

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vertegenwoordigd door E te F tegen C te D
Zaak : Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, bovenooglidcorrectie
Zaaknummer : 2011.01357
Zittingsdatum : 28 september 2011

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. H.P. Ch. van Dijk en mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden zorgverzekering 2010 en 2011, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2010 en 2011)

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door E te F
tegen

C te D hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] Zorgverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Uitgebreide Aanvullende Verzekering afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De eveneens afgesloten verzekeringen Mix Aanvullende verzekering en Basis Tand polis zijn niet in het geding en blijven om die reden verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een bovenooglidcorrectie (hierna: de aanspraak). Bij brief van 9 april 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 10 mei 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. Bij ongedateerd klachtenformulier, door de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) ontvangen op 6 juni 2011, heeft verzoekster 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).
- 3.4. 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.

- 3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 12 augustus 2011 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 17 augustus 2011 aan verzoekster gezonden.
- 3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 23 augustus 2011 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 26 september 2011 per e-mail medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.7. Bij brief van 17 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 31 augustus 2011 heeft het CVZ (zaaknummer 2011086731) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat geen sprake is van verslapte oogleden ten gevolge 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 op 7 september 2011 aan partijen gezonden.
- 3.8. Verzoekster is op 28 september 2011 in persoon gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch aan de zitting deelgenomen. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.9. Bij brief van 4 oktober 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 7 oktober 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. Verzoekster heeft in 2006, 2007 en 2008 bij de ziektekostenverzekeraar aanvragen ingediend voor een bovenooglidcorrectie. Al deze aanvragen zijn door de ziektekostenverzekeraar afgewezen.
- 4.2. In 2010 heeft verzoekster nogmaals een aanvraag ingediend voor een bovenooglidcorrectie. Ook deze aanvraag is door de ziektekostenverzekeraar afgewezen.
- 4.3. Voor de ingreep werd uitgevoerd had verzoekster last van vermoeide, tranende en geïrriteerde ogen. Tevens had zij vaak rode oogranden. Daarnaast keek zij – met name in de loop van de dag – tegen de “gordijntjes” van de oogleden aan. Verzoekster heeft de ingreep in januari 2011 voor eigen rekening laten uitvoeren. Vijf maanden later constateert zij dat de klachten “duurzaam” zijn verdwenen. Zij concludeert daarom dat reeds haar eerste verzoek voor een bovenooglidcorrectie ten onrechte is afgewezen. Hierdoor heeft verzoekster vier en een half jaar onnodig klachten gehouden, en heeft zij onnodig veel kosten gemaakt voor medicatie. In 2006 bestond op grond van de zorgverzekering nog aanspraak op een bovenooglidcorrectie. Inmiddels is deze aanspraak uit het pakket verwijderd. Verzoekster vraagt daarom vergoeding van de kosten van de ingreep op grond van haar toenmalige polis.

- 4.4. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar bij de beoordeling van een aanvraag niet de klacht van de verzekerde centraal stelt, maar de criteria zoals vermeld in de polisvoorwaarden. Deze polisvoorwaarden zijn niet statisch maar dynamisch en daarom zal heroverweging steeds noodzakelijk zijn. Verzoekster had voor de ingreep last van een open en ontstoken huid bij de ooghoeken als gevolg van "de doorweking van de huid door zout traanvocht". De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar heeft tijdens het spreekuurbezoek suggesties gedaan voor een andere behandeling. De terugverwijzing naar de medisch specialist is niet succesvol gebleken. Hierdoor heeft zij gedurende achttien voor niets haar ogen moeten druppelen. De medisch adviseur had zich van een oordeel moeten onthouden of hij had een suggestie moeten doen die wel hout snijdt.
- 4.5. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt dat de indicatie van verzoekster niet voldoet aan de in de zorgverzekering gestelde voorwaarden. Deze voorwaarden zijn wettelijk vastgesteld en zijn de afgelopen jaren niet gewijzigd. De vergoeding voor de onderhavige kosten is niet uit het pakket gehaald na 2006.
- 5.2. Verzoekster is uitgenodigd op het spreekuur van de medisch adviseur. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 5.3. Tot 1 januari 2009 bestond op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering aanspraak op een bovenooglidcorrectie indien sprake was van een zeer ernstige gezichtsveldbeperking. Hiervan was bij verzoekster evenwel geen sprake. Vanaf 1 januari 2009 bestaat alleen nog op grond van de meest uitgebreide aanvullende ziektekostenverzekering aanspraak op de onderhavige ingreep.
- 5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar benadrukt dat hij gehouden is te toetsen aan de voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering. Dat verzoekster baat heeft bij de onderhavige ingreep doet geen recht ontstaan. Ter aanvulling heeft de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat de behandeling is gestart door de medisch specialist.
- 5.5. De ziektekostenverzekeraar 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, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.
7. Het geschil
- 7.1. In geschil is of verzoekster aanspraak heeft op een bovenooglidcorrectie, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

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 ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 e.v. van de zorgverzekering.
Artikel 18 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op plastische en/of reconstructieve chirurgie bestaat. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

“Uw recht op geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 13 (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. *verminderingen die het gevolg zijn van een ziekte, een ongeval of een geneeskundige verrichting;*
3. *verlamde of verslakte bovenoogleden die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;*
(...)”

- 8.3. Artikel 18 van de zorgverzekering is volgens de artikelen 2.3, 2.9 en 2.10 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 onder 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

Beroep op polisvoorwaarden 2006

- 9.1. Ten aanzien van het beroep van verzoekster op de polisvoorwaarden van 2006 overweegt de commissie als volgt. Verzoekster heeft in 2006 een aanvraag ingediend voor een bovenooglidcorrectie. Deze aanvraag is destijds afgewezen. De commissie is niet gebleken dat verzoekster naar aanleiding van deze beslissing een verzoek tot heroverweging heeft ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. In artikel 7 van het Reglement Geschillencommissie Zorgverzekeringen is bepaald dat het voorleggen aan de commissie dient te geschieden binnen één jaar na het handelen of nalaten dat tot het geschil aanleiding heeft gegeven. Nu niet is gebleken dat de laatste beslissing van de ziektekostenverzekeraar op de aanvraag van 2006 binnen één jaar voor het indienen van de klacht bij de commissie heeft plaatsgevonden, is voornoemde termijn

inmiddels verstreken. De beslissing uit 2006 kan om die reden geen onderwerp meer zijn van de onderhavige procedure.

- 9.2. De aanvraag waarop de huidige klacht betrekking heeft, is in 2010 ingediend. Daarom zijn de polisvoorwaarden van 2010 van toepassing en zal worden beoordeeld of op grond van die voorwaarden de aanvraag al dan niet terecht is afgewezen.

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.3. 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 bovenooglidcorrectie is dan ook een behandeling van plastisch-chirurgische aard.
- 9.4. Een correctie van de bovenoogleden is uitgesloten van vergoeding, tenzij sprake is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening, aldus is geregeld in artikel 18 van de zorgverzekering. Niet is gebleken dat hiervan bij verzoekster sprake is, hetgeen meebrengt dat de uitsluiting van artikel 18 van de zorgverzekering in dit geval onverkort van toepassing is. Verzoekster heeft daarom geen aanspraak op vergoeding van de correctie van de bovenoogleden ten laste van de zorgverzekering.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.5. De commissie is gebleken dat de aanvullende ziektekostenverzekering geen dekking biedt voor een bovenooglidcorrectie, zodat geen aanspraak bestaat op vergoeding op basis van deze verzekering.
- 9.6. Hetgeen ter zitting is gesteld aangaande de medisch adviseur is in dit verband niet relevant. De beslissing tot doorverwijzing lag in dit geval bij de huisarts. Evenzo was het een beslissing van de oogarts voor een bepaalde – naar later bleek niet succesvolle – behandeling te kiezen. De medisch adviseur kan noch voor de verwijzing, noch voor de daaropvolgende behandeling verantwoordelijk worden gehouden.

Conclusie

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

Zeist, 12 oktober 2011,

Voorzitter