

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen C en E te D
Zaak : Plastische chirurgie, ooglidcorrectie
Zaaknummer : 2009.01323
Zittingsdatum : 21 oktober 2009

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2009, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1, 2.2 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2009)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

1) C

2) E te D,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 22 april 2009 de aanvraag voor machtiging voor een ooglidcorrectie af te wijzen.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam zorgverzekeraar] Basispolis (hierna: de zorgverzekering). Een zorgverzekering betreft een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen [naam ziektekostenverzekeraar] Compactpolis en Tand Compact afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Deze verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. De behandelend oogarts heeft bij verzoeker de volgende diagnose gesteld: “dermatochalasis van de bovenoogleden met gezichtsveldbeperking”. De behandelend zorgverlener heeft naar aanleiding van de gestelde diagnose bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op “blepharoplastiek bovenoogleden” ten laste van de zorgverzekering, dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 22 april 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.3. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 4 juni 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker 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 24 juli 2009 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).

- 3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 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.
- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief van 21 augustus 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 25 augustus 2009 aan verzoeker gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 31 augustus 2009 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 15 september 2009 schriftelijk medegedeeld evenmin te willen worden gehoord.
- 3.9. Bij brief van 25 augustus 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 15 september 2009 heeft het CVZ (zaaknummer 2902746) de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat geen sprake is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening.
Een afschrift van het CVZ-advies is op 21 september 2009 aan partijen gezonden. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren. Verzoeker heeft op 24 september 2009 op het CVZ-advies gereageerd. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de wederpartij gezonden.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
 - 4.1. Verzoeker stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat de ingreep noodzakelijk is op medische gronden. Hij heeft dermatochalasis van de oogleden met een ernstige gezichtsveldbeperking, irritatie van de ogen en verslechtering van de visus. Verzoeker is van mening dat bij hem sprake is van een afwijking in het uiterlijk die gepaard gaat met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen.
 - 4.2. In reactie op het CVZ-advies stelt verzoeker dat het in zijn geval niet gaat om vergoeding van plastische chirurgie. Het gaat om een medisch noodzakelijke behandeling en een ziektekostenverzekeraar dient alle medisch noodzakelijke kosten te vergoeden.
 - 4.3. Verzoeker komt tot de conclusie dat zijn 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 op grond van de zorgverzekering alleen aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van een ooglidcorrectie als sprake is van verlamde of verslapte bovenoogleden die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening. Hiervan is bij verzoeker geen sprake.

- 5.2. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoeker terecht is afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

De commissie is 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

- 7.1. In geschil is de afwijzing van het verzoek om vergoeding van een bovenooglidcorrectie, ten laste van de zorgverzekering, dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 7.2. Het betreft hier een restitutiepolis, zodat de verzekerde in beginsel kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 1 tot en met 13 van de zorgverzekering. Artikel 2 sub c van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op plastisch chirurgische behandelingen in het ziekenhuis bestaat. Dit artikel sluit expliciet een aantal behandelingen uit, waaronder de behandeling voor correctie van verslakte of verlamde bovenoogleden, behoudens in geval de verslapping of verlamming het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening.

Voor zover hier van belang, bepaalt artikel 2 sub c het volgende:

“op behandeling van plastisch-chirurgische aard bestaat slechts aanspraak indien de behandeling strekt tot correctie van:

a afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;

b verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;

c verlamde of verslakte bovenoogleden die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;

(...)

Uitsluitingen: • behandeling voor correctie van verslakte of verlamde bovenoogleden, behoudens in geval de verslapping of verlamming het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;

(...)”

- 7.3. Artikel 2 van de zorgverzekering is volgens artikel 7 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (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 bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit vergoeding van de kosten van 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 uit-

gewerkt in artikel 2.1 Rzv.

- 7.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.6. Ten aanzien van het door verzoeker gestelde dat geen sprake is van plastische chirurgie overweegt de commissie als volgt. De vereniging van artsen, tandartsen en apothekers werkzaam bij (zorg)verzekeraars (VAGZ) heeft behandelingen van plastisch chirurgische aard als volgt gedefinieerd: vorm- of aspectveranderende ingrepen van het uiterlijk. Deze ingrepen zijn niet beperkt tot het specialisme plastische chirurgie. Zo kan bijvoorbeeld een blepharoplastiek worden uitgevoerd door een oogarts, maar het blijft ook in dat geval een plastisch chirurgische operatie.
- 7.7. De commissie is van oordeel dat is gebleken noch gesteld dat sprake is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening. 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. Dit leidt ertoe dat de indicatie, zoals genoemd in artikel 2 sub c van de zorgverzekering, niet van toepassing is, en dat – voor zover er al sprake is van één van de indicaties genoemd onder a en b – de uitsluiting zoals genoemd in hetzelfde artikel 2 sub c van de zorgverzekering onverkort heeft te gelden.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 7.8. De commissie constateert dat de aanvullende verzekering geen dekking biedt voor hetgeen verzoeker heeft verzocht.

Conclusie

- 7.9. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

8. Het bindend advies

- 8.1. De commissie wijst het verzoek af .

Zeist, 21 oktober 2009,

Voorzitter