



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V. en ONVZ Aanvullende Verzekering N.V.,
beide te Houten
Zaak : Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, couperosebehandeling met laser
Zaaknummer : 201503444
Zittingsdatum : 22 juni 2016



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



(Voorwaarden zorgverzekering 2015, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2015)

1. Partijen



A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

- 
- 1) ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V. te Houten, en
 - 2) ONVZ Aanvullende Verzekering N.V. te Houten,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 
- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (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 ONVZ Vrije Keuze Topfit en ONVZ Tandfit Module D afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Alle hiervoor 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. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van couperosebehandelingen met laser (hierna: de aanspraak). Bij e-mailbericht van 1 december 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Onder meer bij e-mailbericht van 11 december 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft ertoe geleid dat de ziektekostenverzekeraar heeft besloten de eerste couperosebehandeling ten bedrage van € 120,-- coulancehalve te vergoeden.
- 
- 3.4. Bij e-mailbericht van 9 maart 2016 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig 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 26 april 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 3 mei 2016 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben op respectievelijk heeft op 6 en 11 mei 2016 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 3 mei 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 8 juni 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016056763) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat in casu geen sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of verminking. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 14 juni 2016 aan partijen gezonden. Zij zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren. Verzoeker heeft op 15 juni 2016 op het advies van het Zorginstituut gereageerd. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de wederpartij gezonden.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker is bekend met de huidziekte couperose. Door deze ziekte zijn de bloedvaten, met name op zijn neus en wangen, goed te zien. Op verwijzing van de behandelend dermatoloog wordt verzoeker sinds 17 november 2015 in een praktijk voor huidtherapie behandeld aan de couperose door middel van laser.
- 4.2. Alvorens verzoeker deze behandeling heeft laten uitvoeren, heeft hij op 13 mei 2015 om 9:36 uur telefonisch contact gehad met een medewerker van de ziektekostenverzekeraar om te vragen of de kosten hiervan worden vergoed. In antwoord op de door verzoeker gestelde vraag deelde de betreffende medewerker van de ziektekostenverzekeraar hem mede dat de behandeling zou worden vergoed, mits er een indicatie/verwijzing was van een dermatoloog. Aangezien verzoeker beschikte over een verwijzing van zijn dermatoloog is hij hierna gestart met de behandeling.
- 4.3. De verbazing van verzoeker was dan ook groot toen de ziektekostenverzekeraar vergoeding van de eerste couperosebehandeling afwees. Nadien heeft hij verschillende keren bij de ziektekostenverzekeraar zijn beklag gedaan, maar telkens kreeg verzoeker een andere reden te horen dat de behandeling niet werd vergoed. Eerst zou de laserbehandeling worden vergoed tot een maximum van € 1.500,-- gedurende de looptijd van de verzekering en alleen bij overdadige haargroei. Vervolgens is verzoeker medegedeeld dat de laserbehandeling alleen wordt vergoed indien deze van te voren wordt aangevraagd en door de dermatoloog zelf wordt uitgevoerd. Ten slotte heeft de ziektekostenverzekeraar hem medegedeeld dat de behandeling vrijwel nooit ten laste van de zorgverzekering wordt vergoed en dat vergoeding ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering alleen mogelijk is indien de behandeling tot doel heeft de couperose te camoufleren.
- 4.4. In het kader van de bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen heeft de ziektekostenverzekeraar besloten één couperosebehandeling met laser uit coulance te vergoeden. De planning was dat verzoeker vier keer zou worden behandeld, aangezien één behandeling onvoldoende resultaat heeft. Inmiddels heeft verzoeker drie laserbehandelingen ondergaan en wordt het resultaat goed zichtbaar.
- 4.5. Verzoeker 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 een laserbehandeling bij couperose moet worden gezien als een behandeling van plastisch-chirurgische aard en ook als zodanig dient te worden beoordeeld. Bij de beoordeling of in de situatie van verzoeker kan worden gesproken van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of verminking is de ziektekostenverzekeraar uitgegaan van de "Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch-chirurgische aard" van de VAGZ. In deze werkwijzer staat dat bij behandelingen van couperose (teleangiëctasiën) door middel van laser doorgaans geen sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of verminking. Gelet hierop stond het de ziektekostenverzekeraar vrij vergoeding van de kosten af te wijzen.
- 5.2. Verzoeker stelt zich op het standpunt dat hij op 13 mei 2015 telefonisch contact heeft gehad met een medewerker van de ziektekostenverzekeraar. Aangezien de ziektekostenverzekeraar van het betreffende gesprek geen notitie heeft gemaakt, kan hij bevestigen noch ontkennen dat met verzoeker telefonisch contact is geweest. Wel stelt de ziektekostenverzekeraar vast dat aan verzoeker aanvankelijk onjuiste antwoorden zijn gegeven nadat de eerste behandeling had plaatsgevonden. Gelet op die foutieve informatie is de ziektekostenverzekeraar bereid de kosten van de eerste couperosebehandeling ten bedrage van € 120,-- alsnog coulancehalve te vergoeden.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op artikel 10 van 'Deel A' van de zorgverzekering 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 restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen 1 e.v. van 'Deel B' van de zorgverzekering.
- 8.3. Artikel 6 van 'Deel B' de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"c. Behandelingen van plastisch-chirurgische aard

De kosten van behandeling van plastisch-chirurgische aard vallen alleen onder de aanspraak als de behandeling is bestemd voor correctie van:

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

- 
- 8.4. Artikel 6 van 'Deel B' is volgens artikel 2 lid 1 van 'Deel A' 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.
- 
- 8.7. Artikel 12 lid 2 van 'Deel B' van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op camouflagetherapie en luidt, voor zover hier van belang:

"Camouflagetherapie

ONVZ vergoedt de kosten van instructielessen voor camouflagetherapie door een schoonheidsspecialist of een huidtherapeut en de hiervoor te gebruiken cosmetische producten. De behandeling vindt plaats op voorschrift van de huisarts. Dit voorschrift stuurt u mee met de declaratie."

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 
- 9.1. De zorgverzekering biedt aanspraak op behandelingen van plastisch-chirurgische aard, waaronder een couperosebehandeling, indien sprake is van een (verzekerings)indicatie in de vorm van aantoonbare lichamelijke functiestoornissen dan wel verminking als bedoeld in artikel 6 van 'Deel B' van de zorgverzekering. Nu gesteld noch gebleken is dat bij verzoeker sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis die verband houdt met couperose, rest de vraag of bij hem verminking als bedoeld in artikel 6 van 'Deel B' van de zorgverzekering aan de orde is.
- 
- 9.2. Van verminking is slechts sprake in geval van een ernstige misvorming, die al dan niet met weefseldefecten gepaard gaat (zie ook GcZ, 5 november 2007, ANO07.289). Gelet op de ontstaansgeschiedenis van de term "verminking" in de huidige regelgeving gaat het daarbij om verworven aandoeningen, zoals misvorming van de handen door reumatoïde artritis, misvorming door verlamming van de aangezichtszenew, misvorming door brandwonden, replantatie van ledematen, reconstructie van geamputeerde ledematen of van geamputeerde mammae. In de "Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch chirurgische aard" van de VAGZ is toegelicht dat in het geval van couperose doorgaans geen sprake is van verminking in deze zin. Gelet op het feit dat de couperose bij verzoeker alleen op zijn neus en wangen aanwezig is, is de commissie van oordeel dat in zijn geval niet kan worden gesproken van verminking als bedoeld in artikel 6 van 'Deel B' van de zorgverzekering.
- 
- 
- 
- 

- 9.3. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat verzoeker geen aanspraak heeft op vergoeding ten laste van de zorgverzekering van de kosten van de behandeling van couperose met laser.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.4. Op grond van artikel 12 lid 2 van 'Deel B' van de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van camouflagetherapie. Hoewel de behandeling plaatsvindt in een praktijk voor huidtherapie, door een huidtherapeut, staat vast dat de behandeling met laser niet tot doel heeft de couperose te camoufleren. De commissie is daarom van oordeel dat de aanspraak niet op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering kan worden toegewezen.

Telefonische toezegging

- 9.5. Door verzoeker is gesteld dat hij op 13 mei 2015 telefonisch contact heeft gehad met een medewerker van de ziektekostenverzekeraar, bij welke gelegenheid verzoeker is medegedeeld dat de gehele behandeling zou worden vergoed, mits op verwijzing van een dermatoloog. De ziektekostenverzekeraar heeft volgens zijn verklaring van het betreffende gesprek geen telefoonnotitie gemaakt. De commissie merkt op dat het aan verzoeker, als stellende partij, is aannemelijk te maken dat hem tijdens het telefoongesprek bepaalde toezeggingen zijn gedaan. Verzoeker is hierin niet geslaagd. Daarbij overweegt de commissie dat het moeilijk is de exacte vraagstelling en de beantwoording daarvan te reconstrueren, terwijl dan nog het probleem blijft hoe dit antwoord luidde, respectievelijk mocht worden opgevat. Aan het feit dat de ziektekostenverzekeraar in de procedure bij de Ombudsman Zorgverzekeringen heeft besloten de eerste couperosebehandeling met laser ten bedrage van € 120,-- uit coulance te vergoeden, kan verzoeker geen rechten ontleen. Ten tijde van de daaropvolgende behandeling was verzoeker op de hoogte van het standpunt van de ziektekostenverzekeraar.

Conclusie

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

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 22 juni 2016,

A.I.M. van Mierlo