

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vertegenwoordigd door G tegen C te D en E te F
Zaak : Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, ooglidcorrectie
Zaaknummer : 2010.00481
Zittingsdatum : 17 november 2010

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. H.P.Ch. van Dijk)

(Voorwaarden zorgverzekering 2009, artt. 10 en 11 en 13, Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2009)

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door G

tegen

1) C te D en

2) E te F

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen de beslissing van de rechtsvoorganger van de ziektekostenverzekeraar van 19 mei 2009 de kosten van een ooglidcorrectie, uitgevoerd door privékliniek Cosmea, (hierna: de aanspraak) niet te vergoeden.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de rechtsvoorganger van de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Beter Af Polis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoekster bij de rechtsvoorganger van de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Beter Af Plus Polis 3 sterren en Beter Af Tandarts Polis 3 sterren afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. Verzoekster heeft de (rechtsvoorganger van de) ziektekostenverzekeraar tweemaal om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brieven van 14 oktober 2009 en 15 januari 2010 heeft de (rechtsvoorganger van 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 15 juni 2010 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 ad € 37,- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit ver-

zoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 13 september 2010 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 14 september 2010 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 23 september 2010 per fax medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 28 oktober 2010 telefonisch medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 24 september 2010 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 12 oktober 2010 heeft het CVZ (zaaknummer 2010119095) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat geen sprake is van verslaptte oogleden ten gevolge van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster is op 17 november 2010 in persoon gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch aan de zitting deelgenomen. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 18 november 2010 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of het verslag aanleiding geeft tot aanpassing van het voorlopige advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 22 november 2010 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopige advies als definitief kan worden beschouwd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Een plastisch chirurg van het Medisch Spectrum Twente, Oldenzaal, heeft ten behoeve van verzoekster een bovenooglidcorrectie aangevraagd. De rechtsvoorganger van de ziektekostenverzekeraar heeft op 7 mei 2009 een machtiging verleend voor de correctie van de bovenoogleden met DBC-code 04110001310022. Hierbij is vermeld dat de kosten worden vergoed als de ingreep wordt uitgevoerd in het Medisch Spectrum Twente, en wel op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 4.2. Verzoekster stelt dat haar een machtiging is verleend voor de correctie van de bovenoogleden. De ziektekostenverzekeraar dient daarom de kosten van de onderhavige ingreep te vergoeden.
- 4.3. Op 11 mei 2009 heeft de behandeling plaatsgevonden in het Medisch Spectrum Twente, locatie Oldenzaal. Verzoekster heeft op 22 april 2009, voorafgaand aan de ingreep, de betreffende kosten betaald aan de zorgverlener. Zij heeft de kwitantie ter declaratie ingediend bij haar ziektekostenverzekeraar. Dat aan deze kwitantie ineens de naam Cosmea werd verbonden, is verder niet van belang. De rechtsvoorganger van de ziektekostenverzekeraar heeft haar vervolgens verzocht om een nota met

daarop vermelding van de DBC-code. Dit bleek echter een probleem op te leveren bij het Medisch Spectrum Twente.

Verzoekster benadrukt dat zij zich niet op eigen initiatief heeft gewend tot Cosmea. Het was verzoekster zelfs niet bekend dat Cosmea een aparte kliniek is in het betreffende ziekenhuis. Verzoekster betwist dat haar door de medewerkers van Cosmea is medegedeeld dat de onderhavige ingreep bij hen onverzekerde zorg betreft.

4.4. Ter zitting is door verzoekster benadrukt dat de ingreep heeft plaatsgevonden in het Medisch Spectrum Twente. Op de verleende machtiging staat niet vermeld welke arts de ingreep moet uitvoeren. De arts die de ingreep heeft uitgevoerd is tevens werkzaam bij het Medisch Spectrum Twente; de ingreep is dus feitelijk uitgevoerd door een gecontracteerd zorgverlener. Verzoekster vraagt zich af wat het belang is dat de ziektekostenverzekeraar heeft bij het niet betalen van de ingreep bij Cosmea. Verzoekster kreeg thuis bericht dat zij vooraf de nota diende te betalen. Zij heeft hierop de kosten via de bank ten name van Cosmea betaald.

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. De ziektekostenverzekeraar stelt dat op 1 april 2009 een aanvraag is ontvangen van het Medisch Spectrum Twente voor een bovenooglidcorrectie ten behoeve van verzoekster. Op grond van deze aanvraag heeft de rechtsvoorganger van de ziektekostenverzekeraar een machtiging verleend voor de aangevraagde ingreep indien deze wordt uitgevoerd door een plastisch chirurg werkzaam op de afdeling Plastische Chirurgie van het Medisch Spectrum Twente. Daarbij is vermeld dat indien verzoekster de ingreep wil laten uitvoeren in een andere instelling, zij een nieuwe aanvraag moet indienen.

5.2. Cosmea is een privékliniek die gebruik maakt van de faciliteiten van het Medisch Spectrum Twente. Daarom verbaast het de ziektekostenverzekeraar dat geen van beide partijen verzoekster goed zou hebben geïnformeerd over de machtigingsprocedure en de vergoedingsmogelijkheden.

5.3. Ooglidcorrecties worden alleen uit de aanvullende ziektekostenverzekering vergoed als de zorgverlener is gecontracteerd door de ziektekostenverzekeraar. Cosmea is niet gecontracteerd door de ziektekostenverzekeraar of diens rechtsvoorganger. Daarom worden de kosten van de onderhavige ingreep niet vergoed.

5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat de brief van 7 mei 2009 is verstuurd naar aanleiding van een aanvraag door het Medisch Spectrum Twente. Aan de hand daarvan is toestemming verleend, omdat het betreffende ziekenhuis is gecontracteerd. De ziektekostenverzekeraar heeft navraag gedaan bij Cosmea. Cosmea heeft medegedeeld dat men zeer duidelijk is in de informatievoorziening. Er is alleen vergoeding mogelijk als het Medisch Spectrum Twente de operatie had uitgevoerd. De arts is niet van belang.

5.5. De heer Van Mierlo informeert wat het belang van de ziektekostenverzekeraar is bij afwijzing van de kosten, aangezien deze nagenoeg gelijk zijn. Mevrouw Kreeft zegt dat de hoogte van de kosten er niet toe doet. De heer Van Mierlo vraagt mevrouw Knol wat door Cosmea is medegedeeld, waarop zij antwoordt dat enkel gesproken is

over de operatie.

5.6. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag terecht is afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. De commissie is 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 kosten van de bovenooglidcorrectie ten behoeve van verzoekster te vergoeden, 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 mix-polis, zodat de verzekerde voor sommige zorgvormen in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners en voor andere zorgvormen kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorgverleners. Voor cosmetische dan wel plastische chirurgie is een natura-aanspraak opgenomen in de polis. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 1 e.v. van de zorgverzekering.

Artikel 3 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op cosmetische dan wel plastische chirurgie bestaat, en luidt, voor zover hier van belang:

“U heeft aanspraak op chirurgische ingrepen van plastisch chirurgische aard door een medisch specialist wanneer de behandeling leidt tot correctie van:

(...)

afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;

verminderingen die het gevolg zijn van ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;

verlamde of verslaptte bovenoogleden die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of bij een geboorte aanwezige chronische aandoening;

(...)”

In artikel 12.2 van de zorgverzekering is bepaald dat als de verzekerde zorg wenst van een persoon of instelling met wie/waarmee de ziektekostenverzekeraar geen overeenkomst heeft afgesloten en de ziektekostenverzekeraar voldoende zorg heeft ingekocht die tijdig kan worden geleverd, de verzekerde recht heeft op een (gedeeltelijke) vergoeding van de kosten. Deze vergoeding kan lager zijn dan bij een gecontracteerde zorgverlener.

- 8.3. De artikelen 3 en 12.2 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.4. Artikel 11, lid 1, onderdeel a 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 de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Plastisch-chirurgische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.1 Rzv.
In artikel 13 Zvw is bepaald dat indien een verzekerde krachtens zijn zorgverzekering een bepaalde vorm van zorg of een andere dienst dient te betrekken van een aanbieder met wie zijn zorgverzekeraar een overeenkomst over deze zorg of dienst en de daarvoor in rekening te brengen prijs heeft gesloten of van een aanbieder die bij zijn zorgverzekeraar in dienst is, en hij deze zorg of andere dienst desalniettemin betreft van een andere aanbieder, hij recht heeft op een door de zorgverzekeraar te bepalen vergoeding van de voor deze zorg of dienst gemaakte kosten.
- 8.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 8.6. In artikel 3.1 van de aanvullende ziektekostenverzekering is een aanspraak opgenomen voor volledige vergoeding van plastische chirurgie met medische indicatie, en deze bepaling luidt:

“Plastische chirurgie (met medische indicatie)

Wij vergoeden de kosten van plastische chirurgische correctie van bovenoogleden wanneer er sprake is van aantoonbare lichamelijke functiestoornissen.

Voorwaarde

De behandeling moet worden uitgevoerd door een hiervoor door ons gecontracteerde zorgverlener. Een lijst met gecontracteerde zorgverleners kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.”

In artikel 8 van de algemene voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering is bepaald dat artikel 12.2 van de zorgverzekering niet van toepassing is op de aanvullende ziektekostenverzekering.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Een bovenooglidcorrectie is in de polisvoorwaarden uitgesloten van vergoeding, tenzij sprake is van verslakte of verlamde bovenoogleden waarbij de verlamming of verslapping het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening. Daarom hoeft niet te worden getoetst of bij verzoekster sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis dan wel verminking als bedoeld in de voorwaarden.
- 9.2. Door verzoekster is niet gesteld, terwijl evenmin is gebleken dat bij haar sprake is van verslakte of verlamde bovenoogleden waarbij de verlamming of verslapping het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische

aandoening. Daarom bestaat op grond van de zorgverzekering geen aanspraak op een bovenooglidcorrectie.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.3. Op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering worden ooglidcorrecties alleen vergoed als de behandelend zorgverlener is gecontracteerd door de ziektekostenverzekeraar. Op de verleende machtiging voor de bovenooglidcorrectie heeft de ziektekostenverzekeraar vermeld dat de machtiging geldt voor behandeling "in" Medisch Spectrum Twente. Als verzoekster de behandeling in een andere instelling zou willen laten uitvoeren, zou zij dan ook een nieuwe aanvraag moeten indienen.
- 9.4. De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat Cosmea, anders dan het Medisch Spectrum Twente, niet door hem is gecontracteerd. Verzoekster heeft hier tegenin gebracht dat haar niet bekend was dat de ingreep niet in het Medisch Spectrum Twente werd uitgevoerd, maar in privékliniek Cosmea.
- 9.5. De aanvraag is ingediend door een medisch specialist van het Medisch Spectrum Twente. De ingreep is ook in het Medisch Spectrum Twente uitgevoerd, aangezien Cosmea aldaar is gevestigd. Nu op de verleende machtiging staat vermeld dat de kosten van de ingreep worden vergoed als de ingreep wordt uitgevoerd in het Medisch Spectrum Twente, en niet door deze instelling, is de commissie van oordeel dat verzoekster er gerechtvaardigd op mocht vertrouwen dat de onderhavige ingreep vergoed zou worden door de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar dient daarom de kosten van de onderhavige ingreep te vergoeden tot maximaal het tarief dat hij voor deze ingreep is overeengekomen met het Medisch Spectrum Twente.

Conclusie

- 9.6. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen, met inachtneming van hetgeen onder 9.5 is bepaald.
- 9.7. Aangezien het verzoek wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld aan verzoekster te vergoeden.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek toe.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden een bedrag ad € 37,--.

Zeist, 1 december 2010,

Voorzitter