

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vertegenwoordigd door E te F tegen C te D
Zaak : Iran, geneeskundige zorg, D.C.R. surgery in verband met
nasolacrimal duct obstruction, bovenooglidcorrectie
Zaaknummer : 2011.01160
Zittingsdatum : 14 september 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, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2010)

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door E te F
tegen

C te D hierna 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 [naam ziektekostenverzekeraar] Zorgverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Zorg Compleet Aanvullende Verzekering afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide 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 vergoeding van de kosten verbonden aan “D.C.R. surgery” in verband met “nasolacrimal duct obstruction” en een bovenooglidcorrectie, uit te voeren in Teheran (Iran) (hierna: de aanspraak). Bij brief van 10 juni 2010 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 5 april 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. Bij brief van 9 mei 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).
- 3.4. 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.
- 3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 20 juli 2011 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 22 juli 2011 aan verzoekster ge-

zonden.

- 3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar hebben op 27 juli respectievelijk 11 augustus 2011 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden.
- 3.7. Bij brief van 22 juli 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 15 augustus 2011 heeft het CVZ (zaaknummer 2011078414) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat een geldige verwijzing ontbreekt. Een afschrift van het CVZ-advies is op 17 augustus 2011 aan partijen gezonden. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren. Zij hebben van deze gelegenheid geen gebruik gemaakt.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Verzoekster stelt dat zij in Nederland een neusoperatie heeft ondergaan, waardoor haar traanbuis is beschadigd. Indien zij hieraan niet werd geholpen, zou zij blind kunnen worden. In Nederland bestond echter een lange wachtlijst voor de ingreep. In Iran kon verzoekster direct worden geholpen. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om toestemming gevraagd. Omdat het antwoord hierop echter lang op zich liet wachten, heeft verzoekster de ingreep laten plaatsvinden en heeft zij de kosten hiervan zelf voorgesloten. Aangezien twee geraadpleegde oogartsen in Nederland de ingreep noodzakelijk vonden, en deze in Iran naar behoren is uitgevoerd, dient de ziektekostenverzekeraar de kosten van de ingreep te vergoeden.
- 4.2. 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 de behandelend oogarts verzoekster niet specifiek naar de arts in Teheran heeft verwezen. Om die reden is geen sprake van een geldige verwijzing, en komen de kosten van de ingreep niet voor vergoeding in aanmerking.
- 5.2. 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, 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 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 tot en met 34 van de zorgverzekering.
- 8.3. Artikel 13 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“U hebt recht op geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten deze plegen te bieden, met inbegrip van het daarbij behorende laboratoriumonderzoek. (...)

Verwijzing door:

huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts voor verstandelijk gehandicapten, tandarts, verloskundige, medisch specialist of kaakchirurg.(...)”

- 8.4. Artikel 18 van de zorgverzekering regelt de aanspraak op behandeling van plastisch-chirurgische aard en luidt, voor zover hier van belang:

“Omschrijving:

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 verslachte bovenoogleden die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;*

(...)

U hebt geen recht op:

- a. behandeling van verlamde of verslachte bovenoogleden als er geen sprake is van een aangeboren afwijking of van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;*

(...)

Verwijzing door:

huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist of kaakchirurg.(...)”

- 8.5. Artikel 9 van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

“Als u woont of tijdelijk verblijft in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland kunt u voor zorg kiezen uit:

- zorg volgens het wettelijke verzekeringspakket in een EU-/EER-land of verdragsland, als dit voor u van toepassing is. Dit recht op zorg is geregeld in de EU-sociale-zekerheidsverordening of een sociaalzekerheidsverdrag;*
- zorg door een zorgaanbieder of zorginstelling die door [de ziektekostenverzekeraar] is gecontracteerd;*
- vergoeding van de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. De kosten worden vergoed tot maximaal het bedrag dat u zou krijgen als u in Nederland*

zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder.(...)"

- 8.6. De artikelen 9, 13 en 18 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2.1 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.7. 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. Medisch-specialistische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv. Plastische chirurgie is geregeld in artikel 2.4 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.1 Rzv. Artikel 13 Zvw regelt de aanspraak op zorg indien een verzekerde kiest voor een zorgaanbieder die niet door de zorgverzekeraar is gecontracteerd.
- 8.8. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 8.9. Artikel 2.3 van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op een bovenooglidcorrectie en luidt, voor zover hier van belang:

"correctie van bovenoogleden in een daartoe gecontracteerd ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum. (...)

Indicatie:

een zeer ernstige gezichtsveldbeperking. Hiervan is sprake als de onderrand van het bovenooglid of de overhangende huidplooi 1 mm boven het centrum van de pupil hangt of lager. Gemeten wordt ter hoogte van het centrum van de pupil terwijl de verzekerde ontspannen recht vooruit kijkt."

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Vast staat dat bij verzoekster twee ingrepen zijn uitgevoerd, namelijk een bovenooglidcorrectie en een operatie aan de traanbuis.
- 9.2. Ten aanzien van de bovenooglidcorrectie geldt dat, ook indien een indicatie als bedoeld in artikel 18 van de zorgverzekering aanwezig is, gelet op de in de betreffende bepaling opgenomen uitsluiting, de zorgverzekering voor deze ingreep alleen dekking biedt indien sprake is van verlamde of verslapte bovenoogleden die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening. In alle andere situaties is deze ingreep uitgesloten van vergoeding. Gesteld noch gebleken is dat bij verzoekster sprake is van een aangeboren afwijking dan wel van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening, zodat zij geen aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van een bovenooglidcorrectie, ten laste van de zorgverzekering.
- 9.3. De onderhavige "D.C.R. surgery" die is uitgevoerd in verband met een beschadigde traanbuis, is in beginsel een verzekerde prestatie. Verzoekster heeft – gelet op de verklaring van de oogarts – een indicatie voor deze ingreep. De ziektekostenverzeke-

raar heeft zich bij zijn afwijzing beroepen op het ontbreken van een geldige verwijzing.

- 9.4. Het ontbreken van een verwijzing is meer dan een formeel gebrek. Het verwijzingsvereiste is een middel waarmee de huisarts of medisch specialist zijn functie als poortwachter kan waarmaken. Als een verwijzing ontbreekt, bestaat de mogelijkheid dat de huisarts of medisch specialist vindt dat de patiënt in redelijkheid niet is aangewezen op de gevraagde specialistische behandeling. Tevens kan de huisarts of medisch specialist op goede gronden een verwijzing naar een specifieke arts weigeren, als de huisarts of medisch specialist die specifieke arts onvoldoende bekwaam acht, of twijfels heeft over de kwaliteit van de indicatiestelling of het wetenschappelijke gehalte van de specialist, bij wie zijn patiënt zich onder behandeling heeft gesteld.
- 9.5. De commissie heeft eerder geoordeeld (o.a. GcZ 4 juli 2007, 2007.00373) dat een verwijzing moet voldoen aan de volgende voorwaarden:
- de verwijzing moet afkomstig zijn van een huisarts of specialist die is ingeschreven in het register van erkende huisartsen van de KNMG respectievelijk in het specialistenregister van de KNMG, of een vergelijkbaar register in een andere Europese lidstaat;
 - de verwijzing moet ten minste een specifieke vraagstelling inhouden aan een met name genoemde arts of ter beoordeling van een met name genoemd specialisme dan wel een specifieke afdeling van een instelling.
- 9.6. In het dossier bevindt zich een verklaring van de behandelend oogarts in Nederland, waarin hij verklaart dat verzoekster er de voorkeur aan geeft de ingreep in Iran te laten plaatsvinden. Hij adviseert verzoekster de aanvraag hiervoor bij de ziektekostenverzekeraar in te dienen. Deze verklaring is niet aan te merken als een gerichte verwijzing door deze oogarts naar de oogarts in Iran. Uit de stukken is niet gebleken dat de oogarts dan wel de behandelend huisarts gericht heeft verwezen naar de behandelend arts in Iran. Om die reden komen de kosten van de door verzoekster ondergane ingreep niet voor vergoeding in aanmerking.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.7. Een bovenooglidcorrectie is gedekt onder de aanvullende ziektekostenverzekering indien de ingreep wordt uitgevoerd in een daartoe door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerd ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum. Vast staat dat de ingreep niet heeft plaatsgevonden in een gecontracteerd ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum, zodat verzoekster geen aanspraak heeft op vergoeding van de kosten hiervan, ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 9.8. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor “D.C.R. surgery”, zodat het verzoek om vergoeding van de kosten hiervan niet op basis van die verzekering kan worden toegewezen.

Conclusie

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

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 14 september 2011,

Voorzitter