

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B versus C en e, beide te D
Zaak	: Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, bovenooglidcorrectie
Zaaknummer	: 2008.01875
Zittingsdatum	: 14 januari 2009

Zaak: 2008.01875 (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 D, en

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

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 25 maart 2008 inzake de afwijzing van een bovenooglidcorrectie.

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 Zorg-op-maatpolis (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 Top afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. De behandelend oogarts heeft bij verzoekster de volgende diagnose gesteld: "dermatochalasis". De oogarts heeft naar aanleiding van de gestelde diagnose bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op verstrekking van de door verzoekster gewenste zorg bestaande uit een "bovenooglidcorrectie" ten laste van de zorgverzekering, dan wel de aanvullende verzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 25 maart 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat haar aanspraak is afgewezen.
- 3.3. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 25 juli 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. Bij brief van 12 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 (hierna: het verzoek).
- 3.5. 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. Bij dit verzoek is een afschrift van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief van 14 november 2008 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 21 november 2008 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 27 november 2008 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 21 november 2008 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 december 2008 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 bij verzoekster geen sprake is van verslapte of verlamde bovenoogleden die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige, chronische aandoening. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 14 januari 2009 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 15 januari 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 20 januari 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 de huisarts twee jaar geleden opmerkte dat haar bovenoogleden praktisch de helft van haar ogen bedekten en dat het verstandig zou zijn dit te laten herstellen. Deze aanvraag is destijds afgewezen door de ziektekostenverzekeraar. Bij een bezoek aan de oogarts op 13 maart 2008 kreeg verzoekster wederom de mededeling dat het verstandig zou zijn iets aan haar overhangende oogleden te doen. De oogarts verwees haar daarop door naar een andere oogarts, die bevoegd was de operatie uit te voeren. Ook deze was van mening dat een ooglidcorrectie medisch noodzakelijk is. Verzoekster vindt het onbegrijpelijk dat de ziektekostenverzekeraar haar aanvraag heeft afgewezen, ondanks het feit dat drie artsen van oordeel zijn dat de bovenooglidcorrectie nodig is. Verzoekster voegt hieraan toe dat zij veel last heeft van schaduw wanneer zij recht vooruit kijkt.
- 4.2. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling het volgende aangevoerd. Zij benadrukt dat vier artsen de behandeling noodzakelijk vinden. Zij weet niet of zij met overhangende oogleden is geboren, en kan dit haar ouders ook niet meer vragen. Wel hebben haar dochter en kleindochter ook last van overhangende oogleden, dit wijst erop dat sprake is van een aangeboren afwijking.

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 is uitgenodigd op het spreekuur. Daar is gebleken dat bij haar geen sprake is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening. Hieruit volgt dat op grond van de basisverzekering geen aanspraak bestaat op een bovenooglidcorrectie. Tevens bedekken de bovenoogleden niet ten minste de helft van de pupil, waardoor een vergoeding op grond van de aanvullende verzekering ook niet mogelijk is.

5.2. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd. Hij bestrijdt de (medische) noodzaak van de behandeling niet, maar wel het bestaan van een verzekeringsindicatie. De correctie van bovenoogleden is uitgesloten, behalve in het geval van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige aandoening. Daarvan is hier geen sprake; een erfelijke aanleg voor zware bovenoogleden is iets anders.

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 naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de zorgverzekeraar 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 verslachte bovenoogleden 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 verslachte bovenoog-

leden anders dan als gevolg van een aangeboren afwijking of van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening.

- 7.2. De regeling in 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 verzoekster sprake is van een aangeboren afwijking, dan wel van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening.
- 7.6. De commissie stelt vast dat niet aannemelijk is gemaakt dat in het geval van verzoekster sprake is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische 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. 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.”*

- 7.9. Het is aan verzoekster om aannemelijk te maken dat zij voldoet aan de in de polisvoorwaarden gestelde voorwaarden om voor vergoeding van medische kosten in aanmerking te komen. Zij is zelf 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 duidelijk 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. De behandelend plastisch chirurg heeft niet verklaard dat verzoekster voldoet aan de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering. Ook anderszins is zulks niet vast komen te staan. Derhalve is niet komen vast te staan dat is voldaan aan de onder c genoemde voorwaarde, dat ten minste de helft van haar pupillen wordt bedekt door de verslapte bovenoogleden.
- 7.10. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek, voor zover dat ziet op de aanvullende ziektekostenverzekering, dient te worden afgewezen.

Slotsom

- 7.11. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
8. Het bindend advies
- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 28 januari 2009,

Voorzitter