

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C te D en E te F
Zaak : Plastische chirurgie, ooglidcorrectie, ME
Zaaknummer : 2010.01504
Zittingsdatum : 16 maart 2011

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2009, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2009)

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 Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw) en een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). Verder waren ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende modules Service en Preventie, Therapieën en Buitenland afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een blepharoplastiek of bovenooglidcorrectie (hierna: de aanspraak), welke aanspraak bij beslissing van 19 mei 2009 is afgewezen.
- 3.2. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar herhaaldelijk om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. In een aantal emailberichten en bij brief van 2 oktober 2009 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 17 december 2010 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 (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 ver-

zoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 21 januari 2011 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 25 januari 2011 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 26 januari 2011 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 4 februari 2011 schriftelijk medegedeeld evenmin te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 25 januari 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 4 februari 2011 heeft het CVZ (zaaknummer 2011012966) de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat geen sprake is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening.
Een afschrift van het CVZ-advies is op 7 februari 2011 aan partijen gezonden. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar hebben van de geboden gelegenheid geen gebruik gemaakt.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. De behandelend plastisch chirurg heeft bij verzoekster het volgende vastgesteld: "Huid hangt op de wimpers, veel hoofdpijn, vermoeide ogen, branderige ogen, zwaar gevoel in de oogleden en gezichtsveldbeperking".
- 4.2. Verzoekster stelt dat zij door de ziekte ME meer last heeft van de hiervoor omschreven klachten dan anderen. In haar geval zijn deze ernstiger en bezwaarlijker dan bij mensen die niet aan ME lijden. Zij benadrukt dat de gevraagde behandeling niet cosmetisch van aard is. Verder voert zij aan dat vergoeding past binnen de geest van de wet. Deze definieert zij als: "Financiering van de benodigde zorg".
- 4.3. Verzoekster tekent voorts aan dat het feit dat het niet verplicht is de kosten te vergoeden, niet betekent dat het verboden is dat wel te doen.
- 4.4. Ten aanzien van de suggestie van de ziektekostenverzekeraar een meer uitgebreide aanvullende ziektekostenverzekering te nemen, met dekking voor de onderhavige kosten, is de stelling van verzoekster dat "geen verzekeringsmaatschappij (...) een brandend huis gaat verzekeren".
- 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, onder verwijzing naar de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden, dat de correctie van verlamde of verslapte bovenoogleden alleen voor vergoeding in aanmerking komt indien sprake is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige aandoening. Omdat een lichamelijke oorzaak ont-

breekt, kan geen vergoeding plaatsvinden vanuit de Basisverzekering. De ziekte ME vormt in dit verband geen indicatie.

5.2. Verzoekster kan er voor kiezen haar aanvullende ziektekostenverzekering uit te breiden met een extra module, die op non-selectiebasis kan worden afgesloten. Wel geldt in dat geval een wachttijd van twee jaar.

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 bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

7.1. In geschil is of verzoekster aanspraak kan maken op een bovenooglidcorrectie 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 restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg.

Artikel 20 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat. Lid 4 ziet specifiek op behandelingen van plastisch chirurgische aard. In lid 6 zijn uitgesloten behandelingen vermeld.

Voor zover hier van belang, luidt artikel 20 als volgt:

“lid 4

Behandelingen van plastisch chirurgische aard

Op behandeling van plastisch chirurgische aard bestaat slechts aanspraak op de vergoeding van kosten indien die strekt ter correctie van:

a. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;

b. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;

c. verlamde of verslachte bovenoogleden die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening; (...)

lid 6

Uitgesloten behandelingen:

(...)

b. Geen aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor:

- 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 20 van de zorgverzekering is volgens artikel 2 lid 1 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) met de daarbij behorende Regeling zorgverzekering (Rzv), met inbegrip van de daarbij behorende toelichting.
- 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.
Behandeling van plastisch chirurgische aard is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 lid 1 onder c 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. Een bovenooglidcorrectie kan uitsluitend worden vergoed indien voldaan is aan het criterium dat sprake is van een aangeboren afwijking dan wel van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening. Dat de overhangende oogleden van verzoekster hierdoor zijn veroorzaakt is gesteld noch gebleken, zodat reeds om die reden de beslissing van de ziektekostenverzekeraar juist is.
Dat verzoekster stelt dat zij door de ziekte ME meer last van overhangende oogleden, doet, gelet op voormeld criterium, niet ter zake.
- 9.2. Met betrekking tot hetgeen verzoekster aanvoert ten aanzien van de 'geest van de wet' merkt de commissie op dat onderscheid moet worden gemaakt tussen een medische indicatie en een verzekeringsindicatie. De wetgever heeft nadrukkelijk er voor gekozen niet in alle gevallen aan een medische indicatie ook een recht op vergoeding te koppelen. Derhalve is niet alle medisch noodzakelijke zorg ook verzekerde zorg die voor vergoeding in aanmerking komt.
- 9.3. De stelling van verzoekster dat het feit dat het niet verplicht is de kosten te vergoeden, niet betekent dat het verboden is dat wel te doen, kan niet leiden tot een andere uitkomst. Waar het gaat om het al dan niet toekennen van een onverplichte vergoeding, geldt namelijk dat sprake is van eigen beleid van de ziektekostenverzekeraar. De commissie kan in dat beleid niet treden.

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, 16 maart 2011,

Voorzitter