



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen De Friesland Zorgverzekeraar N.V. en De Friesland Particuliere Ziektekostenverzekeringen N.V., beide te Leeuwarden.
Zaak : Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, lasertherapie, indicatie, discriminatie, onzorgvuldige klachtafhandeling, coulance
Zaaknummer : 201700063
Zittingsdatum : 8 november 2017

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2016, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2016)

1. Partijen

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

tegen

- 1) De Friesland Zorgverzekeraar N.V., en
- 2) De Friesland Particuliere Ziektekostenverzekeringen N.V., beide te Leeuwarden
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 Zelf Bewust Polis (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 AV Optimaal afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De eveneens door verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar afgesloten aanvullende verzekering AV Tand Standaard is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op lasertherapie (hierna: de aanspraak). Bij brief van 15 december 2016 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 brief van 29 december 2016 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 7 juni 2017 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 6 september 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 6 september 2017 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 14 september 2017 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 19 september 2017 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10, negende lid, van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat de onderhavige zaak enkelvoudig wordt afgedaan.
- 3.9. Bij brief van 6 september 2017 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 26 september 2017 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2017040710) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de volgende grond: *"de vraag is of er in deze zaak een verzekeringsindicatie is voor lasertherapie. Omdat het een behandeling betreft die een puur cosmetisch karakter kan hebben, moet deze worden getoetst aan de verzekeringsvoorwaarden voor behandeling van plastisch chirurgische aard. De voorwaarden voor vergoeding staan beschreven in de 'Werkwijzer plastische chirurgie'. Bij behandelingen van plastisch chirurgische aard is slechts een verzekeringsindicatie als sprake is van aantoonbare lichamelijke functiestoornissen of een verminking. In de Werkwijzer staat in het hoofdstuk over 'Pigment stoornissen van de huid' opgenomen dat bij post inflammatoire hyperpigmentatie behandeling niet voor vergoeding in aanmerking komt, omdat hierbij geen sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of verminking. In de Werkwijzer staat verder opgenomen dat psychisch lijden geen verzekeringsindicatie is voor behandelingen van plastisch chirurgische aard."* Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 28 september 2017 aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 8 november 2017 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.11. Bij brief van 8 november 2017 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 9 november 2017 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. De behandelend huidtherapeut heeft het volgende over verzoeker verklaard: *"(...) Dhr. is gediagnosticeerd met postinflammatoire hyperpigmentaties in het gelaat (baardstreek). Na medicatiegebruik in 2013 zijn er heftige onstekingen en hyperpigmentaties opgetreden. Meneer ervaart hier zeer veel hinder van. De baardstreek is pijnlijk en door de hyperpigmentaties is ook het aspect van de huid zeer veranderd, waar meneer psychisch onder lijdt. Hij is voor laserontharing van het gelaat doorverwezen door de huisarts naar onze praktijk aangezien de oorzaak ligt bij de haarfollikels. Wij zouden door middel van laserbehandeling de haargroei in de baardstreek sterk kunnen verminderen waardoor onstekingen en hyperpigmentaties afnemen en ook nieuwe laesies voorkomen worden.(...)"*
- 4.2. Bij verzoeker is sinds 2013 sprake van een verkleuring van de huid, als een bijwerking van medicatie. Voorts heeft hij in het verleden last gehad van acne. In december 2014 en december 2015 is verzoeker hiervoor verwezen naar een schoonheidssalon, alwaar hij in 2015 behandelingen heeft ondergaan. Verzoeker verwijst in dit verband naar de verklaring van de behandelend

schoonheidsspecialiste. De pogingen om van zijn klachten af te komen hebben niet tot resultaat geleid. De huisarts heeft daarom op 30 november 2016 een verwijzing voor lasertherapie afgegeven. De lasertherapie is medisch noodzakelijk en wordt, gelet op de verwijzing van de huisarts en de verklaring van de huidtherapeut, niet vanuit cosmetisch oogpunt aangevraagd. Anders dan de ziektekostenverzekeraar stelt, is sprake van doelmatige zorg.

- 4.3. De ziektekostenverzekeraar maakt volgens verzoeker verboden onderscheid naar geslacht door vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering lasertherapie voor vrouwen onder voorwaarden wél te vergoeden. Hierover heeft hij een klacht ingediend bij het College voor de Rechten van de Mens (hierna: CRM). Het CRM heeft op 12 april 2017 geoordeeld dat de ziektekostenverzekeraar in zijn polisvoorwaarden geen verboden onderscheid op grond van geslacht maakt.
- 4.4. Naar de mening van verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar, in strijd met artikel 1.3 van de polisvoorwaarden, zijn klacht niet zorgvuldig afgehandeld. In dit verband merkt hij op dat al binnen acht dagen op zijn verzoek om heroverweging is beslist, zonder nadere informatie in te winnen en zonder dat verzoeker in de gelegenheid is gesteld te worden gehoord. Dit laatste is niet in overeenstemming met artikel 3, onder c, zoals opgenomen in onderdeel A) Reglement Geschillencommissie De Friesland Zorgverzekeraar van het 'Geschillen- en Klachtenreglement De Friesland Zorgverzekeraar 2016' (hierna: het reglement) van de ziektekostenverzekeraar. Een hoorzitting was gewenst, aangezien het in de situatie van verzoeker om een speciaal geval gaat en hij medische informatie ter onderbouwing hiervan heeft overgelegd. Ook heeft de ziektekostenverzekeraar geen zorgvuldige afweging gemaakt of er aanleiding bestond af te wijken van de polisvoorwaarden en de toepasselijke wet- en regelgeving door de lasertherapie coulanchehalve te vergoeden. Verzoeker verwijst naar Bijlage I van voornoemd reglement. Indien de lasertherapie niet vanuit de zorgverzekering of de aanvullende ziektekostenverzekering voor vergoeding in aanmerking komt, dient de ziektekostenverzekeraar alsnog over te gaan tot een coulanchevergoeding, aangezien van precedentwerking in het onderhavige geval geen sprake is.
- 4.5. Volgens artikel 2 van onderdeel A) van voornoemd reglement is de klachtencommissie van de ziektekostenverzekeraar in meerderheid onafhankelijk. Verzoeker stelt twijfels te hebben bij de onafhankelijkheid van de commissie. De medewerker die het verzoek om herbeoordeling bij brief van 29 december 2016 heeft afgewezen, in zijn hoedanigheid van voorzitter van de klachtencommissie, heeft namelijk ook de correspondentie gevoerd in de procedures bij de Ombudsman Zorgverzekeringen en het CRM, én hij heeft de ziektekostenverzekeraar tijdens de mondelinge behandeling bij het CRM vertegenwoordigd in zijn hoedanigheid van hoofd juridische zaken.
- 4.6. Ter zitting heeft verzoeker zijn standpunten herhaald en benadrukt dat de aanvraag voor lasertherapie niet vanwege cosmetische redenen wordt gedaan, maar omdat verzoeker pijn en hinder van zijn aandoening ondervindt. De aandoening is ontstaan als gevolg van medicatiegebruik, zodat aan de aanvraag een medische reden ten grondslag ligt. Bovendien is lasertherapie geïndiceerd door de behandelend huidtherapeut. Verzoeker heeft toegelicht waarom de aanvullende ziektekostenverzekering in zijn situatie geen dekking biedt voor lasertherapie. Ten tijde van het overstappen naar de ziektekostenverzekeraar wist hij echter nog niet dat hij was aangewezen op lasertherapie om van zijn huidprobleem af te komen. Met betrekking tot het advies van het Zorginstituut heeft verzoeker opgemerkt dat hij zich afvraagt wanneer wél sprake is van verminking. Hij heeft voorts aangevoerd dat geen sprake is van precedentwerking indien de kosten coulanchehalve worden vergoed. Verzoeker heeft verder opgemerkt de kosten van de behandelingen niet te kunnen dragen.
- 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. De inhoud en omvang van de verzekerde zorg vanuit de basisverzekering wordt door de overheid bepaald en is voor alle verzekerden in Nederland gelijk. Ten aanzien van de aanvullende

ziekttekostenverzekering geldt dat zorgverzekeraars vrij zijn de inhoud en omvang van de dekking te bepalen.

Vanuit de zorgverzekering bestaat, gelet op artikel 2.7.1, onder d, van de polisvoorwaarden slechts aanspraak op zorg voor zover de verzekerde hierop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

- 5.2. De aanvraag voor lasertherapie wordt niet gedaan vanwege overmatige beharing bij verzoeker, maar omdat hij lijdt aan postinflammatoire hyperpigmentatie. Dit is een vorm van abnormale donkerverkleuring van de huid als gevolg van een ontsteking. Lasertherapie bij deze aandoening is volgens de richtlijnen van de Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie (hierna: NVDV) geen doelmatige zorg en bovendien gevoelig voor bijwerkingen. Hetzelfde geldt voor lasertherapie bij ontstoken haarzakjes. De ziektekostenverzekeraar verwijst in dit verband naar informatie op de website van de NVDV. Omdat geen sprake is van doelmatige zorg komt de lasertherapie niet voor vergoeding vanuit de zorgverzekering in aanmerking.
- 5.3. Op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering heeft de vrouwelijke verzekerde bij overmatige beharing recht op vergoeding van elektrische epilatie, een epilight-, ipl-, of laserbehandeling. Dit geldt uitsluitend als de behandeling beperkt blijft tot het gezicht en/of de hals (artikel 3.16.2 van de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 5.4. De ziektekostenverzekeraar merkt in dit verband op dat haargroei in het gezicht en de hals bij mannen, in tegenstelling tot bij vrouwen, als normaal is te beschouwen. Bij mannen is over het algemeen niet objectief vast te stellen wanneer de beharing overmatig is. De opvattingen hierover verschillen immers van mens tot mens en per cultuur. Bij vrouwen is sneller sprake van overmatige haargroei, namelijk indien de haren goed zichtbaar zijn. De aanvullende ziektekostenverzekering kent daarom alleen een vergoeding voor lasertherapie bij overbehandeling voor vrouwelijke verzekerden. De ziektekostenverzekeraar stelt dat het vaststellen van lichamelijke verschillen tussen mannen en vrouwen geen discriminatie is op basis van het geslacht. Ook ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering geldt dat de lasertherapie niet doelmatig is.
- 5.5. Verzoeker benadrukt dat een medische noodzaak bestaat voor de lasertherapie. Niet alle behandelingen die medisch noodzakelijk zijn, vallen echter onder de dekking van de zorgverzekering, dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering. De (aspirant) verzekeringnemer kan voordat hij een verzekeringsovereenkomst met de ziektekostenverzekeraar sluit, nagaan wat de dekking is van de door hem gewenste verzekering. Verzoeker ondervindt al langere tijd last van de baardgroei. Bij zijn overstap per 1 januari 2016 naar de ziektekostenverzekeraar heeft hij ingestemd met de geldende polisvoorwaarden. De ziektekostenverzekeraar begrijpt dat verzoeker, gezien de medische reden die aan zijn aanvraag ten grondslag ligt, vraagt om voor hem een uitzondering te maken door de lasertherapie coulantehalve te vergoeden. Vanwege precedentwerking is dit echter niet mogelijk.
- 5.6. De ziektekostenverzekeraar volgt verzoeker niet in zijn standpunt dat de klachtenprocedure onzorgvuldig is geweest. Verzekerden worden bij klachten over de basisverzekering en/of de aanvullende verzekeringen alleen door de klachtencommissie gehoord indien daarin een meerwaarde wordt gezien of indien het dossier niet voldoende duidelijk is. In het geval van verzoeker was van het een noch het ander sprake. De ziektekostenverzekeraar licht toe dat de heroverweging is uitgevoerd door zijn klachtencommissie, bestaande uit een secretaris vanuit de afdeling Juridische Zaken, een voorzitter en functionaris vanuit de Back Office. In de situatie van verzoeker maakte ook een adviserend arts deel uit van de klachtencommissie. Met betrekking tot de naar de mening van verzoeker te snelle afhandeling van zijn klacht, geldt dat door de Nederlandse Zorgautoriteit (Nza) wordt verlangd dat een verzekerde binnen tien werkdagen na indiening van de klacht - niet zijnde een geschil op grond van de basisverzekering - een inhoudelijk antwoord van de ziektekostenverzekeraar ontvangt. De klachtenprocedure van de ziektekostenverzekeraar is zodanig ingericht dat niet gecompliceerde klachten snel worden afgehandeld.

Het is juist dat de behandeling van de zaak die verzoeker bij het CRM aanhangig heeft gemaakt via dezelfde klachtencommissie is verlopen. De ziektekostenverzekeraar acht dit niet in strijd met zijn interne reglement.

5.7. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat door het Zorginstituut wordt bevestigd dat vanuit de zorgverzekering geen aanspraak op lasertherapie bestaat. Medisch noodzakelijke behandelingen vallen niet automatisch onder de dekking van de zorgverzekering. De dekking wordt door de overheid bepaald. Ook de aanvullende ziektekostenverzekering biedt in het geval van verzoeker geen dekking voor lasertherapie. Met betrekking tot het verzoek om een vergoeding op basis van coulance heeft de ziektekostenverzekeraar opgemerkt hiertoe niet over te gaan, omdat de beroepsvereniging lasertherapie bij de aandoening van verzoeker afraadt. Bovendien is het de vraag of zeven behandelingen - zoals door de behandelend huidtherapeut geïndiceerd - voldoende zijn. Mede gelet op de precedentwerking wordt voor verzoeker geen uitzondering gemaakt.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 2.12 van de zorgverzekering en artikel 2.10 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 de ziektekostenverzekeraar is gehouden de aanvraag van verzoeker voor lasertherapie alsnog goed te keuren ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering of op basis van coulance.

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 zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen 3.1 tot en met 3.24 van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 3.15 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op plastische chirurgie bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"Inhoud zorg

U heeft recht op een behandeling van plastisch chirurgische aard als deze is bedoeld ter correctie van:

- a. afwijkingen in het uiterlijk die aantoonbare lichamelijke functiestoornissen veroorzaken;*
- b. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting. Er is sprake van een verminking bij een ernstige verworven misvorming van een lichaamsdeel;(...)*

Wie mag deze zorg verlenen

Een medisch specialist.

(...)

Verwijzing

U heeft een verwijzing nodig van de huisarts, medisch specialist of kaakchirurg.

Toestemming vooraf

Voorafgaande schriftelijke toestemming van De Friesland is vereist. De aanvraag van de behandelend medisch specialist dient een uitgebreide omschrijving van en motivatie voor de gevraagde behandeling te omvatten.

Vergoeding

Als u gebruikmaakt van een gecontracteerde zorgaanbieder worden de kosten volledig vergoed. Als u gebruikmaakt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal 80% van het wettelijke tarief in Nederland. Als er geen Nederlands wettelijk tarief geldt, bedraagt de vergoeding maximaal 80% van het gemiddeld door De Friesland gecontracteerde tarief.”

- 8.4. Artikel 2.7.1, onder d, van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering bepaalt dat de verzekerde recht heeft op een vorm van zorg voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
- 8.5. De artikelen 2.7.1, onder d, van de 'algemene voorwaarden' en artikel 3.15 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2.2, onder d, van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.6. Artikel 11, eerste lid, 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.
Plastische chirurgie is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.1 Rzv.
Artikel 2.1, derde lid, Bzv bepaalt dat een verzekerde slechts recht heeft op een bepaalde vorm van zorg of een dienst voor zover hij daarop naar inhoud en omvang is aangewezen.
- 8.7. 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.
- 8.8. Artikel 3.16.2 van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op epilatie en luidt, voor zover hier van belang:

"Inhoud zorg

De vrouwelijke verzekerde heeft bij overmatige beharing recht op vergoeding van elektrische epilatie, een epilight-, ipl-, of laserbehandeling. Dit geldt uitsluitend als de behandeling beperkt blijft tot het gezicht en/of de hals.

Wie mag deze zorg verlenen

Een huidtherapeut die als 'kwaliteitsgeregistreerd' is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici. Elektrische epilatie mag ook worden gegeven door een gekwalificeerde schoonheidsspecialist die bij de Algemene Nederlandse Branche Organisatie Schoonheidsverzorging (ANBOS) staat geregistreerd met de specialisatie Elektrisch ontharen of Ontharingstechnieken.

Vergoeding

(...)

AV Optimaal: Maximaal € 1.000,-, eenmalig tijdens de gehele verzekeringsduur

(...)." "

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Verzoeker heeft aanspraak op laserbehandelingen - door een medisch specialist - ten laste van de zorgverzekering indien bij hem sprake is van een (verzekerings)indicatie in de vorm van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis dan wel verminking als bedoeld in artikel 3.15 van de polisvoorwaarden. Verzoeker is bekend met de aandoening postinflammatoire hyperpigmentatie. Dit is een pigmentstoornis van de huid. De vraag die dient te worden beantwoord is of deze aandoening is aan te merken als een aantoonbare lichamelijke functiestoornis dan wel verminking. Teneinde deze vraag te beantwoorden, gaat de commissie uit van de 'Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch chirurgische aard (november 2012)'. Deze werkwijzer is opgesteld door de Vereniging voor artsen, tandartsen en apothekers werkzaam bij (zorg)verzekeraars (VAGZ) in samenwerking met Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en het College voor zorgverzekeringen, thans het Zorginstituut. Deze VAGZ Werkwijzer is geen regelgeving, maar wordt gehanteerd om te komen tot een eenduidige uitleg van hetgeen ten aanzien van plastische chirurgie is geregeld in het Bzv en de Rzv.

In de VAGZ Werkwijzer is in paragraaf 10 onder het kopje 'Overige hyperpigmentaties' bepaald dat bij de aandoening postinflammatoire hyperpigmentatie geen sprake is van een lichamelijke functiestoornis of verminking. Ook anderszins is niet gebleken van een (verzekerings)indicatie voor de aangevraagde laserbehandelingen. Het voorgaande wordt bevestigd door het Zorginstituut in zijn advies van 26 september 2017.

Aangezien bij verzoeker geen sprake is van een (verzekerings)indicatie, bestaat geen aanspraak op vergoeding ten laste van de zorgverzekering en komt de commissie niet toe aan beantwoording van de vraag of laserbehandelingen bij de aandoening postinflammatoire hyperpigmentatie zijn aan te merken als doelmatige zorg.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.2. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt op grond van artikel 3.16.2 aanspraak op vergoeding van een laserbehandeling voor de vrouwelijke verzekerde indien sprake is van overmatige beharing en de behandeling beperkt blijft tot het gezicht en/of de hals. Verzoeker is een man en voorts is bij hem geen sprake van overmatige beharing, zodat voor hem geen recht bestaat op vergoeding van de lasertherapie vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 9.3. Verzoeker heeft aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar discrimineert door lasertherapie bij vrouwelijke verzekerden onder voorwaarden wèl te vergoeden. De ziektekostenverzekeraar heeft in dit verband gesteld dat het vaststellen van lichamelijke verschillen tussen mannen en vrouwen geen discriminatie op basis van geslacht oplevert. Het CRM heeft op 12 april 2017 in dit verband onder meer geoordeeld dat de ziektekostenverzekeraar geen verboden onderscheid op grond van geslacht heeft gemaakt, omdat ook een vrouw bij dezelfde indicatie als verzoeker geen recht heeft op laserbehandeling. De stelling van verzoeker dat de ziektekostenverzekeraar discrimineert wordt om deze reden dan ook gepasseerd.

(On)zorgvuldige klachtafhandeling

- 9.4. Verzoeker heeft voorts aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar zijn klacht niet zorgvuldig heeft afgehandeld, onder andere door de klacht vrijwel direct na indiening af te wijzen, bij de beoordeling van het verzoek om heroverweging geen nadere informatie bij hem in te winnen, en hem niet in

de gelegenheid te stellen te worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft dit betwist en aangevoerd dat verzekerden alleen worden gehoord indien hierin een meerwaarde wordt gezien, of als het dossier niet duidelijk is. Door de klacht binnen tien werkdagen af te handelen, voldoet de ziektekostenverzekeraar aan de betreffende eis die de NZa, in zijn hoedanigheid van externe toezichthouder, stelt.

De commissie merkt op dat de ziektekostenverzekeraar vrij is in het inrichten van de procedure ter beoordeling van het verzoek tot heroverweging. Is eenmaal gekozen voor een bepaalde inrichting van de procedure en is deze keuze ook aan de verzekerden gecommuniceerd, dan is de ziektekostenverzekeraar hieraan bij de uitvoering vanzelfsprekend gebonden. In artikel 3, onder c, van het Geschillen- en Klachtenreglement van de ziektekostenverzekeraar is bepaald dat de verzekerde de mogelijkheid krijgt te worden gehoord als dit in het kader van een zorgvuldige heroverweging noodzakelijk wordt geacht, en dat dit ter beoordeling is van de voorzitter/secretaris. In onderhavig geval heeft de voorzitter/secretaris het horen van verzoeker kennelijk niet noodzakelijk geacht. De commissie is niet bevoegd in deze afweging te treden.

- 9.5. Verder heeft verzoeker twijfels geuit over de onafhankelijkheid van de klachtencommissie. De ziektekostenverzekeraar heeft in dit verband aangevoerd dat het niet in strijd is met zijn interne klachtenreglement dat de klachtencommissie zowel het verzoek om heroverweging als de zaak bij het CRM heeft behandeld. De commissie volgt de ziektekostenverzekeraar in zijn standpunt en merkt in dit verband op dat het ging om twee onderscheiden procedures. De klacht die verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar heeft ingediend had tot doel alsnog een vergoeding voor de lasertherapie te verkrijgen, terwijl de klacht bij het CRM tot doel had een uitspraak te verkrijgen over de vraag of de ziektekostenverzekeraar in de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering verboden onderscheid naar geslacht maakt. Indien de uitkomst van de procedure bij het CRM was geweest dat verzoeker in het gelijk werd gesteld, had de klachtencommissie het door verzoeker in de andere procedure aangevoerde argument dat sprake is van discriminatie tegen die achtergrond kunnen beoordelen. Nu is het omgekeerde het geval en heeft de klachtencommissie niet méér gedaan dan het argument verwerpen op basis van de uitspraak van het CRM. De commissie vermag niet in te zien hoe dit het functioneren van de klachtencommissie raakt. Dat het 'discriminatie'-argument in beide procedures anders had kunnen worden beoordeeld is namelijk een onhoudbare stelling. Voor zover het gaat om de dubbelrol van de betrokken functionarissen, merkt de commissie op dat het nadrukkelijk gaat om een interne klachtenregeling, terwijl in artikel 114, tweede lid, Zvw, wordt gesproken over "heroverwegen", derhalve in deze fase nog onder de verantwoordelijkheid van de ziektekostenverzekeraar.

Coulance

- 9.6. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een vergoeding op basis van coulance, waarbij hij erop heeft gewezen dat zijn situatie speciaal is. De ziektekostenverzekeraar heeft medegedeeld vanwege het risico van precedentwerking niet over te gaan tot een onverplichte vergoeding. Hiertoe merkt de commissie op dat toepassing van coulance is voorbehouden aan de ziektekostenverzekeraar. In het door deze ter zake gevoerde beleid kan de commissie niet treden. Dit is slechts anders indien de ziektekostenverzekeraar een beleid zou voeren waarbij identieke gevallen verschillend worden behandeld, hetgeen neerkomt op willekeur. Gesteld noch gebleken is dat hiervan in de onderhavige situatie sprake is.

Conclusie

- 9.7. 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 november 2017,



A.I.M. van Mierlo

