus overgelegd. Om die reden heeft zij geen aanspraak op vergoeding van de kosten van deze ingreep.

Verzoekster heeft nog gesteld dat het ontbreken van een verwijzing haar niet kan worden tegengeworpen, omdat haar huisarts haar klachten verkeerd heeft gediagnosticeerd, zodat zij geen vertrouwen meer in hem had. Dit kan echter niet leiden tot een ander oordeel. Het had op de weg van verzoekster gelegen bij twijfel een second opinion aan te vragen.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.6. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde, zodat het verzoek niet op basis van deze verzekering kan worden ingewilligd.

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, 6 februari 2019,

G.R.J. de Groot