

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, in deze vertegenwoordigd door C te D tegen
E en F, beide te G
Zaak : Geneeskundige zorg; plastische chirurgie; onderooglidcorrectie
Zaaknummer : 2009.00290
Zittingsdatum : 12 augustus 2009

Zaak: 2009.00290 (Geneeskundige zorg; plastische chirurgie; onderooglidcorrectie)

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, in deze vertegenwoordigd door C te D

tegen

1) E te G en

2) F te G,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 21 mei 2008 waarbij de aanvraag voor een onderooglidcorrectie beiderzijds is afgewezen.

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 het Zorgplan (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 Excellent afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek.
- 3.2. De behandelend plastisch chirurg heeft bij verzoekster de volgende diagnose gesteld: "Zij kijkt tegen haar onderoogleden aan en heeft geïrriteerde ogen en zandgevoel en bovendien vermoeide ogen". Verzoekster heeft naar aanleiding van de gestelde diagnose bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op "een onderooglidcorrectie" ten laste van de zorgverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 21 mei 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 1 september 2008 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 16 maart 2009 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar

gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen (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 28 mei 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 17 juni 2009 aan verzoekster gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 24 juni 2009 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden.
- 3.9. Bij brief van 17 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 7 juli 2009 heeft het CVZ (zaaknummer 29066384) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat verzoekster geen indicatie heeft voor de aangevraagde ingreep. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 21 juli 2009 datum aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 12 augustus 2009 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.11. Bij brief van 13 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 20 augustus 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 wel degelijk objectief aantoonbare klachten heeft. De behandelend plastisch chirurg stelt dat de ingreep medisch noodzakelijk is en in de polisvoorwaarden staat dat indien een chirurg het nodig vindt, dit voor 100 percent wordt vergoed.
 - 4.2. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd, dat zij niet begrijpt dat de ziektekostenverzekeraar haar aanvraag enkel heeft beoordeeld op grond van foto's. Verzoekster ondervindt veel klachten van haar oogleden.
 - 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 geen indicatie bestaat voor de ingreep. De klachten van verzoekster zijn niet

objectief vast te stellen. Voorts kan niet gesproken worden van een blikveldbeperking.

- 5.2. De ziektekostenverzekeraar benadrukt dat voor chirurgische ingrepen van cosmetische aard, waarbij de aanleiding voortvloeit uit een persoonlijke behoefte, noodzaak of omstandigheid, vergoeding wordt verleend tot maximaal € 500,-- per jaar.
- 5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd, dat geen sprake is van lichamelijke functiestoornissen, verminking, een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening of een aangeboren afwijking. Daarom heeft verzoekster slechts aanspraak op € 500,-- ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 5.4. 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/of 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

- 7.1. In geschil is of verzoekster aanspraak kan maken op de aangevraagde onderooglidcorrectie. 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 ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in artikel 2 van hoofdstuk 2 van de zorgverzekering.

Artikel 2 lid C onder 3 van Hoofdstuk 2 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op plastisch chirurgische zorg bestaat. Genoemd artikel luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

“Er bestaat slechts aanspraak op behandeling van plastisch chirurgische aard indien die strekt ter correctie van:

- afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;*
- verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;*
- (...).”*

- 7.3. Artikel 2 van Hoofdstuk 2 van de zorgverzekering is volgens artikel 2 van Hoofdstuk 1 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 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 Bzv en verder uitgewerkt 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. Het onderhavige geschil spitst zich toe op de vraag of bij verzoekster sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis, dan wel een verminking. Van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis is sprake indien blijkt van een ernstige gezichtsveldbeperking. De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat zulks niet het geval is bij verzoekster. Verzoekster heeft dat niet, dan wel onvoldoende bestreden. Ook blijkt niet van een onderzoek daarnaar door een (oog)arts. Eventuele andere lichamelijke functiestoornissen zijn gesteld noch gebleken.
- 7.7. Met betrekking tot de eventuele (verzekerings)indicatie verminking merkt de commissie op dat - zoals ook in eerdere adviezen is overwogen - daarvan niet eerder kan worden gesproken dan in geval van een ernstige misvorming, al dan niet met weefseldefecten gepaard gaande. Gesteld noch gebleken is dat zich iets dergelijks voordoeet bij verzoekster.
- 7.8. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, dient te worden afgewezen.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 7.9. Artikel 2 lid 16 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt, voor zover hier van belang:

*“Plastische/Cosmetische chirurgie:
Behandeling door een medisch specialist.*

Voorwaarde voor vergoeding:

- *Er moet sprake zijn van een medische noodzaak;*
- *Er moet vooraf schriftelijk toestemming door [naam ziektekostenverzekeraar] zijn verleend.”*

Bij de voorwaarden voor vergoeding onder d is het volgende bepaald:

“Cosmetische chirurgie

Chirurgische ingrepen van cosmetische aard waarbij de aanleiding voortvloeit uit de persoonlijke behoefte, noodzaak of omstandigheid.

Vergoeding vindt plaats tot maximaal € 500,- per jaar.”

- 7.10. De commissie constateert dat de aanvullende ziektekostenverzekering een aanspraak kent op vergoeding tot maximaal € 500,-- per jaar voor cosmetische chirurgie. De ziektekostenverzekeraar heeft in de correspondentie ook gewezen op het recht van verzoekster op deze vergoeding.
- 7.11. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek, voor zover dat ziet op de aanvullende ziektekostenverzekering en dit het voornoemde bedrag van € 500,-- overschrijdt, eveneens dient te worden afgewezen.
8. Het bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 26 augustus 2009,

Voorzitter