



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen OHRA Zorgverzekeringen N.V. te Tilburg en OHRA
Ziektekostenverzekeringen te Tilburg.
Zaak : Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, bovenooglidcorrectie, telefonische toezegging
Zaaknummer : 201403319
Zittingsdatum : 9 september 2015



Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo)



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

1. Partijen



De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker,
tegen

- 
- 1) OHRA Zorgverzekering N.V. te Tilburg, en
 - 2) OHRA Ziektekostenverzekeringen te Tilburg,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 
- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de OHRA Zorgverzekering Restitutie (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering OHRA Extra Aanvullend afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De eveneens afgesloten aanvullende verzekering Tandengaan 500 is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 
- 3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een bovenooglidcorrectie beiderzijds (hierna: de aanspraak). Bij brief van 13 juni 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brieven van 30 juli 2014 en 21 november 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker 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 31 maart 2015 heeft verzoeker 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 verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft - binnen de gestelde termijn - van de geboden mogelijkheid geen gebruik gemaakt. Ook nadat de commissie de ziektekostenverzekeraar een herinnering had gestuurd met een nieuwe termijn, kwam geen tijdige reactie. Eerst bij brief van 17 juni 2015, door de commissie ontvangen op 22 juni 2015, heeft de ziektekostenverzekeraar een nadere reactie gegeven op het onderhavige geschil.
- 3.7. Verzoeker is op 23 juni 2015 in kennis gesteld van het feit dat de ziektekostenverzekeraar niet binnen de gestelde termijn zijn standpunt heeft kenbaar gemaakt aan de commissie.
- 3.8. De commissie heeft op 1 juli 2015 besloten dat voornoemde reactie tardief is en dus niet in de procedure wordt betrokken. De brief van 17 juni 2015 is daarom op 2 juli 2015 aan de ziektekostenverzekeraar geretourneerd.
- 3.9. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 5 juli 2015 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 2 september 2015 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.10. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10, lid 9 van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat de onderhavige zaak enkelvoudig wordt afgedaan.
- 3.11. Bij brief van 23 juni 2015 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 2 juli 2015 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2015075359) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat verzoeker geen indicatie heeft voor een ooglidcorrectie ten laste van de zorgverzekering, omdat bij hem geen sprake is van verlamde of verslakte oogleden als gevolg van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.12. Verzoeker is op 9 september 2015 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 Zorginstituut.
- 3.13. Bij brief van 11 september 2015 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 16 september 2015 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen geen aanleiding vormen tot aanpassing van het advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. Verzoeker heeft last van zijn bovenoogleden. Daarom heeft hij zich gewend tot zijn huisarts. Deze heeft hem doorgestuurd naar een plastisch chirurg. De plastisch chirurg constateerde dat het ooglid overhing, waardoor de klachten werden veroorzaakt. De plastisch chirurg heeft verzoeker hierop een bovenooglidcorrectie beiderzijds geadviseerd.
- 4.2. Op 14 november 2013 heeft de behandeling, waarop verzoeker aanspraak maakt, plaatsgevonden.
- 4.3. Verzoeker heeft telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar. Tijdens dit gesprek heeft hij gevraagd naar de vergoeding. Hem werd gezegd dat zijn aanvullende verzekering dekking zou bieden voor de ingreep, mits zijn situatie voldoet aan de gestelde voorwaarden. Verzoeker is medegedeeld dat de beoordeling hiervan bij de behandelend plastisch chirurg ligt.

 Verzoeker ontkent dat met hem is gesproken over een vergoeding van € 50,--, zoals is vermeld in de telefoonnotitie van de ziektekostenverzekeraar.

 4.4. Na declaratie van de kosten door de behandelend plastisch chirurg volgde een afwijzing door de ziektekostenverzekeraar. De reden was dat in de aanvullende verzekering geen vergoeding van een bovenooglidcorrectie is opgenomen. Verzoeker heeft hierop diverse keren telefonisch contact gehad met de ziektekostenverzekeraar. Verzoeker is van mening dat sprake is van een telefonische toezegging en dat alsnog vergoeding van de kosten ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering dient te volgen.

 4.5. Ter zitting is door verzoeker benadrukt dat hij voorafgaand aan de ingreep telefonisch contact heeft opgenomen met de ziektekostenverzekeraar. Tijdens dit gesprek is hem medegedeeld dat een drietal zorgaanbieders is gecontracteerd en dat deze zullen beoordelen of verzoeker in aanmerking komt voor de gevraagde ingreep. Verzoeker heeft zich vervolgens gewend tot de (gecontracteerde) Bergman Kliniek, en hier is vastgesteld dat verzoeker een indicatie heeft voor een bovenooglidcorrectie, omdat de pupil voor 50 percent was bedekt. Verzoeker benadrukt voorts dat in het gesprek met de ziektekostenverzekeraar het bedrag van € 50,-- niet is genoemd.

 4.6. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

 5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

 5.1. Aanspraak op een bovenooglidcorrectie ten laste van de zorgverzekering bestaat alleen indien sprake is van verlamde of verslaptte bovenoogleden die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening. Dit is bij verzoeker niet het geval.

 5.2. In de aanvullende ziektekostenverzekering is geen aanspraak opgenomen voor een bovenooglidcorrectie. Uit de administratie van de ziektekostenverzekeraar blijkt dat verzoeker op 11 november 2014 telefonisch contact met hem heeft opgenomen. Uit de registratie van dit gesprek blijkt dat aan verzoeker een vergoeding van € 50,-- is toegezegd indien de bovenoogleden meer dan 50 percent van de pupil bedekken. Helaas is deze informatie niet correct. De ziektekostenverzekeraar heeft echter bij brief van 30 juli 2014 aan verzoeker toegezegd dat hij het bedrag van € 50,-- aan verzoeker zal vergoeden. Uit voornoemde gespreksregistratie blijkt niet dat is toegezegd dat de onderhavige kosten volledig worden vergoed.

 5.3. De ziektekostenverzekeraar heeft met een aantal zorgaanbieders afspraken gemaakt om namens hem te toetsen of de verzekerde voldoet aan de gestelde vergoedingscriteria voor een bovenooglidcorrectie. Een dergelijke afspraak bestaat ook met een aantal van de Bergman Clinics. Met de Bergman Clinic te Haarlem is een dergelijke afspraak echter niet gemaakt.

 5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd de telefoonnotitie van het gesprek van 11 november 2014 zeer duidelijk is. Deze is dus niet voor meerderlei uitleg vatbaar. Verzoeker is uitgegaan van hetgeen men hem bij de Bergman Kliniek heeft verteld.

 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 A.22. 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 verzoeker aanspraak heeft op een bovenooglidcorrectie beiderzijds 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 restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen B.1. tot en met B.23 van " Hoofdstuk B" van de zorgverzekering.

8.3. Artikel B.4.5. van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op plastische chirurgie bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"Zorg: waar hebt u recht op?"

De zorg omvat behandelingen van plastisch-chirurgische aard volgens de standaard van plastisch chirurgen. Het kan gaan om zorg met of zonder opname. Het gaat om correcties van:

- afwijkingen in uw uiterlijk die aantoonbare lichamelijke functiestoornissen veroorzaken. Het gaat hierbij om lichamelijke klachten waarvan door onderzoek is vastgesteld (objectief) dat ze zijn ontstaan door de te corrigeren lichamelijke afwijking. Een voorbeeld hiervan is: onbehandelbare, continue aanwezige smetplekken in de huidplooi bij een forse overhang van de buik.

- verminkingen die zijn ontstaan door ziekte, een ongeval of een geneeskundige verrichting (bijvoorbeeld een operatie). Hiervan is sprake als het gaat om een ernstige misvorming die in het dagelijkse leven meteen opvalt, bijvoorbeeld: misvorming door brandwonden en geamputeerde (afgezette) benen, armen of borsten;

- bovenoogleden die verlamd of verslapt zijn of overhangen waardoor er huidoverschot is, als sprake is van een aangeboren afwijking of van een chronische aandoening die al bij de geboorte aanwezig was. Bij verlamde, verslapte of overhangende bovenoogleden als gevolg van ouderdom hebt u geen recht op een plastisch-chirurgische behandeling om de bovenoogleden te corrigeren. Mogelijk hebt u vanuit een aanvullende verzekering wel recht op een vergoeding

(...)

Voorwaarden

(...)

Zorgadvies en akkoordverklaring

U moet vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons gekregen hebben, als het om een behandeling gaat die voorkomt op de meest recente landelijke lijst van verrichtingen. Deze " Limitatieve lijst machtigingen medisch specialistische zorg ZN" staat op onze internetsite en kunt u ook bij ons opvragen. Wij kunnen bij die akkoordverklaring aanvullende voorwaarden stellen.

(...) "

8.4. Artikel B.4.5 van de zorgverzekering is volgens artikel A.2.4. van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (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. 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. In de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden is de uitsluiting van artikel 2.1 Rzv niet als zodanig overgenomen, verwezen wordt enkel naar de situatie dat de verlamde of verslapte bovenoogleden het gevolg zijn van ouderdom. De vraag die voorligt is daarom of bij verzoeker een verzekeringsindicatie bestaat.
Verzoeker heeft niet aannemelijk gemaakt dat een (verzekerings)indicatie als bedoeld in artikel B.4.5. van de zorgverzekering bestaat, aangezien niet is komen vast te staan dat bij hem sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis, een verminking of een aangeboren afwijking dan wel van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening. Verzoeker heeft derhalve geen aanspraak op vergoeding van de kosten van een bovenooglidcorrectie beiderzijds ten laste van de zorgverzekering.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.2. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor een bovenooglidcorrectie zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden toegewezen.

Telefonische toezegging

- 9.3. Verzoeker heeft gesteld dat hij telefonisch contact heeft gehad met de ziektekostenverzekeraar, bij welke gelegenheid hem in eerste instantie is medegedeeld dat de kosten van de onderhavige behandeling ten laste van de aanvullende verzekering zouden worden vergoed, mits de bovenoogleden voor 50 percent de pupillen bedekken. De gestelde toezegging is door de ziektekostenverzekeraar gemotiveerd betwist. Ten aanzien hiervan overweegt de commissie het volgende.
- 9.4. In reactie op de stelling van verzoeker dat telefonisch is toegezegd dat de kosten volledig zouden worden vergoed ten laste van de aanvullende verzekering, heeft de ziektekostenverzekeraar de van dit gesprek gemaakte notitie overgelegd. Hierin is onder meer het volgende opgenomen: *"Ooglidcorrectie alleen bij 50% pupilbedekking. Anders geen vergoeding. In zijn AV is niks opgenomen. Maar ik heb per ongeluk doorgegeven dat hij € 50,- heeft vanuit zijn AV (...)"*
Verzoeker heeft ter zitting gesteld dat het bedrag van € 50,- niet is genoemd. Hij heeft evenwel in de procedure niet dan wel onvoldoende aannemelijk gemaakt dat van de zijde van de ziektekostenverzekeraar, in afwijking van de verzekeringsvoorwaarden, een eenduidige en onvoorwaardelijke telefonische toezegging ten aanzien van de onderhavige behandeling is gedaan.

Conclusie

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



10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.



Zeist, 23 september 2015,



A.I.M. van Mierlo

