

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen C te D
Zaak : Aanvullende ziektekostenverzekering, bovenooglidcorrectie
Zaaknummer : 2012.00947
Zittingsdatum : 31 oktober 2012

1. Partijen

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

tegen

C te D hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering [naam ziektekostenverzekeraar] ZorgActief (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). De zorgverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar voor het jaar 2010 de aanvullende ziektekostenverzekering ZorgActief 1 ster afgesloten, en voor het jaar 2011 de aanvullende ziektekostenverzekering ZorgActief 2 sterren (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).

De eveneens door verzoeker afgesloten aanvullende ziektekostenverzekering GebitActief 1 ster is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

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 vergoeding van de kosten van een bovenooglidcorrectie (hierna: de aanspraak). Op 29 december 2011 ontving hij een nota van het ziekenhuis, nadat was gebleken dat de ziektekostenverzekeraar de kosten van de ingreep niet zou vergoeden.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 23 februari 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. Bij brief van 29 mei 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 aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.4. 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.

- 3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 9 augustus 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 14 augustus 2012 aan verzoeker gezonden.
- 3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 18 augustus 2012 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 11 oktober 2012 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.7. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 31 oktober 2012 telefonisch gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. In 2010 heeft de oogarts verzoeker geadviseerd een bovenooglidcorrectie te laten uitvoeren in verband met een gezichtsveldbeperking en vermoeidheid van de ogen. Op 29 november 2010 heeft verzoeker hieromtrent telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar. Bij die gelegenheid werd hem medegedeeld dat de aanvullende ziektekostenverzekering ZorgActief 2 sterren dekking biedt voor een bovenooglidcorrectie. Daarnaast werd gezegd dat contact zou worden opgenomen met het Gelre ziekenhuis, om te onderzoeken of dat ziekenhuis was gecontracteerd. Naar aanleiding hiervan heeft verzoeker voorgesteld de dekking van zijn aanvullende ziektekostenverzekering met ingang van 1 januari 2011 te verhogen naar de variant met 2 sterren. In het betreffende telefoongesprek is in samenspraak met de medewerker van de ziektekostenverzekeraar besloten voornoemde wijziging door te voeren.
- 4.2. Op 3 december 2010 ontving verzoeker telefonisch nog enige informatie, en werd hem per e-mail het adres waar hij de aanvraag voor de bovenooglidcorrectie naartoe kon sturen doorgegeven. Voorts werd hem medegedeeld dat indien de ingreep in 2011 zou worden uitgevoerd, deze onder de dekking van de gewijzigde aanvullende ziektekostenverzekering zou vallen. Op 5 december 2010 heeft verzoeker alle onderbouwende stukken ingediend. In een begeleidende brief heeft hij aangegeven dat de ingreep in 2011 zal plaatsvinden en dat de aanvullende ziektekostenverzekering met het oog daarop met ingang van 1 januari 2011 wordt gewijzigd. De stukken die nodig waren voor de wijziging van de aanvullende ziektekostenverzekering heeft verzoeker op 8 december 2010 naar de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 4.3. Tot zijn verbazing ontving verzoeker op 16 december 2010 het bericht van de ziektekostenverzekeraar dat zijn aanvraag – van 14 december 2010, welke datum verzoeker niet kan verklaren – was ontvangen en afgewezen. Op 20 december 2010 nam de ziektekostenverzekeraar telefonisch contact met hem op. Bij die gelegenheid werd hem medegedeeld dat de brief inzake de afwijzing en de stukken betreffende de wijziging van de aanvullende ziektekostenverzekering, elkaar hadden gekruist. De zaak zou opnieuw worden bekeken. Op 24 december 2010 vond wederom telefonisch contact met de ziektekostenverzekeraar plaats. Verzoeker werd geadviseerd de oogarts te benaderen om het dossier uit 2010 te laten sluiten, en vervolgens in 2011 de zaak te heropenen en dan opnieuw een aanvraag voor een bovenooglidcorrectie in te die-

nen. De nieuwe aanvraag zou dan worden goedgekeurd volgens de betreffende medewerker. Verzoeker heeft conform dit advies contact opgenomen met de oogarts. Er werd voorgesteld een afspraak te maken voor een nieuw consult in 2011. Op 6 januari 2011 vond dit – telefonische – consult met de oogarts plaats. Naar aanleiding hiervan ontving verzoeker een nieuw formulier “aanvraag machtiging DBC”, gedateerd 6 januari 2011. Dit formulier, tezamen met de gevraagde foto's, heeft verzoeker op 6 januari 2011 naar de ziektekostenverzekeraar gestuurd. Op 14 januari 2011 ontving verzoeker een brief van de ziektekostenverzekeraar waarin hem werd medegedeeld dat de aanvraag niet nodig is, en dat indien hij een medische indicatie heeft, de kosten worden vergoed ten laste van aanvullende ziektekostenverzekering. Eenzelfde brief werd ook aan het ziekenhuis gezonden. Aangezien sprake was van een medische indicatie, gelet op de aanvraag van de oogarts van 6 januari 2011, en de gewijzigde aanvullende ziektekostenverzekering was ingegaan op 1 januari 2011, vertrouwde verzoeker erop dat alles in orde was. Bovendien had hij nimmer een andersluidend bericht of een afwijzende beslissing op zijn brief van 6 januari 2011 ontvangen van de ziektekostenverzekeraar.

- 4.4. In april 2011 werd de ingreep naar tevredenheid uitgevoerd. Tot zijn grote verbazing ontving verzoeker op 29 december 2011 een factuur van het ziekenhuis omdat was gebleken dat de ziektekostenverzekeraar de kosten van de bovenooglidcorrectie niet had voldaan. In reactie hierop heeft verzoeker op 30 december 2011 een brief naar de ziektekostenverzekeraar gezonden. Deze brief werd als klacht behandeld en er volgde een heroverweging. De uitkomst hiervan was dat de bovenooglidcorrectie niet wordt vergoed. Voor verzoeker was hiermee de maat vol. Hij had de afwijzing graag direct na zijn aanvraag vernomen, en bovendien had het advies in 2011 een nieuwe aanvraag in te dienen, hem niet moeten worden gegeven.
- 4.5. Verzoeker stelt dat de ziektekostenverzekeraar niet snel, zorgvuldig en adequaat heeft gehandeld, en voelt zich misleid. Er is sprake van dwaling bij het aangaan en uitvoeren van de overeenkomst. Hij heeft te goeder trouw gehandeld, en heeft mogen afgaan op de adviezen van de ziektekostenverzekeraar als deskundige in dezen. Verzoeker wenst tot een oplossing te komen, te meer omdat hij in het verleden goede ervaringen heeft gehad met de ziektekostenverzekeraar.
- 4.6. Ter zitting is door verzoeker zijn standpunt herhaald. Voorts heeft verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat het incorrect en onbegrijpelijk is dat de ziektekostenverzekeraar stelt dat de brief van 14 januari 2011 geen positieve of negatieve reactie is op de aanvraag, en dat het indienen van een nieuwe aanvraag door de plastisch chirurg een frauduleuze handeling is. De ziektekostenverzekeraar had direct moeten mededelen dat de kosten van de bovenooglidcorrectie niet zouden worden vergoed. Verzoeker is niet gewezen op de reeds geopende DBC.
- 4.7. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. Aanspraak bestaat op plastische chirurgische correctie van bovenoogleden wanneer sprake is van aantoonbare lichamelijke functiestoornissen. Een DBC-code beschrijft een afgesloten en gevalideerd traject van medisch specialistische en specialistische (tweedelijns) zorg. De DBC omvat de zorgvraag, het zorgtype, de diagnose en de behandeling. Het DBC-traject vangt aan op het moment dat een verzekerde zich meldt met een zorgvraag, en wordt afgesloten aan het eind van de behandeling, dan wel na 365 dagen. Door het College Tarieven Gezondheidszorg zijn destijds regels gesteld omtrent het declareren van zorg in de vorm van DBC-prestatiecodes. De strekking van deze regels is, voor zover hier van belang, verwoord in artikel 11 lid 2 in samenhang met artikel 1 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering. Op grond hiervan dient een DBC-prestatiecode te worden geopend op het moment dat de zorgvraag aan een zorgverlener wordt voorgelegd. Aan het eind van de behandeling dan wel na 365 dagen wordt de DBC-prestatiecode gesloten. Een DBC bestaat uit vier onderdelen: zorgvraag, zorgtype, diagnose en behandeling. Diagnose en behandeling leiden samen tot één prijs die het ziekenhuis voor een behandeling in rekening mag brengen. Aan elke DBC is een unieke code gekoppeld, een prestatiecode, met een eigen tarief.
- 5.2. Op 14 december 2010 is een aanvraag ontvangen voor een blepharochalasis correctie in verband met een gezichtsveldbeperking. Het aanvraagformulier is gedateerd 3 december 2010. Het Gelre Ziekenhuis heeft een behandeling met DBC-code 01110002550031 gedeclareerd over de periode van 28 oktober 2010 tot en met 20 mei 2011. Uit deze DBC blijkt dat verzoeker onder behandeling is van een oogarts in het Gelre Ziekenhuis. Door deze oogarts mag geen tweede DBC worden geopend voor dezelfde behandeling. De in april 2011 verrichte behandeling valt onder deze DBC, waarvan de ingangsdatum (28 oktober 2010) bepalend is voor de vergoeding. Dat de oogarts van verzoeker een nieuwe aanvraag heeft ingediend met als datum 6 januari 2011 maakt dit niet anders. Het is de specialist die bepaalt welke DBC van toepassing is. Verzoeker had op de ingangsdatum van de DBC niet de juiste aanvullende ziektekostenverzekering. De verzekering kende geen dekking voor een bovenooglidcorrectie en de kosten hiervan komen daarom niet voor vergoeding in aanmerking.
- 5.3. Op 29 november 2010 heeft telefonisch contact plaatsgevonden met verzoeker. In onderling overleg is toen besloten de aanvullende ziektekostenverzekering met ingang van 1 januari 2011 van 1 ster naar 2 sterren te wijzigen. Op 29 november 2010 was verzoeker nog niet voor een eerste consult voor een bovenooglidcorrectie bij de oogarts geweest. Op dat moment was het advies van de ziektekostenverzekeraar dus juist. Ook is de afdeling Zorgbemiddeling ingeschakeld voor verzoeker. Op 3 december 2010 vond wederom telefonisch contact met verzoeker plaats. Toen bleek dat hij zich reeds tot de oogarts had gewend voor een eerste consult inzake de bovenooglidcorrectie. Op dat moment kon de ziektekostenverzekeraar alleen nog maar adviseren de aanvraag in te dienen.
- 5.4. Het Gelre ziekenhuis declareerde de kosten van de bovenooglidcorrectie rechtstreeks bij de ziektekostenverzekeraar met ingangsdatum 28 oktober 2010. Deze declaratie is afgewezen, waarna het ziekenhuis verzoeker een nota stuurde. Ook op deze nota staat de ingangsdatum van 28 oktober 2010 vermeld.
- 5.5. Uit de brief van het Gelre ziekenhuis van 24 december 2010 blijkt dat verzoeker op 6 januari 2011 een telefonisch consult had. De tweede aanvraag heeft verzoeker ook

op die datum aan de ziektekostenverzekeraar gezonden. Omdat de ingangsdatum van de DBC bepalend is, is telefonisch contact opgenomen met de polikliniek Oogheelkunde van het Gelre ziekenhuis. Een medewerker aldaar vertelde dat het telefonisch consult een vervolg was op het eerdere consult van 3 december 2010. Derhalve neemt de ziektekostenverzekeraar laatstgenoemde datum als bepalend aan. Op dat moment had verzoeker niet de aanvullende ziektekostenverzekering 2 sterren, zodat de kosten van de bovenooglidcorrectie terecht niet worden vergoed.

- 5.6. Bij brief van 14 januari 2011 is gereageerd op de nieuwe aanvraag die verzoeker had ingestuurd. In deze brief wordt inderdaad geen negatief, maar ook geen positief antwoord gegeven. Wel is verzoeker geïnformeerd over de aanvullende ziektekostenverzekering en het feit dat de ingangsdatum van de DBC bepalend is. Ook in de brief van 16 december 2010 is verzoeker hierover geïnformeerd.
- 5.7. Op 22 december 2010 heeft verzoeker telefonisch contact gehad met de afdeling Klantenservice. Bij brief van 26 januari 2011 is verzoeker een overzicht verstrekt van deze telefonische contacten. Hieruit blijkt dat verzoeker telkens correcte uitleg is gegeven. De ziektekostenverzekeraar voert aan dat verzekeraars zich niet mogen bemoeien met de ingangsdatum van de DBC; de medisch specialist bepaalt deze. Daarom is verzoeker op 22 december 2010 naar het ziekenhuis verwezen. Van onduidelijke en ongeclausuleerde toezeggingen op grond waarvan verzoeker erop mocht vertrouwen dat de gevraagde behandeling zou worden vergoed, is niet gebleken.
- 5.8. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat de basis voor de vergoeding een DBC is. Dit is duidelijk uitgelegd in de voorwaarden. Met het eerste consult wordt de DBC geopend. Dit consult heeft in 2010 plaatsgevonden, zodat de voorwaarden van dat jaar gelden. Er is wel een nieuwe aanvraag ingediend door de plastisch chirurg, maar er is geen nieuwe DBC geopend. De ziektekostenverzekeraar stelt dat door een medewerker aan verzoeker is uitgelegd wat een DBC inhoudt. Bovendien is verzoeker duidelijk verteld dat de DBC is aangevangen in 2010. Uit de notities van de telefoongesprekken met verzoeker is niet op te maken in welk kader over de wijziging van de aanvullende ziektekostenverzekering is gesproken. Verzoeker is wel gewezen op de geopende DBC. Tot slot stelt de ziektekostenverzekeraar dat ook uit de brief van 14 januari 2011 duidelijk volgt dat het eerste consult wordt gehanteerd voor de opening van de DBC.
- 5.9. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.
6. De bevoegdheid van de commissie
- 6.1. Gelet op artikel 16 van de algemene voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering (2010-2011) is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.
7. Het geschil

7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar is gehouden de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarde

8.1. Voor de beoordeling van dit geschil is de volgende verzekeringsvoorwaarde relevant.

8.2. Artikel 3 van de aanvullende ziektekostenverzekering (2010) dat plastische en cosmetische chirurgie betreft, luidt voor zover hier van belang:

“1 Plastische chirurgie (met medische indicatie)

Wij vergoeden de kosten van plastische chirurgische correctie van bovenoogleden wanneer er sprake is van aantoonbare lichamelijke functiestoornissen.

Voorwaarde

De behandeling moet worden uitgevoerd door een hiervoor door ons gecontracteerde zorgverlener. Een lijst met gecontracteerde zorgverleners kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

ZorgActief aanvulling

1 ster geen dekking

2 sterren 100%

(...)”

Artikel 3 van de aanvullende ziektekostenverzekering (2011) is van eenzelfde strekking.

9. Beoordeling van het geschil

9.1. Verzoeker maakt aanspraak op vergoeding van de kosten van een bovenooglidcorrectie ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat indien de ingangsdatum van de DBC in 2011 zou liggen, over zou worden gegaan tot vergoeding. Tussen partijen is dus niet in geschil dat verzoeker een indicatie heeft in de zin van artikel 3 lid 1 van de aanvullende ziektekostenverzekering (2010-2011).

Op grond van de door de ziektekostenverzekeraar overgelegde informatie blijkt de ingangsdatum van de DBC 28 oktober 2010 te zijn.

Aangezien verzoeker voor het jaar 2010 de aanvullende ziektekostenverzekering met 1 ster had afgesloten – waarin geen dekking is opgenomen voor de onderhavige kosten –, komt de bovenooglidcorrectie niet voor vergoeding ten laste van deze verzekering in aanmerking.

9.2. Door verzoeker is gesteld dat hij op advies van de ziektekostenverzekeraar eind 2010 zijn aanvullende ziektekostenverzekering heeft gewijzigd, zodat hij vanaf 1 januari 2011 een aanvullende ziektekostenverzekering had die wel dekking bood voor de bovenooglidcorrectie. Derhalve dient te worden beoordeeld of de ziektekostenverzekeraar in 2010 en 2011 op zodanige wijze heeft gehandeld dat bij verzoeker het gerechtvaardigd vertrouwen is gewekt dat de kosten van de bovenooglidcorrectie, mits uitgevoerd in 2011, zouden worden vergoed.

- 9.3. Vast staat dat partijen op 29 november 2010 telefonisch contact hebben gehad, bij welke gelegenheid in onderling overleg is besloten de aanvullende ziektekostenverzekering met ingang van 1 januari 2011 te verhogen van 1 ster naar 2 sterren. Volgens verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar hem tijdens een volgend telefoongesprek op 24 december 2010 toegezegd dat, indien hij in 2011 een nieuwe aanvraag voor een bovenooglidcorrectie zou indienen, deze zou worden goedgekeurd. De ziektekostenverzekeraar bestrijdt niet dat telefonisch contact heeft plaatsgevonden – zij het op 22 december 2010 en niet op 24 december 2010 – maar wel dat een zodanige toezegging is gedaan.
- 9.4. In de procedure is door verzoeker aangetoond, noch aannemelijk gemaakt dat van de zijde van de ziektekostenverzekeraar, in afwijking van de verzekeringsvoorwaarden, bepaalde telefonische toezeggingen zijn gedaan. Daarbij is van belang dat door de ziektekostenverzekeraar een registratie van het betreffende telefoongesprek is overgelegd, waaruit blijkt dat geen toezegging is gedaan en dat verzoeker zelf bij het ziekenhuis zou informeren naar de vergoeding van de ooglidcorrectie.
- 9.5. Op 6 januari 2011 heeft verzoeker een nieuwe aanvraag voor de bovenooglidcorrectie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. Hierop heeft de ziektekostenverzekeraar bij brief van 14 januari 2011 gereageerd. In deze brief wordt verzoeker medegedeeld dat het niet nodig is een machtiging aan te vragen voor een bovenooglidcorrectie, aangezien het Gelre ziekenhuis een gecontracteerde zorgverlener is, en dat de kosten van de ingreep worden vergoed indien sprake is van een medische indicatie en de aanvullende ziektekostenverzekering 2 sterren is afgesloten. Verzoeker heeft de ingreep laten uitvoeren, echter eind 2011 ontving hij hiervoor een nota van het ziekenhuis.
- 9.6. De commissie is van oordeel dat verzoeker ten tijde van de ingreep in 2011 gerechtvaardigd er op mocht vertrouwen dat de kosten hiervan zouden worden vergoed. De brief van de ziektekostenverzekeraar van 14 januari 2011 is hierin doorslaggevend. Verzoeker voldeed aan de in deze brief gestelde voorwaarden. Zo had hij vanaf 1 januari 2011 de aanvullende ziektekostenverzekering 2 sterren, en was sprake van een medische indicatie voor de ingreep. Hoewel niet noodzakelijk, was een machtiging voor de ingreep – uit te voeren in 2011 – aangevraagd. Dat reeds in 2010 een DBC werd geopend, maakt het voorgaande niet anders. Bij eerdere gelegenheden werd gesproken over de mogelijkheid van het indienen van een nieuwe aanvraag, zodat verzoeker mocht aannemen dat dit een reële optie was. Indien dit is bevestigd door een door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder en deze zijn handelen hierop heeft afgestemd – met name door een telefonisch consult te plannen op 6 januari 2011 – is het aan de ziektekostenverzekeraar de zorgaanbieder hierop rechtstreeks aan te spreken gelet op de contractuele relatie tussen de ziektekostenverzekeraar en de zorgaanbieder. Verzoeker kan een en ander niet worden tegengeworpen.

Conclusie

- 9.7. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen.
- 9.8. Aangezien het verzoek wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het betaalde entreegeld aan verzoeker te vergoeden.

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek toe.

10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden een bedrag van € 37,--.

Zeist, 21 november 2012,

Voorzitter