

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B vs C en D, beide te E
Zaak	: Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, bovenooglidcorrectie
Zaaknummer	: 2009.00621
Zittingsdatum	: 26 augustus 2009

Zaak: 2009.00621 (Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, bovenooglidcorrectie)

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, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 Bzv, 2.1 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2008)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

1) C te E, en

2) D te E, hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 21 januari 2009 inzake de afwijzing van een bovenooglidcorrectie beiderzijds.

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 Naturapolis (hierna: de zorgverzekering). Dit betreft een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoekster de aanvullende ziektekostenverzekering IdeaalPakket afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende verzekering Uitgebreide tandarts is hier niet van belang en blijft daarom verder buiten beschouwing. Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. De behandelend plastisch chirurg heeft bij verzoekster de volgende diagnose gesteld: "een evidente blepharochalasis van de beide bovenoogleden, rechts erger dan links, mede door een aanwezige ptosis van de rechter wenkbrauw". De plastisch chirurg heeft naar aanleiding van de gestelde diagnose bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op "blepharoplastieken van de beide bovenoogleden" ten laste van de zorgverzekering, dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 21 januari 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.3. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brieven van 10 en 26 februari 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.

- 3.5. Bij brief van 22 april 2009 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).
- 3.6. 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.
- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief van 24 juni 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 25 juni 2009 aan verzoekster gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 7 juli 2009 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden.
- 3.9. Bij brief van 25 juni 2009 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 6 juli 2009 heeft het CVZ bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat in de situatie van verzoekster geen sprake is van verlamde of verslakte bovenoogleden die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening. Zij heeft derhalve geen (verzekerings)indicatie voor blepharoplastieken van beide oogleden. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 26 augustus 2009 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.11. Bij brief van 27 augustus 2009 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of het verslag aanleiding geeft tot aanpassing van het voorlopige advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 1 september 2009 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopige advies als definitief kan worden beschouwd.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
- 4.1. Verzoekster stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat zij fysieke en psychische klachten heeft en dat zij daarom door haar huisarts is doorverwezen naar de plastisch chirurg. De fysieke klachten bestaan uit een gezichtsveldbeperking, dubbel zien, een drukkend gevoel, vermoeidheid en hoofdpijn. Een en ander belemmert verzoekster in haar werk als Z-verpleegkundige. Het is voor haar verder onbegrijpelijk dat de ziektekostenverzekeraar de aanvraag enkel op basis van door haar overgelegde foto's heeft beoordeeld, zonder haar te hebben gezien en zonder overleg te hebben gevoerd met de huisarts. Verzoekster tekent aan dat zij diabetespatiënt is en verwacht dat indien zij niet wordt geopereerd, de kosten voor de ziektekostenverzekeraar in de toekomst alleen maar hoger zullen uitvallen.

4.2. Ter zitting heeft verzoekster haar standpunt herhaald. Zij deelt mede veel stress te ondervinden van het feit dat de operatie niet wordt vergoed. Dit is van invloed op de diabetes.

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, onder verwijzing naar de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden, dat de zorgverzekering geen dekking biedt voor de onderhavige behandeling nu verzoekster niet kampt met een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening. Op de aanvullende ziektekostenverzekering kan geen beroep worden gedaan aangezien niet ten minste de helft van de pupillen is bedekt door de verslapte bovenoogleden, zoals blijkt uit de overgelegde foto's. Onder de gegeven omstandigheden had het geen zin verzoekster op te roepen voor het spreekuur van de medisch adviseur, dan wel contact te zoeken met haar huisarts.

5.2. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat voor substitutie van zorg geen plaats is. Van belang zijn de actuele situatie en de thans geldende verzekeringsvoorwaarden.

5.3. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoekster terecht is afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

Gezien de verzekeringsvoorwaarden, het reglement van de commissie en de door de ziektekostenverzekeraar ondertekende verklaring, 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. De beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

7.1. Het betreft hier een naturopolis, 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 19 tot en met 39 van de zorgverzekering.

Artikel 20 lid 4 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op behandeling van plastisch-chirurgische aard bestaat. Voor zover hier van belang, luidt genoemd artikel als volgt:

"Lid 4 Behandelingen van plastisch-chirurgische aard

Op behandeling van plastisch-chirurgische aard bestaat slechts aanspraak indien die strekt ter correctie van:

a. (...)

b. (...)

c. *verlamde of verslapte bovenoogleden die het gevolg die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening; (...)"*

Artikel 20 lid 5 van de zorgverzekering sluit, in aansluiting hierop, expliciet een aantal behandelingen uit, waaronder de behandeling van verlamde of verslapte bovenoogleden anders dan als gevolg van een aangeboren afwijking of van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening.

- 7.2. Artikel 20 van de zorgverzekering is volgens artikel 2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 7.3. 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. De behandeling van plastisch-chirurgische aard is geregeld in artikel 2.4 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.1 Rzv.
- 7.4. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.5. Gelet op het vorenoverwogene komt verzoekster alleen voor vergoeding van de behandeling tot correctie van de bovenoogleden ten laste van de zorgverzekering in aanmerking indien vast komt te staan dat bij haar sprake is van een aangeboren afwijking, dan wel van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening.
- 7.6. In de toelichting bij de wijziging van de Regeling medisch-specialistische zorg Ziekenfondswet, waarnaar in de toelichting op de Rzv wordt verwezen, wordt als voorbeeld van een aangeboren afwijking het BPES-syndroom 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 dat sprake is van het BPES-syndroom, dan wel van een daaraan gelijk te stellen aandoening. Een indicatie als bedoeld in artikel 20 lid 4 van de zorgverzekering ontbreekt derhalve, en de uitsluiting van lid 5 is onverkort van toepassing.
- 7.7. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, dient te worden afgewezen.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 7.8. De commissie stelt allereerst vast dat de aanvraag voor de behandeling is gedateerd 15 december 2008 en dat de ziektekostenverzekeraar deze heeft getoetst aan de voorwaarden van het jaar 2009. Voor de zorgverzekering zijn die voorwaarden gelijk-luidend; voor de aanvullende ziektekostenverzekering geldt dat de strekking vergelijkbaar is maar dat de nummering afwijkt. De commissie zal vanwege de datering van de aanvraag uitgaan van de voorwaarden voor het jaar 2008.
- 7.9. Artikel 2.8 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering, regelt voor zover hier van belang:

“Correctie van bovenoogleden

Wij vergoeden de kosten van correctie van verlamde of verslapte bovenoogleden bij een ernstige gezichtsveldbeperking.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

- a. (...)
- b. *bij de aanvraag om toestemming moet u een recente kleurenfoto – gemaakt door een instelling voor medisch specialistische zorg of uzelf – naar ons meesturen, waarop de afwijking duidelijk zichtbaar is;*
- c. *er is bij recht vooruit kijken sprake van een bedekking van tenminste de helft van de pupil door het verslapte bovenooglid, waarvoor de correctie aangevraagd wordt;*
- d. (...)
- e. (...)

Uitsluitingen

Wij vergoeden niet de kosten van:

- a. *de foto's welke met de aanvraag voor toestemming naar ons meegestuurd moeten worden.”*

7.10. Uit de overgelegde foto's blijkt dat verzoekster niet voldoet aan de toepasselijke voorwaarden, in die zin dat niet ten minste de helft van de pupillen wordt bedekt door de verslapte bovenoogleden waarvoor de correctie is aangevraagd. In redelijkheid valt niet in te zien waarom de ziektekostenverzekeraar zich bij zijn beoordeling niet op foto's zou mogen baseren. Verzoekster is verantwoordelijk voor het overleggen van foto's van een dusdanige kwaliteit dat aan de hand daarvan een beoordeling door de ziektekostenverzekeraar kan plaatsvinden. Wordt dit nagelaten, dan kan dit de ziektekostenverzekeraar niet worden tegengeworpen. De polisvoorwaarden stellen immers dat de beoordeling in het kader van artikel 2.8 plaatsvindt aan de hand van in te zenden foto's, en niet door het oproepen van betrokkene voor het spreekuur. Bij onduidelijkheid en in verband daarmee twijfel bij de ziektekostenverzekeraar kan deze besluiten tot een onderzoek – in tweede instantie – aan de betrokkene in persoon, en wel nadat deze daartoe is opgeroepen om te komen op het spreekuur van de medisch adviseur. Het door verzoekster zelf overgelegde fotomateriaal geeft echter voldoende informatie ter beoordeling van het onderhavige verzoek en leidt, ook naar het oordeel van de commissie uit eigen waarneming, niet tot redelijke twijfel bij de toetsing aan de betrokken voorwaarde.

7.11. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek, voor zover dat ziet op de aanvullende ziektekostenverzekering, eveneens dient te worden afgewezen.

8. Het bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 9 september 2009,

Voorzitter