



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, vertegenwoordigd door mevrouw
C te B, tegen D en E, beide te F

Zaak : Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, endoscopische voorhoofdslift

Zaaknummer : 201301355

Zittingsdatum : 5 maart 2014

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden zorgverzekering 2013, artt. 10, 11 en 14 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2013)

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door mevrouw C te B,
tegen

- 1) D te F, en
 - 2) E te F,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering ZorgVerzorgd (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 ExtraVerzorgd 3 en TandVerzorgd 3 afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 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 vergoeding van de kosten van een endoscopische voorhoofdslift (hierna: de aanspraak). Bij brief van 8 april 2013 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 2013 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 2 oktober 2013 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 17 december 2013 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op dezelfde dag aan verzoekster gezonden.

- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 24 december 2013 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft medegedeeld mondeling te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 17 december 2013 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 15 januari 2014 heeft het CVZ (zaaknummer 2013156386) 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 meer kan worden vastgesteld of verzoekster een indicatie had voor de gevraagde behandeling. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 5 maart 2014 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 7 maart 2014 heeft de commissie het CVZ een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of dit stuk aanleiding geeft tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 13 maart 2014 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen geen aanleiding vormen 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. De behandelend plastisch chirurg heeft bij verzoekster overhangende oogleden vastgesteld, en heeft bij de ziektekostenverzekeraar een "endoscopische voorhoofdslift/wenkbrauwlift" aangevraagd. Nadat de ziektekostenverzekeraar de aanvraag had afgewezen, heeft verzoekster gevraagd om een verwijzing naar een andere plastisch chirurg. Deze heeft het volgende verklaard: *"Op 26-03-2013 zag ik bovengenoemde patiënte op mijn spreekuur (...). Verwezen via collega (...) in verband met browptosis en hoofdpijnklachten. Diagnose: inderdaad bij onderzoek laagstaande wenkbrauwen, mediaal en lateraal. Voorstel tot behandeling: endoscopische wenkbrauwlift"*.
- 4.2. Voordat de ingreep werd uitgevoerd, had verzoekster een overhangende voorhoofdshuid, die erg drukte op haar ogen. De plastisch chirurg achtte daarom een endoscopische voorhoofdslift voor haar het meest aangewezen.
- 4.3. De ziektekostenverzekeraar wijst vergoeding af op de grond dat verzoekster ook had toegekund met een wenkbrauwlift. De behandelend plastisch chirurg heeft toegelicht dat een wenkbrauwlift zoals de ziektekostenverzekeraar bedoelt, leidt tot een lelijk litteken boven de wenkbrauw. Deze ingreep wordt uitsluitend nog toegepast bij oudere patiënten, die huidplooiën hebben op het voorhoofd waarin het litteken wegvalt. Bij patiënten met een strak voorhoofd, zoals bij verzoekster, wordt bij voorkeur een voorhoofdslift uitgevoerd. De littekens vallen dan bij de haargrens, en zijn zodoende niet zichtbaar.
- 4.4. Om zeker te zijn, heeft verzoekster een andere plastisch chirurg bezocht. Deze stelde de zelfde behandeling voor, met de zelfde reden. Desalniettemin blijft de ziektekostenverzekeraar van mening dat verzoekster toe kon met een wenkbrauwlift. Zij vindt dit onbegrijpelijk. De aanbeveling is gedaan door twee specialisten, en wordt bestreden door een verzekeringsarts die verzoekster niet heeft gezien.
- 4.5. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat het CVZ ingaat op de indicatie. Gesteld wordt dat deze niet meer kan worden vastgesteld, aangezien de ingreep al is uitgevoerd. Dit is echter de omgekeerde volgorde, gezien de discussie over de doelmatigheid.
- 4.6. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. In artikel B27 van de zorgverzekering is bepaald dat aanspraak bestaat op een behandeling van plastisch-chirurgische aard bij een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of verminking. Verder moet sprake zijn van

doelmatige zorg. Dit houdt in dat de zorg die wordt aangevraagd niet onnodig mag zijn, of onnodig veel mag kosten in vergelijking met een andere zorgvorm die gelijkwaardig is voor de indicatie en de zorgbehoefte van een verzekerde.

5.2. De ziektekostenverzekeraar begrijpt dat verzoekster gebaat is bij een endoscopische voorhoofdslift. Er is echter een goedkopere oplossing, waarmee het zelfde doel wordt bereikt, en dat is de wenkbrauwlift. Een endoscopische voorhoofdslift is daarom voor verzoekster niet doelmatig.

5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar erkend dat aanvankelijk discussie is gevoerd over de doelmatigheid. Voor beide ingrepen geldt dat sprake moet zijn van een indicatie in de vorm van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of verminking. Dit is nu niet meer te reconstrueren aangezien de ingreep al is uitgevoerd. Dat mogelijk littekens ontstaan is geen criterium in het kader van de zorgverzekering.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel A17 van de zorgverzekering en 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 B10 tot en met B38 van de zorgverzekering.

8.3. Artikel B27 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op behandeling van plastisch-chirurgische aard bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"Welke zorg

U heeft recht op vergoeding van kosten van behandelingen van plastische chirurgische aard als het gaat om correctie van:

- afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen,*
- verminkingen die gevolg zijn van een ziekte, ongeval of een geneeskundige verrichting (...)"*

8.4. Artikel B5 van de zorgverzekering luidt, voor zover hier van belang:

"Natuurlijk heeft u alleen recht op vergoeding van kosten van een onderzoek of een behandeling als dat nodig is. Om voor zorg in aanmerking te komen moet er een indicatie zijn. Zoals de wet het zegt, u moet 'redelijkerwijs zijn aangewezen' op de zorg. Welke zorg voor u nodig is, wordt objectief bekeken. Die zorg moet bovendien doelmatig zijn. Zorg die onnodig is, of onnodig veel kost in vergelijking met een andere zorgvorm die gelijkwaardig is gezien de indicatie en uw zorgbehoefte, komt niet voor rekening van de verzekering."

8.5. De artikelen B5 en B27 van de zorgverzekering zijn volgens de artikelen B1 en B6 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.6. 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. Artikel 14 Zvw bepaalt dat de vraag of een verzekerde behoefte heeft aan een bepaalde vorm van zorg of een bepaalde andere dienst, slechts op basis van zorginhoudelijke criteria wordt beantwoord.

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.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

9.1. Tussen partijen is niet in geschil dat een endoscopische voorhoofdslift een verzekerde prestatie vormt onder de zorgverzekering. Naar ter zitting is gebleken vormt de vraag of bij verzoekster een indicatie aanwezig is voor een correctie van haar overhangende wenkbrauwen nog wel onderwerp van geschil. Hier kan echter niet op worden teruggekomen. Door in een eerder stadium geen onderzoek te doen naar de indicatie, maar direct de stelling te betrekken dat de zorg niet doelmatig is, heeft de ziektekostenverzekeraar het vertrouwen gewekt dat uitsluitend de doelmatigheid onderwerp van discussie vormde.

9.2. De beoordeling of sprake is van doelmatige zorg is, gelet op de Memorie van Toelichting bij artikel 14 Zvw, voorbehouden aan de ziektekostenverzekeraar. De commissie komt derhalve slechts een marginale toetsing toe.


9.3. De ziektekostenverzekeraar heeft de aanvraag voor een endoscopische voorhoofdslift afgewezen op de grond dat een wenkbrauwlift, die volgens de ziektekostenverzekeraar het zelfde effect heeft, goedkoper is. De ziektekostenverzekeraar erkent dat de wenkbrauwlift - in tegenstelling tot de endoscopische voorhoofdslift - een litteken op het voorhoofd veroorzaakt, maar acht dit geen reden de duurdere voorhoofdslift te vergoeden. Gelet op artikel 14 lid 1 Zvw wordt de vraag of een verzekerde behoefte heeft aan een bepaalde vorm van zorg of een bepaalde andere dienst, slechts op basis van zorginhoudelijke criteria beantwoord. Het enkele verschil in kosten tussen beide ingrepen mag derhalve niet leidend zijn voor de vraag welke oplossing doelmatig is. Zeker nu door verzoekster verklaringen van twee door haar geraadpleegde specialisten zijn overgelegd, die als strekking hebben dat in haar geval een endoscopische voorhoofdslift de voorkeur heeft, lag het op de weg van de ziektekostenverzekeraar nader te motiveren waarom de ingreep waarbij een litteken in het gezicht ontstaat, doelmatiger is dan de ingreep waarbij dit niet het geval is. Aangezien hij dit heeft nagelaten, en de afwijzende beslissing uitsluitend is gebaseerd op het verschil in kosten, concludeert de commissie dat de ziektekostenverzekeraar niet in redelijkheid heeft kunnen besluiten dat de aangevraagde behandeling in de situatie van verzoekster niet doelmatig is. Hij dient verzoekster daarom de kosten van de endoscopische voorhoofdslift te vergoeden, overigens met inachtneming van hetgeen in de verzekeringsvoorwaarden is bepaald.


Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering


9.4. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor de onderhavige zorg, zodat die verzekering verder onbesproken kan blijven.


Conclusie

9.5. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen.



 9.6. 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 van € 37,--.

Zeist, 16 april 2014,



Voorzitter