

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C te D
Zaak : Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, ooglidcorrectie (boven
en onder)
Zaaknummer : 2011.00373
Zittingsdatum : 14 september 2011

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoekster,

tegen

C te D hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Deze verzekering is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster heeft bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op een ooglidcorrectie - boven en onder - (hierna: de aanspraak). Bij brief van 6 januari 2011 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 31 januari 2011 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. Nadat verzoekster de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen had benaderd, heeft de Ombudsman Zorgverzekeringen haar op 26 april 2011 medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling. Verzoekster is daarbij gewezen op de mogelijkheid de kwestie voor bindend advies voor te leggen aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen.
- 3.4. Bij brief van 30 mei 2011 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen ten laste van de zorgverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 37,-- voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar 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.
- 3.6. De zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 2 augustus 2011 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 4 augustus 2011 aan verzoekster ge-

zonden.

- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster en de zorgverzekeraar hebben op respectievelijk 10 en 31 augustus 2011 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 4 augustus 2011 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 1 september 2011 heeft het CVZ (zaaknummer 2011083053) 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 een aangeboren afwijking of van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening. Een afschrift van het CVZ-advies is op 6 september 2011 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 14 september 2011 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Verzoekster heeft naar aanleiding van de hoorzitting bij brief van 22 september 2011 nogmaals benadrukt dat zij niet is opgeroepen op het spreekuur van de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.11. Bij brief van 19 september 2011 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 voorlopig advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 22 september 2011 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. De behandelend oogarts heeft op 7 december 2010 ten behoeve van verzoekster een aanvraag ingediend voor een ooglidcorrectie. Verzoekster kampt met slappe oogleden, boven en onder. Hierdoor is het pompmechanisme van het traanvocht uit het oog naar de neus gebrekkig. Dit veroorzaakt chronisch tranen. De enige manier om dit probleem op te lossen is het verrichten van een ooglidplastiek, waarbij zenuwen worden ingekort en de oogleden strakker worden gemaakt.
- 4.2. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd de ingreep is aangevraagd door de behandelend arts. de reden voor de ingreep zijn de klachten van verzoekster in de vorm van tranende ogen. De huid onder de ogen gaat hierdoor kapot. Dat zij 74 jaar oud is doet niet ter zake. Verzoekster is niet door de ziektekostenverzekeraar gezien. Haar is wel verteld dat zij zich kan bijverzekeren, maar dan geldt een wachttijd van één jaar.
- 4.3. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar stelt dat een bovenooglidcorrectie op grond van de zorgverzekering is uitgesloten van vergoeding. Deze ingreep kan alleen op grond van de aanvul-

lende ziektekostenverzekering worden vergoed. Verzoekster heeft evenwel geen aanvullende ziektekostenverzekering afgesloten.

- 5.2. De zorgverzekeraar twijfelt eraan dat via een onderooglidcorrectie het traanprobleem van verzoekster is op te lossen.
- 5.3. Ter zitting is door de zorgverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat er een verschil is tussen een medische indicatie en een verzekeringsindicatie. Verzoekster voldoet niet aan de voorwaarden die in de zorgverzekering zijn gesteld.
- 5.4. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

- 7.1. In geschil is of verzoekster aanspraak heeft op een ooglidcorrectie ten laste van de zorgverzekering.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

- 8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.
- 8.2. De zorgverzekering betreft 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 17.1 tot en met 17.23 van de zorgverzekering. Artikel 17.16 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op plastische chirurgie bestaat. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

“U hebt recht op een behandeling van plastisch-chirurgische aard als deze is bedoeld ter correctie van:

*-- afwijkingen in het uiterlijk die aantoonbare lichamelijke functiestoornissen veroorzaken;
-- verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
-- verlamde of verslachte bovenoogleden die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
(...)*

Uitsluitingen

U hebt geen recht op de volgende zorg:

*-- behandeling van verlamde of verslachte bovenoogleden anders dan als gevolg van een aangeboren afwijking of van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
(...)”*

- 8.3. Artikel 17.16 van de zorgverzekering is volgens artikel 2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.4. 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 sub b Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.1 Rzv.
- 8.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
9. Beoordeling van het geschil
- 9.1. 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. De onderhavige correctie van de boven- en onderoogleden is dan ook een behandeling van plastisch-chirurgische aard.
- 9.2. Een zodanige behandeling valt onder de dekking van de zorgverzekering indien een indicatie als bedoeld in artikel 17.16 bestaat. De vraag naar de aanwezigheid van een indicatie kan, waar het gaat om de bovenoogleden, evenwel onbeantwoord blijven. Een correctie van de bovenoogleden is namelijk uitgesloten van vergoeding, tenzij sprake is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening. Niet is gebleken dat hiervan bij verzoekster sprake is, hetgeen meebrengt dat de uitsluiting van artikel 17.16 van de zorgverzekering onverkort van toepassing is en verzoekster geen aanspraak heeft op vergoeding van de correctie van de bovenoogleden ten laste van de zorgverzekering.
- 9.3. Een correctie van de onderoogleden is niet expliciet uitgesloten van vergoeding. Daarom moet voor de onderoogleden worden getoetst of sprake is van een afwijking van het uiterlijk die gepaard gaat met een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. Hierbij gaat het, zoals de commissie vast in haar uitspraken op dit punt tot uitdrukking brengt, om een functiestoornis van vrij ernstige aard, die bovendien objectiveerbaar dient te zijn. Bij de toetsing van die laatste voorwaarde is onder meer van belang of medisch is onderbouwd dat de voor de aanwezigheid van een lichamelijke functiestoornis aangevoerde lichamelijke klacht (in dit geval tranende ogen) wordt veroorzaakt door de te corrigeren lichamelijke afwijking. Van belang is of daarmee aannemelijk is dat het te corrigeren lichaamsdeel klachten als aangevoerd veroorzaakt, en wel in een zodanig ernstige mate dat gesproken kan worden van een lichamelijke functiestoornis in de zin van de zorgverzekering. Ten slotte (Tenslotte aan elkaar is immers; tenslotte is tot besluit) dient aannemelijk te zijn dat de aangevraagde correctie (van de onderoogleden) de bestaande klachten zal doen wegnemen. Volgens de verklaring van de oogarts wordt het traanprobleem door de ingreep, waarbij zenuwen worden ingekort en de oogleden strakker worden gemaakt, minder maar niet opgelost. De commissie is derhalve van oordeel dat het (overmatig) tranen van de ogen niet is aan te merken als een lichamelijke functiestoornis zoals bedoeld in de polisvoorwaarden.

- 9.4. Evenmin kan worden gesproken van verminking. Hieronder wordt verstaan een ernstige misvorming, die al dan niet met weefseldefecten gepaard gaat (zie ook GcZ, 5 november 2007, ANO07.289). Gelet op de ontstaansgeschiedenis van de term 'verminking' in de huidige regelgeving gaat het daarbij om verworven aandoeningen, zoals misvorming van de handen door reumatoïde artritis, misvorming door verlamming van de aangezichtszenuw, misvorming door brandwonden, replantatie van ledematen, reconstructie van geamputeerde ledematen of van geamputeerde mammae. Van verminking in bovenvermelde zin is in het onderhavige geval geen sprake.
- 9.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat bij verzoekster niet kan worden gesproken van een verzekeringsindicatie als bedoeld in artikel 17.16 van de zorgverzekering.

Conclusie

- 9.6. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 28 september 2011,

Voorzitter