

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C te D
Zaak : Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, bovenooglidcorrectie
Zaaknummer : 2009.01794
Zittingsdatum : 18 november 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 2008, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2008)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

C te D, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 1 augustus 2008, waarbij de aanvraag voor een bovenooglidcorrectie beiderzijds is afgewezen.

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 ziektekostenverzekeraar] Zorgverzekering (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 ziektekostenverzekering Vitaal & Zeker Pakket afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op verstrekking of vergoeding van de onder 2 vermelde behandeling, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 1 augustus 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.3. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 6 oktober 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar, in vervolg op een spreekuurbezoek, aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. Begin 2009 is door verzoeker een tweede aanvraag gedaan. Deze is op 12 februari 2009 door de ziektekostenverzekeraar afgewezen. Bij brief van 16 april 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar herhaald dat niet is gebleken van nieuwe of veranderde omstandigheden sinds op de voorgaande aanvraag afwijzend werd beslist.
- 3.5. Met een meldingsformulier van 17 augustus 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 9 oktober 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 12 oktober 2009 aan verzoeker gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 22 oktober 2009 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden.
- 3.9. Bij brief van 12 oktober 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 22 oktober 2009 heeft het CVZ (zaaknummer 29111741) 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 verzoeker geen sprake is 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.
- 3.10. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 18 november 2009 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.11. Bij brief van 19 november 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 23 november 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 verzoeker

- 4.1. De behandelend plastisch chirurg heeft bij verzoeker de volgende diagnose gesteld: "blepharochalazis bovenoogleden beiderzijds met huidsurplus tot over de wimperrand". De behandelend zorgverlener heeft naar aanleiding van de gestelde diagnose bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op "blepharoplastieken bovenoogleden beiderzijds".
- 4.2. Verzoeker stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat hij last heeft van hoofdpijn en vermoeidheid "voor en achter (zijn) ogen". Dit zorgt onder andere voor problemen bij het televisiekijken en autorijden. Volgens verzoeker is de ingreep noodzakelijk om een normaal sociaal leven te kunnen leiden. Hij ziet zich daarin gesteund door de huisarts en twee medisch specialisten. De behandelend neuroloog constateert een tendomyogene hoofdpijn, veroorzaakt door de blepharochalazis. Deze hoofdpijn is "een duidelijk negatieve factor" in het "kwaliteit-van-leven gevoel" van verzoeker.

Verzoeker meent recht te hebben op de onderhavige behandeling en verwijst daarbij naar het vergoedingenoverzicht van de aanvullende ziektekostenverzekering, waarin sprake is van volledige vergoeding van een ooglidcorrectie.

4.3. Ter zitting is door verzoeker aangevoerd dat zijn oogleden volgens de huisarts en de specialist te slap en te lang zijn. Door het aanspannen ontstaan hoofdpijnklachten. Tijdens het spreekuurbezoek bij de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar is hem niets gevraagd, en hij heeft daarom ook niets over de klachten gezegd. Verzoeker heeft echter wel degelijk hoofdpijn en het gevoel van een strakke band om zijn hoofd. Hij kan tv-programma's vaak niet afzien en moet onder het autorijden regelmatig rust nemen.

4.4. 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 bij verzoeker geen sprake is van verlamde of verslakte bovenoogleden die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening. In het kader van de zorgverzekering kan geen toestemming voor de behandeling worden gegeven. Waar het de aanvullende ziektekostenverzekering betreft, geldt dat verzoeker niet voldoet aan de eis dat de onderrand van het bovenooglid of de overhangende huidplooi 1 mm boven het centrum van de pupil of lager moet hangen. De ingreep komt daarom evenmin voor vergoeding ten laste van de aanvullende verzekering in aanmerking.

5.2. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat het CVZ-advies in lijn is met het standpunt van de ziektekostenverzekeraar. Er geldt een uitsluiting van vergoeding van een bovenooglidcorrectie, tenzij sprake is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening. Bij de aanvullende ziektekostenverzekering geldt het criterium van 1 mm. Omdat de foto's niet duidelijk waren, is verzoeker uitgenodigd voor het spreekuur van de medisch adviseur. Deze heeft toen vastgesteld dat niet aan het criterium is voldaan. De medische noodzaak van de behandeling wordt niet door de ziektekostenverzekeraar betwist. Er bestaat echter geen verzekeringsindicatie.

5.3. 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 of verzoeker aanspraak kan maken op bovenooglidcorrecties beiderzijds 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 naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. Artikel 20 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op plastische en/of reconstructieve chirurgie bestaat. Genoemd artikel luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

“Omschrijving:

Geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 15 (Medisch specialistische zorg) omvat behandeling van plastisch-chirurgische aard, uitsluitend als deze strekt tot correctie van:

- 1. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;*
- 2. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of een geneeskundige verrichting;*
- 3. verlamde of verslapte bovenoogleden die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening; (...)*

Geen aanspraak bestaat op:

- a. behandeling van verlamde of verslapte bovenoogleden als geen sprake is van een aangeboren afwijking of van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening; (...)*

- 7.3. De zorgverzekering is volgens artikel 1 onder 77 van de zorgverzekering een tussen een zorgverzekeraar en een verzekeringnemer voor een verzekeringsplichtige gesloten schadeverzekering, die voldoet aan hetgeen daarover bij of krachtens de Zvw is geregeld, en waarvan de verzekerde prestaties het bij of krachtens deze wet geregelde niet te boven gaan.
- 7.4. 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. Behandeling van plastisch-chirurgische aard is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4, lid 1, onder b van het Besluit zorgverzekering (Bzv) en verder uitgewerkt in artikel 2.1 van de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 7.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.6. Blijkens de toelichting door de behandelend plastisch chirurg, wordt een beroep gedaan op het bestaan van aantoonbare lichamelijke functiestoornissen. Gelet op de in artikel 20 van de zorgverzekering opgenomen uitsluiting, die overigens ook geldt voor de beide andere indicaties die onder 7.2 zijn vermeld, spitst het geschil zich toe op de vraag of bij verzoeker sprake is van een aangeboren afwijking dan wel van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening. 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 af-

wijkingen 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 bij verzoeker sprake is van een afwijking of aandoening als hiervoor bedoeld. Integendeel, verzoeker heeft ter zitting verklaard dat de klachten enkel verband houden met zijn leeftijd. Eerdergenoemde uitsluiting is daarmee 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 2.3 van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt, voor zover hier van belang het volgende:

“2.3 Ooglidcorrectie

Omschrijving:

Correctie van bovenoogleden in een daartoe gecontracteerd ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum.

Door:

Medisch specialist.

(...)

Indicatie:

Een zeer ernstige gezichtsveldbeperking. Hiervan is sprake als de onderrand van het bovenooglid of de overhangende huidplooï 1 mm boven het centrum van de pupil hangt of lager. Gemeten wordt ter hoogte van het centrum van de pupil terwijl de verzekerde ontspannen recht vooruit kijkt.

(...)

Machtiging:

Ja, met toelichting van de behandelend medisch specialist. Bij de aanvraag moet een foto worden meegestuurd (gemaakt door het ziekenhuis/zelfstandig behandelcentrum of uzelf) waarop de afwijking – zoals omschreven onder indicatie – goed zichtbaar is.”

- 7.9. In de procedure is door verzoeker niet aannemelijk gemaakt dat hij voldoet aan de toepasselijke indicatie-eis.
- 7.10. Gelet op het vorenoverwogene dient aanspraak, ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering, te worden afgewezen.

Werking privaatrecht

- 7.11. Door verzoeker is tot slot een beroep gedaan op het vergoedingenoverzicht, behorend bij de aanvullende ziektekostenverzekering. De commissie constateert dat in dit overzicht is vermeld dat het moet gaan om een “specifieke medische indicatie”. Wat daar in dit verband onder moet worden verstaan, blijkt uit de polisvoorwaarden, zoals deze in het voorgaande zijn aangehaald.
- 7.12. **Conclusie**
- 7.13. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

8. Het bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 2 december 2009,

Voorzitter