

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C te D en E te F
Zaak : Plastische chirurgie, bovenooglidcorrectie
Zaaknummer : 2010.02253
Zittingsdatum : 11 mei 2011

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

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

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoekster,

tegen

1) C te D en

2) E te F

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag 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 [naam ziektekostenverzekeraar] Extra Aanvullend afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten 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 de ziektekostenverzekeraar verzocht om vergoeding van een bovenooglidcorrectie beiderzijds (hierna: de aanspraak). Bij brief van 6 oktober 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 19 oktober 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.4. Bij brief van 7 februari 2011 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 ziektekostenverzekering (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 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 stuk-

ken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 31 maart 2011 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 4 april 2011 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 8 april 2011 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 26 april 2011 telefonisch medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 4 april 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 21 april 2011 heeft het CVZ (zaaknummer 2011039054) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat in het geval van verzoekster 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 op 4 mei 2011 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 11 mei 2011 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 16 mei 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 18 mei 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 bij verzoekster de volgende diagnose gesteld: *“gezichtsveldbeperkende ptosis van de bovenoogleden. De verticale lidspleet gemeten vanaf de limbus inferior tot de bovenooglidrand is minder dan 7 mm beiderzijds. Derhalve is er naar de maatstaven van onze beroepsgroep sprake van een medische indicatie voor een ptosiscorrectie”*. De oogarts verzoekt om een machtiging voor een ptosiscorrectie van de bovenoogleden.
- 4.2. Verzoekster stelt dat zij last heeft van haar overhangende bovenoogleden. Haar klachten zijn onder andere een beperkt zichtvermogen en nekpijn bij het omhoog kijken. Zij wil een bovenooglidcorrectie ondergaan om beter te kunnen zien en om verdere lichamelijke klachten te voorkomen. Derhalve is geen sprake van een cosmetische ingreep, maar een functionele ingreep. Verzoekster heeft lichamelijke klachten en stelt dat de bovenooglidcorrectie vergoed dient te worden ten laste van de zorgverzekering.
- 4.3. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat het een ptosiscorrectie betreft. In eerste instantie werd door de ziektekostenverzekeraar gesteld dat het ontbreken van een aanvullende ziektekostenverzekering het probleem vormde. Die ver-

zekering dekt echter kosten van plastische chirurgie, en hier gaat het niet om een cosmetische, maar een functionele ingreep. Dit is door de ziektekostenverzekeraar erkend. Verzoekster heeft dan ook geen aanvullende ziektekostenverzekering gesloten. Daarnaast stelt verzoekster dat anderen in haar omgeving het op medische indicatie wegnemen van overtollige huid uit de bovenoogleden wel vergoed hebben gekregen. Dit is volgens verzoekster logisch. Immers, als het nooit zou worden vergoed, had de behandelend arts geen aanvraag hoeven doen. Er is dus sprake van rechtsongelijkheid. Ten slotte stelt verzoekster dat een medische noodzaak voor de ingreep bestaat.

4.4. 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 een bovenooglidcorrectie alleen wordt vergoed indien de verlamde of verslapte bovenoogleden het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of van een chronische aandoening die al bij de geboorte aanwezig was. Hiervan is bij verzoekster geen sprake. Een ingreep met een medisch doel komt niet in aanmerking voor vergoeding als men niet voldoet aan de voorwaarden. Er is geen verzekeringsindicatie voor de bovenooglidcorrectie bij verzoekster, zodat zij geen aanspraak heeft op een bovenooglidcorrectie ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

5.2. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat het gaat om een aanvraag voor een plastisch-chirurgische ingreep. Dit is niet per definitie een cosmetische operatie. Het gaat er om of de behandeling plastisch-chirurgisch van aard is, en dit is het geval bij een ptosiscorrectie. De enige relevante vraag is vervolgens of verzoekster de kosten zelf moet betalen, dan wel dat deze ten laste van de verzekering komen. Vergoeding is alleen mogelijk bij een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige aandoening. Het een noch het ander is hier aan de orde. Dat anderen de kosten wel vergoed krijgen wordt vaak gesteld. In exact dezelfde situaties kan dit niet. Onbekend is wie de betrokken verzekerden zijn en waarom in die gevallen de kosten wel zijn vergoed. Of het inderdaad om identieke gevallen gaat valt dus te betwijfelen. Het CVZ onderschrijft het standpunt van de ziektekostenverzekeraar.

5.3. 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 de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, 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 restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen 15 tot en met 42 van de zorgverzekering. Artikel 20.4 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op behandelingen van plastisch chirurgische aard bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“Artikel 20.4 Behandelingen van plastisch-chirurgische aard

20.4.1. Kosten van zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden behandelingen die plastisch-chirurgisch van aard zijn, als ze zijn bedoeld om de volgende zaken te corrigeren:

a. afwijkingen in uw uiterlijk die aantoonbare lichamelijke functiestoornissen veroorzaken;

(...)

c. verlamde of verslachte bovenoogleden die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of van een chronische aandoening die al bij de geboorte aanwezig was;

(...)

Bij verlamde of verslachte bovenoogleden als gevolg van ouderdom hebt u geen recht op vergoeding van een plastisch chirurgische behandeling om de bovenoogleden te corrigeren.”

Artikel 20.5 van de zorgverzekering sluit, in aansluiting op artikel 20.4 van de zorgverzekering, expliciet een aantal behandelingen uit, waaronder de behandeling van verlamde of verslachte bovenoogleden. Voor zover hier van belang, luidt artikel 20.4 als volgt:

“20.5. Uitsluitingen

De volgende zorg vergoeden wij niet:

(...)

b. behandeling van verlamde of verslachte bovenoogleden als geen sprake is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening; (...)”

- 8.3. De artikelen 20.4 en 20.5 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2.1 van de voorwaarden van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.4. Artikel 11, lid 1 onderdeel b 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 vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Plastische chirurgie is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 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

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 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 bovenooglidcorrectie is dan ook een behandeling van plastisch-chirurgische aard.
- 9.2. Een correctie van de bovenoogleden is 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 20.5 van de zorgverzekering onverkort van toepassing is en dat verzoekster geen aanspraak heeft op vergoeding van de correctie van de bovenoogleden ten laste van de zorgverzekering.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.3. De commissie is gebleken dat de aanvullende ziektekostenverzekering geen dekking biedt voor plastisch-chirurgische zorg, zodat geen aanspraak bestaat op vergoeding op basis van deze verzekering.

Conclusie

- 9.4. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 25 mei 2011,

Voorzitter