

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vs C te D en E te F
Zaak : Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, correctie van de boven-
oogleden
Zaaknummer : 2008.01900
Zittingsdatum : 17 december 2008

Zaak: 2008.01900, geneeskundige zorg, plastische chirurgie, correctie van de bovenoogleden

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2008, art. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

Partij I:

C te D

en

Partij II:

E te F

beide verzekeraars hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 8 mei 2008 de inmiddels door haar ondergane correctie van de bovenoogleden niet te vergoeden.

3. Ontstaan en verloop van het geding

3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de ZorgFlexibel polis (hierna: de zorgverzekering). Dit betreft een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (hierna: Zvw). Verder was verzoekster op dat moment bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd op basis van de ZorgExtra 3 (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 BW.

3.2. De behandelend oogarts heeft bij verzoekster de volgende diagnose gesteld: "lidspleet rechts 5 mm en links 4 mm". De zorgverlener heeft naar aanleiding van de gestelde diagnose bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten verbonden aan "een corrigerende ingreep aan beide ogen" ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende verzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 8 mei 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar aanspraak afgewezen.

3.3. Op 14 mei 2008 heeft de behandeling, op de vergoeding waarvan verzoekster aan-

spraak maakt, overeenkomstig de wijze zoals in de aanvraag vermeld, plaatsgevonden.

- 3.4. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 2 juni 2008 heeft deze aan verzoekster medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.5. Bij brief van 13 augustus 2008 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 verzekering.
- 3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 37,00 voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren.
- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie bij brief van 2 oktober 2008 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 10 oktober 2008 aan verzoekster toegezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster en ziektekostenverzekeraar hebben op 24 november respectievelijk 1 december 2008 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord.
- 3.9. Bij brief van 10 oktober 2008 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw, gevraagd. Bij brief van 6 november 2008 heeft het CVZ de commissie geadviseerd het verzoek van verzoekster af te wijzen omdat verzoekster geen (verzekerings)indicatie heeft voor een bovenooglidcorrectie. Een afschrift van het CVZ-advies is op 2 december 2008 aan partijen gezonden. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar hebben niet op het CVZ-advies gereageerd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Verzoekster stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat zij zich tot een medisch-specialist in een oogheelkundig centrum in haar woonplaats heeft gewend, omdat de wachtlijst voor de door haar ondergane behandeling bij haar reguliere oogarts in het AMC één jaar bedroeg.
- 4.2. Uit de informatie van het AMC heeft zij begrepen dat wanneer de ooglidspleet zeven millimeter of kleiner is, een medische indicatie voor de correctie bestaat die voor vergoeding in aanmerking komt.
- 4.3. Verzoekster komt tot de conclusie dat haar verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat verzoekster uitsluitend voor vergoeding van een ooglidcorrectie in aanmerking komt als sprake is van verlamde of verslaptte bovenoogleden die het gevolg zijn

dan een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening. Uit de aanvraag is niet van een dergelijke situatie gebleken.

- 5.2. In de aanvullende verzekering ZorgExtra 3 is geen vergoeding voor de correctie van de bovenoogleden opgenomen.
- 5.3. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoeker terecht is afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

Voor zover het onderhavige geschil betrekking heeft op de zorgverzekering en de aanvullende verzekering, is de commissie bevoegd daarvan kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. In geschil is of verzoekster op grond van de basisverzekering, aanvullende verzekering dan wel beide verzekeringen, met recht aanspraak kan maken op een vergoeding ter zake van de ooglidcorrectie.

De Zorgverzekering

- 7.2. Het betreft hier een restitutiepolis, zodat de verzekerde gebruik kan maken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in artikelen B10 e.v. van de zorgverzekering. Artikel B27 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op plastisch chirurgische zorg bestaat. Voor zover relevant wordt hier bepaald:

“Plastische chirurgie is een chirurgisch specialisme waarin men zich richt op het uit functioneel (soms esthetisch) oogpunt aanpassen van het uiterlijk, bijvoorbeeld het herstellen van aangeboren of opgelopen verminkingen. Plastische chirurgie is zeer beperkt opgenomen in de Basisverzekering.

U heeft recht op vergoeding van kosten van behandelingen van plastisch chirurgische aard als het gaat om correctie van:

- afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen,*
- verminkingen die gevolg zijn van een ziekte, ongeval of een geneeskundige verrichting,*
- verlamde of verslachte bovenoogleden die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening,*

(...)

U heeft geen recht op vergoeding van kosten van behandelingen van plastisch chirurgische aard als het gaat om:

- correctie van verlamde of verslachte bovenoogleden die niet het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening.”*

- 7.3. De regeling in artikel B27 van de zorgverzekering is volgens artikel B1 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Bzv en de Rzv.

- 7.4. Artikel 11, lid 1, onderdeel b Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde in voorkomend geval, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.
- Plastisch chirurgische zorg is naar aard en omvang geregeld in de artikelen 2.1 en 2.4 Bzv. Lid 1, onderdeel b, van laatstvermeld artikel bepaalt dat een plastisch-chirurgische ingreep slechts onder de geneeskundige zorg valt, indien die strekt tot de correctie van de in dat artikel in subonderdeel 1 tot en met 5 genoemde aandoeningen. In subonderdeel 3 is de correctie van verlamde of verslaptte bovenoogleden die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening genoemd. Artikel 2.4, lid 2, van het Bzv bepaalt dat bij ministeriële regeling, te weten de Rzv, bepaalde vormen van zorg kunnen worden uitgezonderd. In artikel 2.1, onderdeel a, van het Rzv wordt de behandeling van bovenoogleden die verlamd of verslapt zijn uitgesloten, tenzij dit een gevolg is van een aangeboren afwijking of van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening.
- 7.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.6. In geschil is of bij verzoekster sprake van een aangeboren afwijking, dan wel een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening.
- 7.7. In de toelichting bij de wijziging van Regeling medisch-specialistische zorg Ziekenfondswet, waarnaar in de toelichting op de Rzv wordt verwezen, wordt als voorbeeld van een aangeboren afwijking het BPES-syndroom wordt genoemd. Dit syndroom kan een dusdanige verslapping van de bovenoogleden tot gevolg hebben dat het gezichtsveld van jonge kinderen ernstig kan worden beperkt. Kinderen met zulke aangeboren afwijkingen aan de oogleden hebben op dat moment nog niet in alle gevallen een gezichtsveldbeperking maar krijgen die wel door de afwijking. Gesteld noch gebleken is dat verzoekster verkeert in de situatie waarin bij haar sprake is van het BPES-syndroom, dan wel een daaraan gelijk te stellen aandoening.
- 7.8. De commissie stelt vervolgens vast dat gesteld noch gebleken is dat het verslaptte bovenoogleden van verzoekster het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening. Gezien voorgaande bestaat op grond van artikel B27 de zorgverzekering geen aanspraak op de aangevraagde correctie van de bovenoogleden ten laste van de zorgverzekering.

De aanvullende ziektekostenverzekering

- 7.9. Het betreft hier een restitutiepolis, zodat de verzekerde gebruik kan maken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op (vergoeding van) de onderhavige zorg is geregeld in artikel E32 van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- Hierin wordt bepaald dat op grond van de ZorgExtra 3 polis, geen aanspraak bestaat op vergoeding van plastisch chirurgische zorg. Verdere bespreking kan daarmee achterwege blijven.
- 7.10. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

8. Het bindend advies

De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 17 december 2008,

Voorzitter