

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B versus C en E te D
Zaak	: Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, voorhoofdslift, bovenooglidcorrectie en wenkbrauwlift
Zaaknummer	: 2008.01712
Zittingsdatum	: 25 februari 2009

Zaak: 2008.01712 (Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, voorhoofdslift, bovenooglidcorrectie en wenkbrauwlift)

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 Bzv, 2.1 en 2.4 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2008)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

1) C te D, en

2) E te D, hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen de beslissingen van de ziektekostenverzekeraar van 3 juni en 1 juli 2008 de aanspraak op een voorhoofdslift, een wenkbrauwlift en een bovenooglidcorrectie af te wijzen.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorg-op-maatpolis (hierna: de zorgverzekering). Dit betreft een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoeker de aanvullende ziektekostenverzekeringen Gemeenten Extra en Standaard afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekeringen). Deze verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. De behandelend plastisch chirurg heeft bij verzoeker de volgende diagnose gesteld: "blepharochalasis van de bovenoogleden". De behandelend plastisch chirurg heeft naar aanleiding van de gestelde diagnose bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op "een locale laterocraniale browlift en een blepharoplastiek van de bovenoogleden beiderzijds" en een "voorhoofdslift" ten laste van de zorgverzekering, dan wel de aanvullende verzekering (hierna: de aanspraak). Bij brieven van 3 juni en 1 juli 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat zijn aanspraak is afgewezen.
- 3.3. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 10 juli 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker 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 4 november 2008 heeft verzoeker 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 verzekering (hierna: het verzoek).
- 3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 37,00 voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek is een afschrift van de door verzoeker 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 19 december 2008 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 6 januari 2008 aan verzoeker gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 12 januari 2009 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 13 januari 2009 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden.
- 3.9. Bij brief van 6 januari 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 22 januari 2009 heeft het CVZ 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 verzoeker geen sprake is van een aangeboren afwijking of van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening. Voorts is er geen indicatie voor een wenbrauw- en voorhoofdslift, omdat bij verzoeker niet gesproken kan worden van een aantoonbare, lichamelijke functiestoornis. Een afschrift van het CVZ-advies is op 23 januari 2009 aan partijen gezonden. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren. Verzoekster en de zorgverzekeraar hebben niet op het CVZ-advies gereageerd.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. Verzoeker stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat bij hem sprake is van een sterk verminderd zicht, waarvan hij hinder ondervindt in zijn dagelijkse werkzaamheden als taxichauffeur. Verzoeker is van mening dat alle beslissingen op afstand worden genomen, aangezien de ziektekostenverzekeraar zijn afwijzende beslissing heeft gebaseerd op de ingezonden foto's en verzoeker niet in persoon heeft gezien.
- 4.2. Verzoeker komt tot de conclusie dat zijn 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 de voorhoofdslift is afgewezen omdat dit voor verzoeker niet de aangewezen behandeling is voor het wegnemen van zijn klachten. De behandeling is daarmee niet doelmatig. Ten aanzien van de bovenooglidcorrectie is de ziektekostenverzekeraar van mening dat niet gebleken is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening, waardoor verzoeker niet in aanmerking

komt voor een bovenooglidcorrectie ten laste van de zorgverzekering. Op basis van de foto's is gebleken dat verzoeker niet voldoet aan het in de aanvullende verzekering gestelde criterium dat de helft van de pupil door het verslapte bovenooglid dient te worden bedekt. Met betrekking tot de wenkbrauwlift merkt de ziektekostenverzekeraar op dat in het geval van verzoeker niet gebleken is van een lichamelijke functiestoornis of een verminking als bedoeld in de zorgverzekering.

- 5.2. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoeker terecht is afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

Gezien de verzekeringsvoorwaarden, het reglement van de commissie en 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

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 7.1. Het betreft hier een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op zorg van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 19 tot en met 39 van de zorgverzekering.

Artikel 20 lid 4 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op behandeling van plastisch-chirurgische aard bestaat. Voor zover hier van belang, luidt genoemd vierde lid als volgt:

“Lid 4 Behandelingen van plastisch-chirurgische aard

Op behandeling van plastisch-chirurgische aard bestaat slechts aanspraak 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 verslapte bovenoogleden die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening; (...)*”

Artikel 20 lid 5 van de zorgverzekering sluit, in aansluiting hierop, expliciet een aantal behandelingen uit, waaronder de behandeling van verlamde of verslapte bovenoogleden anders dan als gevolg van een aangeboren afwijking of van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening.

- 7.2. De regeling in artikel 20 van de zorgverzekering is volgens artikel 2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 7.3. 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.

De behandeling van plastisch-chirurgische aard is geregeld in artikel 2.4 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.1 Rzv.

- 7.4. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.5. Waar het gaat om de aangevraagde bovenooglidcorrectie spitst het geschil zich toe op de vraag of bij verzoeker sprake is van een aangeboren afwijking of van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening.
- 7.6. Ten aanzien hiervan overweegt de commissie dat door verzoeker is niet aannemelijk is gemaakt dat bij hem sprake is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening als bedoeld in artikel 20 lid 4 van de zorgverzekering. Een indicatie ontbreekt derhalve en de uitsluiting van lid 5 is onverkort van toepassing.
- 7.7. Wat betreft de wenkbrauwlift overweegt de commissie dat in de procedure door verzoeker niet aannemelijk is gemaakt dat in zijn geval sprake is van een afwijking in het uiterlijk die gepaard gaat met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen. Voorts kan in de onderhavige situatie niet worden gesproken van een verminking als gevolg van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting.
- 7.8. Ten aanzien van de aangevraagde voorhoofdslift geldt dat de behandelend plastisch chirurg op 28 januari 2008 heeft verklaard dat deze behandeling niet geheel was geïndiceerd wegens een terugtrekkende haarlijn. De ziektekostenverzekeraar heeft hierop gesteld dat de ingreep niet is aangewezen voor het wegnemen van de bestaande klachten, hetgeen door verzoeker niet is betwist. De aangevraagde voorhoofdslift moet daarom als niet doelmatig worden beschouwd.
- 7.9. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, dient te worden afgewezen.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 7.10. Artikel 2.8 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering bepaalt, voor zover hier van belang:

“Correctie van bovenoogleden

Wij vergoeden de kosten van correctie van verlamde of verslapte bovenoogleden bij een ernstige gezichtsveldbeperking.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

- a. (...)
- b. *bij de aanvraag om toestemming moet u een recente kleurenfoto – gemaakt door een instelling voor medisch specialistische zorg of uzelf – naar ons meesturen, waarop de afwijking duidelijk zichtbaar is;*
- c. *er is bij recht vooruit kijken sprake van een bedekking van tenminste de helft van de pupil door het verslapte bovenooglid, waarvoor de correctie aangevraagd wordt;*
- d. (...)
- e. (...)

Uitsluitingen

Wij vergoeden niet de kosten van:

- a. *de foto's welke met de aanvraag voor toestemming naar ons meegestuurd moeten worden."*

- 7.11. Uit artikel 2.8 van de aanvullende ziektekostenverzekering is af te leiden dat de beoordeling of vergoeding dient plaats te vinden, bij de correctie van bovenoogleden wordt beoordeeld aan de hand van foto's. Op de door verzoeker aangeleverde foto's is duidelijk te zien dat niet wordt voldaan aan het in de aanvullende verzekeringsvoorwaarden opgenomen criterium dat de pupillen niet voor ten minste de helft door de bovenoogleden worden bedekt.
- 7.12. Verzoeker twijfelt voorts of de ziektekostenverzekeraar kan bepalen, zonder hem in persoon te hebben gezien, of bij hem sprake is van een zeer ernstige gezichtsveldbeperking. Verzoeker stelt daarbij dat de ziektekostenverzekeraar voorbij gaat aan de argumenten van zijn behandelend oogarts. De commissie merkt op dat de voorwaarden het bestaan van een gezichtsveldbeperking niet als criterium stellen. De ziektekostenverzekeraar treedt daarom niet in de bevoegdheid van de behandelend oogarts, wanneer hij verklaart dat uit de foto's blijkt dat niet ten minste de helft van de pupillen bedekt is.
- 7.13. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek, voor zover dat ziet op de aanvullende ziektekostenverzekering, evenzeer dient te worden afgewezen.
8. Het bindend advies
- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 25 februari 2009,

Voorzitter