

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen E te F
Zaak : Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, bovenooglidcorrectie
Zaaknummer : 2012.00533
Zittingsdatum : 13 juni 2012

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 2011, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2011)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door C te D,

tegen

E te F, hierna 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 [naam ziektekostenverzekeraar] Zorgverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Plus Aanvullende Verzekering en Tand Beter 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. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op volledige vergoeding van de op 22 augustus 2011 bij hem uitgevoerde bovenooglidcorrectie beiderzijds (hierna: de aanspraak). Bij uitkeringsspecificatie van 22 december 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de onderhavige kosten gedeeltelijk worden vergoed, te weten tot een bedrag van € 950,--.

3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 27 februari 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.3. Nadat verzoeker de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen had benaderd, heeft de Ombudsman Zorgverzekeringen hem op 7 maart 2012 medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling. Verzoeker is daarbij geweest op de mogelijkheid de kwestie voor bindend advies voor te leggen aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen.

3.4. Bij brief van 2 april 2012 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 de commissie bij brief van 4 mei 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 9 mei 2012 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben op respectievelijk 15 en 30 mei 2012 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 9 mei 2012 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 11 mei 2012 heeft het CVZ (zaaknummer 2012061931) de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat bij verzoeker geen sprake is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening. Een afschrift van het CVZ-advies is op 21 mei 2012 aan partijen gezonden en zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren. Partijen hebben van deze mogelijkheid geen gebruik gemaakt.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
 - 4.1. In juli 2011 heeft verzoeker een plastisch chirurg geconsulteerd in verband met overhangende bovenoogleden. De overhangende oogleden veroorzaakten veel klachten. De plastisch chirurg vond bovenooglidcorrecties medisch noodzakelijk en heeft bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend. Uit het antwoord van de ziektekostenverzekeraar dat daarop volgde, heeft verzoeker begrepen dat de kosten van de betreffende behandeling volledig zouden worden vergoed. Daarvan uitgaande heeft hij op 22 augustus 2011 de bovenooglidcorrecties laten uitvoeren. De klachten zijn daarmee verholpen.
 - 4.2. 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 verslachte bovenoogleden die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening. Dit speelt bij verzoeker niet. Daarom heeft hij op grond van de zorgverzekering geen aanspraak op een bovenooglidcorrectie beiderzijds. Op basis van de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van een ooglidcorrectie met een maximum van € 950,--. Deze vergoeding heeft verzoeker ontvangen.
 - 5.2. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op de artikelen 10 van de zorgverzekering en 7 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 volledige vergoeding van de op 22 augustus 2011 bij hem uitgevoerde 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 naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 e.v. van de zorgverzekering.

Artikel 18 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op plastische en/of reconstructieve chirurgie bestaat. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

“Uw recht op geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 13 (Medisch specialistische zorg) omvat behandeling van plastisch-chirurgische aard, uitsluitend als deze strekt tot correctie van:

- 1. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;*
- 2. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, een ongeval of een geneeskundige verrichting;*
- 3. verlamde of verslaptte bovenoogleden die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;*

(...)”

- 8.3. Artikel 18 van de zorgverzekering is volgens de artikelen 2.3, 2.9 en 2.10 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. Behandeling van plastisch chirurgische aard is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4, lid 1 onder b Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.1 Rzv.

- 8.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.

- 8.6. Artikel 38 van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op correctie van bovenoogleden, en luidt, voor zover hier van belang:

“Omschrijving:

Correctie van de bovenoogleden

(...)

Indicatie:

verlamde of verslakte bovenoogleden die gepaard gaan met aantoonbare beperkingen van het gezichtsveld. Hiervan is sprake als:

- de pupil enigszins wordt bedekt door de onderrand van het bovenooglid of de overhangende huidplooi als u ontspannen recht vooruit kijkt, of;*
- er een duidelijke beperking van het zijwaartse gezichtsveld is. Dit blijkt uit een uitgesproken hangen van het bovenooglid of overhangende huidplooi aan de zijkant van het oog, of;*
- er aantoonbare onbehandelbaar smetten in de huidplooi van het bovenooglid bestaat.*

Toestemming:

u hebt voorafgaande toestemming nodig. Bij de aanvraag moet u een toelichting van uw behandelend medisch specialist meesturen waarin de aard en de omvang van de afwijking wordt vermeld. Wij vragen u ook een foto mee te sturen (gemaakt door het ziekenhuis/zelfstandig behandelcentrum of uzelf) waarop de afwijking, zoals omschreven onder indicatie, goed zichtbaar is.

(...)

Vergoeding:

(...)

Plus Aanvullende Verzekering

Maximaal € 950”

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Een correctie van de bovenoogleden is uitgesloten van vergoeding, tenzij sprake is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening, aldus is geregeld in artikel 18 van de zorgverzekering. Niet is gebleken dat hiervan bij verzoeker sprake is, hetgeen meebrengt dat de uitsluiting van artikel 18 van de zorgverzekering in dit geval onverkort van toepassing is. Verzoeker heeft daarom geen aanspraak op vergoeding van de correctie van de bovenoogleden ten laste van de zorgverzekering.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.2. Ingevolge artikel 38 van de aanvullende ziektekostenverzekering kan verzoeker aanspraak maken op vergoeding van een bovenooglidcorrectie tot maximaal € 950,--. Blijkens de uitkeringsspecificatie van 22 december 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar dit bedrag vergoed. De ziektekostenverzekeraar is niet gehouden een verdergaande vergoeding te verlenen.

Gewekt vertrouwen

- 9.3. Verzoeker heeft nog aangevoerd dat hij uit de brief van 16 mei 2011 heeft begrepen dat de aangevraagde bovenooglidcorrectie volledig voor vergoeding in aanmerking komt. Zulks kan hem echter niet baten.

Door de behandelend plastisch chirurg is een aanvraag ingediend die de DBC declaratiecode 06/171725 vermeldt. Vervolgens is door de ziektekostenverzekeraar op 16 mei 2011 een machtiging afgegeven. In deze machtiging is de volgende passage opgenomen:

“Begint de DBC declaratiecode met 06/16 of 06/17? Dan hebt u recht op een vergoeding vanuit uw aanvullende verzekering. Hieraan kan een maximum verbonden zijn. Dit betekent dat u mogelijk slechts een deel van de kosten vergoed krijgt. De maximale vergoeding vindt u terug in de verzekeringsvoorwaarden van uw aanvullende verzekering.”

Gelet op de vermelde DBC declaratiecode was verzoeker bekend met, althans kon hij ervan op de hoogte zijn, dat deze passage op hem van toepassing is. Uit genoemde passage blijkt dat verzoeker aanspraak kan maken op een vergoeding ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering en niet ten laste van de zorgverzekering. Verder wordt in bedoelde passage vermeld dat aan de vergoeding ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering een maximum verbonden kan zijn waarbij wordt verwezen naar de verzekeringsvoorwaarden. Verzoeker heeft op basis van deze brief van de ziektekostenverzekeraar niet gerechtvaardigd mogen vertrouwen dat de bovenooglidcorrecties volledig zouden worden vergoed.

Conclusie

- 9.4. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 13 juni 2012,

Voorzitter