

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C te D en E te F in deze vertegenwoordigd door G te H
Zaak : Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, neuscorrectie
Zaaknummer : 2011.00732
Zittingsdatum : 7 december 2011

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 2010, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2010)

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoekster,

tegen

1) C te D en

2) E te F

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar, vertegenwoordigd door G te H

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Basisverzekering Restitutie (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 Aanvullende verzekering Extra, Aanvullende verzekering T Start en het Collectief Aanvullend Pakket afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 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 een - uitwendige - neuscorrectie in sessie met een septumcorrectie (hierna: de aanspraak). Bij brief van 5 januari 2011 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 28 februari 2011 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 7 september 2011 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 verzoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 11 oktober 2011 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 18 oktober 2011 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 26 oktober 2011 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 6 december 2011 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 18 oktober 2011 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 18 november 2011 heeft het CVZ (zaaknummer 2011107860) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat bij verzoekster geen sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis dan wel verminking als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 21 november 2011 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster is op 7 december 2011 in persoon gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch aan de hoorzitting deelgenomen. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 12 december 2011 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 voorlopig advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 15 december 2011 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Verzoekster stelt dat zij, door het scheef staan van haar neus, kampt met meerdere klachten waaronder een beperkt reukvermogen en een verstopte neus. Begin 2010 heeft de plastisch chirurg van het Sint Antoniusziekenhuis een aanvraag ingediend voor een in- en uitwendige neuscorrectie. Hierop heeft de ziektekostenverzekeraar een machtiging afgegeven om de beide correcties te laten uitvoeren. Omdat inmiddels tussen verzoekster en het Sint Antoniusziekenhuis meerdere incidenten hadden plaatsgevonden en zij het vertrouwen in de behandelend arts aldaar c.q. het ziekenhuis had verloren, heeft verzoekster besloten zich niet in het Sint Antoniusziekenhuis te laten behandelen, maar in het Esthetisch Centrum Amsterdam. Hiertoe heeft zij bij de ziektekostenverzekeraar medio november 2010 een aanvraag ingediend, waarin zij heeft medegedeeld dat de beide correcties op 9 december 2010 zouden worden uitgevoerd. Op 5 januari 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar afwijzend beslist op het verzoek ten aanzien van de uitwendige neuscorrectie. De kosten van de operatie aan de binnenkant van de neus zijn door de ziektekostenverzekeraar vergoed, maar

de kosten van de uitwendige neuscorrectie niet.

- 4.2. Ter zitting is door verzoekster toegelicht dat het Esthetisch Centrum Amsterdam haar had verzocht om wederom toestemming voor de uitwendige correctie aan te vragen. Dit is conform de aanvraag die indertijd door het Sint Antoniusziekenhuis werd gedaan en die toen wel werd goedgekeurd. Verzoekster had derhalve geen reden er aan te twijfelen dat haar aanvraag voor de behandeling in het Esthetisch Centrum Amsterdam eveneens zou worden goedgekeurd.

- 4.3. 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 in het verleden door de plastisch chirurg van het Sint Antoniusziekenhuis een aanvraag is ingediend voor vergoeding van een in- en uitwendige neuscorrectie in combinatie met een sinusoperatie. Hierop heeft de ziektekostenverzekeraar besloten een machtiging af te geven voor de aangevraagde behandelingen, uit te voeren in het Sint Antoniusziekenhuis. In afwijking van de machtiging heeft verzoekster de behandelingen niet in dat ziekenhuis laten uitvoeren, maar in het Esthetisch Centrum Amsterdam. Het Esthetisch Centrum Amsterdam beschikt niet over een vergunning om de behandelingen ten laste van de verzekering te kunnen uitvoeren. Het Esthetisch Centrum Amsterdam is namelijk geen ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum.

- 5.2. Verder bestrijdt de ziektekostenverzekeraar dat de kosten van de operatie van de binnenkant van de neus, die volgens verzoekster zou zijn uitgevoerd door het Esthetisch Centrum Amsterdam, wel door hem zijn vergoed. Door het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis in Amsterdam is op 25 mei 2011 een nota ingediend ten bedrage van € 2.129,38 die volgens de vermelde DBC-code betrekking heeft op 'afwijking van het neustussenschot/dagbehandeling'.

- 5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat het Esthetisch Centrum verzoekster van meet af aan te kennen heeft gegeven dat de uitwendige operatie voor haar rekening zou blijven. Toch heeft verzoekster voor deze operatie een aanvraag ingediend. Deze aanvraag is afgewezen omdat het Esthetisch Centrum Amsterdam een privékliniek is. Door omstandigheden is de verzending van de afwijzende beslissing vertraagd.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is 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 ziektekostenverze-

kering.

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 restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld onder het kopje 'Aanspraken' van de zorgverzekering. Artikel 3 van de 'Aanspraken' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op behandeling van plastisch-chirurgische aard bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"Art. 3 Plastische chirurgie

Wij vergoeden de kosten van 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;*
- verminkingen die het gevolg zijn van ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting (...)"*

8.3. De artikelen 1 en 2 van de 'Aanspraken' van de zorgverzekering regelen wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg in een ziekenhuis, respectievelijk zelfstandig behandelcentrum of bij een extramuraal werkend specialist bestaat. Voor zover hier van belang luiden genoemde artikelen als volgt:

"Art.1 Ziekenhuisverpleging en dagbehandeling in een ziekenhuis

Wij vergoeden bij dagbehandeling of ziekenhuisopname voor een ononderbroken periode van maximaal 365 dagen de kosten van onderstaande zorg.

(...)

Wij vergoeden de kosten van:

- verblijf inclusief verpleging en verzorging, op basis van de derde klasse;*
- medisch specialistische of kaakchirurgische zorg;*

(...)

- Wanneer het gaat om plastische chirurgie of kaakchirurgie moet u ons voor ziekenhuisopname tenminste drie weken van tevoren toestemming vragen. Als bewijs van onze toestemming geven wij het ziekenhuis een garantieverklaring.

(...)"

Art. 2 Zelfstandig behandelcentrum

Wij vergoeden bij behandeling in een zelfstandig behandelcentrum de kosten van:

- verpleging en verzorging;*
- medisch specialistische zorg;*

(...)

- Wanneer het gaat om plastische chirurgie of kaakchirurgie moet u ons voor ziekenhuisopname tenminste drie weken van tevoren toestemming vragen. Als bewijs van onze toestemming geven wij het ziekenhuis een garantieverklaring.

(...)"

8.4. De artikelen 1,2 en 3 van de 'Aanspraken' van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2.1 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverze-

kering (Rzv).

- 8.5. 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.
- 8.6. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 8.7. Artikel 31 van de aanvullende ziektekostenverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op behandeling van plastisch-chirurgische aard bestaat en luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

“Art. 31 Plastische chirurgie / Cosmetische chirurgie

31.1 Plastische chirurgie (met medische indicatie)

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

Een lijst met zorgverleners, die door ons vergoed worden, kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Vergoeding: 100%

31.2 Cosmetische chirurgie (zonder medische indicatie)

Wij vergoeden de kosten van correctie van de oorstand voor kinderen tot 18 jaar waarbij de aanleiding voortvloeit uit de persoonlijke behoefte, noodzaak of omstandigheid.

Een lijst met zorgverleners die door ons vergoed worden, kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

Vergoeding: 100%”

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Uit de overgelegde stukken blijkt dat verzoekster zowel een inwendige als een uitwendige neuscorrectie heeft laten uitvoeren. Op basis van de brief van 24 september 2011 van verzoekster concludeert de commissie dat partijen niet (meer) van mening verschillen over de vergoeding van de kosten van de inwendige neuscorrectie. In geschil is enkel de vergoeding van de kosten van de uitwendige neuscorrectie, uitgevoerd in het Esthetisch Centrum Amsterdam.
- 9.2. Door verzoekster is gesteld dat zij er op mocht vertrouwen dat de betreffende kosten zouden worden vergoed, omdat (i) er geen probleem was rond de aanvraag voor de inwendige neuscorrectie, uitgevoerd in het Esthetisch Centrum Amsterdam; slechts voor de uitwendige correctie zou nog een aanvraag moeten worden gedaan, (ii) er reeds een machtiging was afgegeven voor de uitwendige correctie, uit te voeren in het Sint Antoniusziekenhuis en (iii) de ziektekostenverzekeraar niet tijdig heeft gereageerd op haar verzoek om toestemming tot het laten verrichten van de uitwendige correctie in het Esthetisch Centrum Amsterdam. De ziektekostenverzekeraar heeft hier tegen ingebracht dat verzoekster aan de hand van de brief van het Esthetisch

Centrum Amsterdam van 11 november 2011 had kunnen weten dat er een probleem bestond rond de vergoeding. Voorts is het Esthetisch Centrum Amsterdam niet aan te merken als een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum.

- 9.3. In de brief van 11 november 2011 schrijft de ziektekostenverzekeraar: “De door u gewenste behandeling wordt door verzekeringsmaatschappijen beschouwd als een cosmetische verrichting, waarvoor de kosten niet worden vergoed”. Die stellingname lijkt in strijd met het feit dat de ziektekostenverzekeraar reeds eerder een machtiging had afgegeven voor de uitwendige neuscorrectie uit te voeren in het Sint Antonius-ziekenhuis. Verzoekster hoefde er geen rekening mee te houden dat vergoeding van de uitwendige neusoperatie zou worden geweigerd. Anders gezegd, zij mocht aannemen dat sprake was van verzekerde zorg en dat het bestaan van een (verzekerings)indicatie door de ziektekostenverzekeraar werd erkend.
- 9.4. De vraag is vervolgens of verzoekster kan worden tegengeworpen dat het Esthetisch Centrum Amsterdam geen ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum is. Met betrekking hiertoe geldt in de eerste plaats dat de kosten van de inwendige neuscorrectie, uitgevoerd in hetzelfde centrum, wél door de ziektekostenverzekeraar zijn vergoed. Verzoekster was en behoefde niet bekend te zijn met het feit dat de kosten werden gedeclareerd via het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis, zodat dit haar niet kan worden tegengeworpen. Bovendien heeft verzoekster voor de behandeling in het Esthetisch Centrum Amsterdam, medio november 2010, derhalve tijdig, een aanvraag ingediend. De behandeling vond op 9 december 2010 plaats, terwijl de ziektekostenverzekeraar eerst op 5 januari 2011 een afwijzende beslissing kenbaar maakte. Pas op dat moment werd voor de eerste maal als reden voor de afwijzing gegeven dat het centrum een privékliniek is en dat om die reden geen vergoeding kon worden verleend.
- 9.5. Naar het oordeel van de commissie lag het op de weg van de ziektekostenverzekeraar verzoekster tijdig te informeren, zeker nu hij – zoals door verzoekster ter zitting is gesteld, en door de ziektekostenverzekeraar niet is bestreden – op de hoogte was van de operatiedatum en de uiteindelijke afwijzende beslissing niet te maken had met de aard van de behandeling, maar uitsluitend met de plaats waar deze werd uitgevoerd. Nu verzoekster met dit laatste niet bekend was, mocht zij er op vertrouwen dat de kosten van de behandeling zouden worden vergoed tot maximaal het niveau waarvoor eerder een machtiging werd afgegeven. In geval de werkelijke kosten hoger zouden liggen, lag dit in haar risicosfeer. Zij had rekening moeten houden met de mogelijkheid dat de behandeling in het Esthetisch Centrum Amsterdam duurder zou kunnen zijn. Door de beslissing op de aanvraag niet af te wachten, heeft zij het risico aanvaard dat een deel van de kosten voor haar rekening kon blijven.

Conclusie

- 9.6. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen met inachtneming van hetgeen onder 9.5 is overwogen.
- 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 op de wijze als verwoord onder 9.5.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden een bedrag ad € 37,--.

Zeist, 21 december 2011,

Voorzitter