



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door de heer C te B, tegen VGZ Zorgverzekeraar NV te Arnhem
Zaak : Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, ooglidcorrectie uitgevoerd door huisarts
Zaaknummer : 201701183
Zittingsdatum : 10 januari 2018

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden zorgverzekering 2017, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2017)

1. Partijen

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

tegen

VGZ Zorgverzekeraar NV te Arnhem, 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 grond van de verzekering VGZ Ruime Keuze (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 VGZ Aanvullend Beter en VGZ Tand Beter afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Alle hiervoor genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een bovenooglidcorrectie beiderzijds uit te voeren door de huisarts (hierna: de aanspraak). Bij brief van 12 juni 2017 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 e-mailbericht van 20 juni 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.3. Bij brief van 12 juli 2017 heeft de Ombudsman Zorgverzekeringen verzoeker medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling.

3.4. Bij e-mailbericht van 9 oktober 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 13 november 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 14 november 2017 aan verzoeker gezonden.

- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben op respectievelijk 11 en 28 december 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 14 november 2017 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 21 november 2017 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2017051231) de commissie medegedeeld dat zij in de onderhavige zaak geen advies zal uitbrengen, omdat de vraag of de behandeling mag worden uitgevoerd door een huisarts niet valt onder de reikwijdte van artikel 114 Zvw. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 28 december 2017 aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 10 januari 2018 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. De huisarts heeft ten aanzien van verzoeker het volgende verklaard: *"De heer [naam verzoeker] consulteerde mij in verband met klachten van zijn bovenoogleden. Hij ondervindt veel hinder van zware bovenoogleden die rusten op zijn wimpers. In de loop van de dag is er een toename van zwelling van de bovenoogleden wat zijn zicht beperkt. Ook ontstaan in de loop van de dag vermoeide ogen. Tevens heeft hij klachten van hinderlijk tranen aan beide laterale ooghoeken. Bij inspectie zie ik een fors overschot van de bovenoogleden. De bovenoogleden rusten beiderzijds op de wimpers. Opvallend is de plooivorming in de laterale ooghoeken alwaar door capillairvorming uittreding plaats vindt van oogvocht. (zie meegezonden foto's) Graag wil ik bij deze een aanvraag doen voor vergoeding van het corrigeren van beide bovenoogleden. De kosten hiervoor bedragen €650,-. Ik zie graag spoedig uw reactie tegemoet."*
- 4.2. In aanvulling op hetgeen zijn huisarts heeft verklaard, stelt verzoeker dat hij de bovenooglidcorrectie graag door deze wil laten uitvoeren. Verzoeker heeft veel vertrouwen in de huisarts. Weliswaar staat hij niet als "medisch specialist" ingeschreven in het AGB-register, maar de betreffende arts is competent om de ingreep uit te voeren. Daar komt bij dat verzoeker, als hij de bovenooglidcorrectie laat uitvoeren door zijn huisarts, hij zowel zichzelf als de ziektekostenverzekeraar kosten bespaart. Indien verzoeker de ooglidcorrectie laat uitvoeren door een medisch specialist in een ziekenhuis kost de ingreep namelijk € 900,- terwijl de onderhavige ingreep slechts € 650,- kost. Voor de ziektekostenverzekeraar scheelt dit € 250,- en verzoeker bespaart zich het verplicht eigen risico.
- 4.3. Daarnaast heeft verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering afgesloten, zodat een deel van de kosten ten laste van die verzekering zou moeten worden gebracht. Tot verzoekers verbazing worden de kosten van de ingreep door de ziektekostenverzekeraar echter evenmin ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering vergoed.
- 4.4. Ter zitting heeft verzoeker zijn standpunt herhaald en is ter aanvulling door hem aangevoerd dat hij een paar jaar geleden ook een wenkbrauwcorrectie heeft ondergaan. Sinds deze correctie zijn de klachten van de overhangende oogleden erger geworden. Zo heeft verzoeker last van jeukende en tranende ogen.
- 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. Op grond van artikel 20 van de zorgverzekering bestaat aanspraak op een bovenooglidcorrectie. Daarnaast bestaat op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering ter zake van een bovenooglidcorrectie aanspraak op een vergoeding van maximaal € 950,--. In zowel de voorwaarden van de zorgverzekering als in die van de aanvullende ziektekostenverzekering is bepaald dat de ingreep dient te worden uitgevoerd door een medisch specialist. Aangezien in de situatie van verzoeker de huisarts de ingreep wil uitvoeren, bestaat geen aanspraak op een vergoeding ten laste van de zorgverzekering of de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 5.2. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat de betreffende huisarts zich cosmetisch arts noemt. Dit is geen beschermde titel. Een huisarts mag kleine ingrepen uitvoeren en daarvoor zijn tarieven vastgesteld. Een ooglidcorrectie valt hier niet onder. Dat de huisarts een lager tarief rekent voor het uitvoeren van een ooglidcorrectie dan een medisch specialist is geen reden om toch tot vergoeding over te gaan.
- 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 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 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 zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 e.v. van de zorgverzekering.
- 8.3. Artikel 20 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op plastische en/of reconstructieve chirurgie bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"Omschrijving

Uw recht op geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 15 (Medisch specialistische zorg) omvat behandeling van plastisch-chirurgische aard, als het gaat om:

(...)

3. correctie van verlamde of verslapte bovenoogleden, als de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening. Er is sprake van een ernstige gezichtsveldbeperking als gevolg van verslapte of verlamde bovenoogleden in de volgende situatie:

- de verslapping/verlamming van het bovenooglid veroorzaakt een verticale ooglidspleet van 7 mm of minder. Dit komt overeen met de situatie dat de onderrand van het bovenooglid of de

overhangende huidplooi 1mm of lager boven het centrum van de pupil hangt. Anders gezegd, de afstand tussen (de onderrand van) de overhang en het centrum van de pupil is 1 mm of minder. Gemeten wordt ter hoogte van het centrum van de pupil terwijl u ontspannen recht vooruit kijkt (dus gemeten in de primaire stand). Het moet aannemelijk zijn dat correctie van het bovenooglid deze gezichtsveldvermindering oplost;

- het moet gaan om een gezichtsveldbeperking die tot belemmeringen in het dagelijks functioneren leidt. Subjectieve klachten alleen, zoals vermoeide ogen, druk op de ogen, hoofdpijn of er vermoeid uitzien, zijn onvoldoende reden/aanwijzing om te kunnen spreken van een gezichtsveldbeperking;

(...)

Wie mag de zorg verlenen

Medisch specialist.

(...)"

- 8.4. Artikel 20 van de zorgverzekering is volgens de artikelen 2.3 en 2.9 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.5. Artikel 11, eerste lid, Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft. Degene die is verzekerd op basis van een zuivere restitutiepolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten. Degene die is verzekerd op grond van een naturapolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit de zorg of overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Naast zuivere restitutiepolissen en naturapolissen bestaan er combinatiepolissen, waarbij de invulling van de zorgplicht per dekkingsrubriek verschilt. Verzekerden op basis van een zuivere restitutiepolis hebben, op grond van artikel 2.2, tweede lid, onder b, Bzv aanspraak op vergoeding van de betreffende kosten, tenzij deze hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden passend is te achten. Voor de naturapolissen en combinatiepolissen stelt de zorgverzekeraar, overeenkomstig artikel 13, eerste en tweede lid, Zvw, de vergoeding vast in het geval de verzekerde gebruik maakt van een niet door de zorgverzekeraar voor die zorg of dienst gecontracteerde aanbieder, en deze neemt hij op in zijn verzekeringsvoorwaarden. Hierbij houdt de zorgverzekeraar rekening met eventueel van toepassing zijnde eigen bijdragen. Behandeling van plastisch-chirurgische aard is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4, eerste lid, sub b, 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 39 van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op een bovenooglidcorrectie of levatorplastiek en luidt, voor zover hier van belang:

"Omschrijving

U hebt recht op een bovenooglidcorrectie of levatorplastiek:

- als de pupil eenderde wordt bedekt door de onderrand van het bovenooglid of de overhangende huidplooi als u recht vooruit kijkt, of,*
- als 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,*
- bij aantoonbare onbehandelbaar smetten in de huidplooi van het bovenooglid.*

Wie mag de zorg verlenen

Medisch specialist.

(...)

Vergoeding

(...)

Aanvullend Best: maximaal € 950,--"


9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering


- 9.1. Niet in geschil is dat de onderhavige zorg een verzekerde prestatie vormt onder de zorgverzekering, en verzoeker ten tijde van de ingreep daarvoor een (verzekerings)indicatie had. In geschil is (i) of de ziektekostenverzekeraar gerechtigd is in de verzekeringsvoorwaarden te bepalen dat een ooglidcorrectie dient te worden uitgevoerd door een medische specialist, en (ii) of hieraan in de situatie van verzoeker is voldaan. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.
- 9.2. Uit de Nota van toelichting bij artikel 2.4 Bzv blijkt dat de ziektekostenverzekeraar de taak heeft te bepalen wie de zorg, die is gedekt onder de zorgverzekering, mag verlenen en waar deze zorg dient te worden verleend. Als uitgangspunt heeft te gelden dat in de polis staat vermeld welke zorg door wie wordt verleend, waar deze zorg wordt verleend en welke verdere voorwaarden gelden voor de aanspraak op (vergoeding van de kosten) van de betreffende zorg.
- 9.3. Gelet op artikel 20 van de zorgverzekering komen de kosten van plastische en/of reconstructieve chirurgie, waaronder een bovenooglidcorrectie, voor vergoeding in aanmerking indien de ingreep wordt uitgevoerd door een medisch specialist. Vast staat dat de huisarts die de bovenooglidcorrectie bij verzoeker wil uitvoeren in het AGB-register staat ingeschreven als 'huisarts' en niet als 'medisch specialist'. Aangezien derhalve niet is voldaan aan het vereiste van artikel 20 van de zorgverzekering dat een behandeling van plastische en/of reconstructieve chirurgie dient te worden uitgevoerd door een medisch specialist, stond het de ziektekostenverzekeraar vrij vergoeding van de hiermee gemoeide kosten te weigeren. Dat de huisarts van verzoeker in staat en bevoegd is de ingreep te verrichten, ervaring heeft met cosmetische behandelingen, en verzoeker erg tevreden over hem is, maakt het voorgaande niet anders. Verzoeker heeft dan ook geen aanspraak op vergoeding van de kosten van de onderhavige behandeling, ten laste van de zorgverzekering, als deze wordt uitgevoerd door de huisarts
- 9.4. Voor zover verzoeker stelt dat hij de ziektekostenverzekeraar en zichzelf kosten bespaart door de ingreep te laten uitvoeren door zijn huisarts, merkt de commissie op dat bij de beoordeling van een verzoek om vergoeding of verstrekking ten laste van de zorgverzekering alleen een rol speelt of de betreffende zorg onder de dekking valt, zoals omschreven in de voorwaarden. Voor substitutie van zorg, in die zin dat vanwege kostenbesparing zorg wordt vergoed die niet is gedekt, is in de huidige regelgeving die ten grondslag ligt aan de zorgverzekering geen mogelijkheid opgenomen. Dat verzoeker, indien de ingreep wordt uitgevoerd door een medisch specialist, wordt geconfronteerd met kosten die vanwege het eigen risico voor zijn rekening blijven, maakt niet dat onverkorte toepassing van artikel 20 van de zorgverzekering leidt tot een uitkomst die naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering


- 9.5. Vooropgesteld dient te worden dat verzekeraars vrij zijn in het bepalen van de omvang en het stellen van voorwaarden ten aanzien van de door hen aangeboden aanvullende verzekeringen. Op grond van artikel 39 van de onderhavige aanvullende ziektekostenverzekering bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van een bovenooglidcorrectie tot maximaal € 950,--. De voorwaarde om voor deze vergoeding in aanmerking te komen is dat de ingreep wordt uitgevoerd door een medisch specialist. Aangezien de huisarts van verzoeker, zoals hiervoor onder 9.2 is overwogen, niet is te

 beschouwen als een medisch specialist, bestaat evenmin aanspraak op vergoeding ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.



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, 24 januari 2018,



J.A.M. Strens-Meulemeester