

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C te D vertegenwoordigd door E te F
Zaak : Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, bovenooglidcorrectie
Zaaknummer : 2009.02474
Zittingsdatum : 21 april 2010

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

(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

C te D hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar, vertegenwoordigd door E te F.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 14 mei 2009 een correctie van de bovenoogleden (hierna: de aanspraak) af te wijzen.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam gevolgmachtigde] Zorgverzekering variant Natura (hierna: de zorgverzekering), wat een verzekering is als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen [naam gevolgmachtigde] Extra compleet pakket (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering) en [naam gevolgmachtigde] Tandartskostenverzekering inclusief techniekkosten € 950,-- afgesloten. De Tandartskostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde, en blijft daarom in het vervolg buiten beschouwing. Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. Bij brief van 14 mei 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.3. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 22 oktober 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster 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 18 januari 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 dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.6. 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.

- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief van 19 februari 2010 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 24 februari 2010 aan verzoekster gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 27 februari 2010 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 15 april 2010 per email medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden.
- 3.9. Bij brief van 24 februari 2010 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 9 maart 2010 heeft het CVZ (zaaknummer 2010030127) 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 een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoekster is op 21 april 2010 in persoon gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch aan de hoorzitting deelgenomen. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.11. Bij brief van 23 april 2010 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 voorlopige advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 27 april 2010 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopige advies als definitief kan worden beschouwd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. De behandelend oogarts heeft bij verzoekster vastgesteld dat zij “een zeer storende dermatochalasis van de bovenste oogleden (heeft), waarbij de huid tot over de ooglidrand reikt”.
- 4.2. Verzoekster stelt dat zij vanwege ernstige oogklachten - en daarmee gepaard gaande zware hoofdpijnklaarten en sterke fysieke beperkingen bij het lezen en autorijden - in mei 2009 een oogarts heeft bezocht. De oogarts heeft vastgesteld dat verzoekster een significante gezichtsveldbeperking heeft, die kan worden verholpen door het uitvoeren van een correctie van de bovenoogleden. De door de ziektekostenverzekeraar gestelde voorwaarde dat voor vergoeding noodzakelijk is dat het overhangende ooglid 1 millimeter boven het centrum van de pupil hangt, of lager, is niet terug te vinden in de polisvoorwaarden 2009. Daarin enkel is opgenomen dat sprake dient te zijn van een medische noodzaak. De medische noodzaak wordt aangetoond door de overgelegde foto's en het onderzoek van de oogarts met betrekking tot de gezichts-

veldbeperking.

- 4.3. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat zij in mei 2009 wegens oog- en hoofdpijnlachten de oogarts heeft geconsulteerd. Deze oogarts heeft vastgesteld dat zij door de overhangende oogleden een verminderd zicht heeft; een ooglidcorrectie lost dit probleem op. Er is dus sprake van een medische indicatie en daarmee voldoet zij aan de polisvoorwaarden. Nadat haar aanvraag in eerste instantie is afgewezen, heeft de oogarts de ziektekostenverzekeraar aanvullende informatie toegestuurd, waarbij is aangegeven dat sprake is van een forse gezichtsveldbeperking.

De afwijzingsgrond die de ziektekostenverzekeraar gebruikt staat niet vermeld in de polisvoorwaarden. In de polisvoorwaarden van de aanvullende verzekering van 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar dit aangepast.

- 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 voor een correctie van de bovenoogleden enkel vergoeding mogelijk is vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering, mits sprake is van een aangetoonde medische noodzaak en voorafgaand aan de ingreep toestemming is gevraagd, en de aanvraag positief wordt getoetst door een medisch adviseur. De medische noodzaak is bij een dergelijke aanvraag aangetoond indien het bovenooglid of het surplus één millimeter boven het centrum van de pupil hangt of lager. De toetsing hiervan geschiedt aan de hand van de aanvraag en de meegezonden foto's. Bij verzoekster is geen sprake van de vereiste blikveldbeperking, zodat zij geen aanspraak heeft op vergoeding van de bovenooglidcorrectie ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

- 5.2. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd, dat geen sprake is van een indicatie als bedoeld in de zorgverzekering. Daarom is de aanvraag afgewezen. De aanspraak uit de aanvullende ziektekostenverzekering is ruimer; er wordt echter alleen vergoed als de overhangende oogleden tot 1 mm boven de pupil hangen of lager. De medisch adviseur heeft de aanvraag op grond van de foto's beoordeeld. Het is logisch dat sprake moet zijn van een medische noodzaak, aangezien cosmetische behandelingen nooit voor vergoeding in aanmerking komen. Ten aanzien van de stelling van verzoekster, dat de gehanteerde afwijzingsgrond niet in de polisvoorwaarden staat, merkt de ziektekostenverzekeraar op dat het niet letterlijk in de polisvoorwaarden staat, maar dat het volgt uit jurisprudentie (diverse uitspraken betreffende de Ziekenfondswet en particuliere verzekeringen). De ziektekostenverzekeraar stelt niet dat verzoekster geen klachten heeft, maar dat er op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering geen sprake is van een medische noodzaak. De medische noodzaak is de voornoemde gezichtsveldbeperking.

- 5.3. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag terecht is 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 ziektekostenver-

zekering, bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

- 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is verzoekster een bovenooglidcorrectie te verstrekken dan wel te vergoeden, 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 12 tot en met 36 van de zorgverzekering. Artikel 19 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op behandelingen van plastisch-chirurgische aard bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 14 (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. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, een ongeval of een geneeskundige verrichting;*
- 3. verlamde of verslapte bovenoogleden die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;*
- 4. (...)*

Geen aanspraak bestaat op:

- a. behandeling van verlamde of verslapte bovenoogleden als er geen sprake is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;*
- b. (...)*

- 8.3. Artikel 19 van de zorgverzekering is volgens artikel 2.1 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. 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.
- 8.6. Artikel 11 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op plastisch chirurgische behandelingen en luidt, voor zover hier van be-

lang:

*“Vergoeding voor de kosten van behandelingen:
(...)
voor correctie van bovenoogleden (...)*

Voor de eerste vier behandelingen wordt uitsluitend vergoeding verleend indien en voor zover daarvoor een medische noodzaak bestaat en na voorafgaande schriftelijke toestemming van de zorgverzekeraar. (...)

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. De vraag of bij verzoekster een indicatie bestaat in de vorm van een ernstige lichamelijke functiestoornis dan wel een verminking als bedoeld in artikel 19 leden 1 en 2, kan onbesproken blijven, aangezien ingevolge de zorgverzekering enkel aanspraak bestaat op een bovenooglidcorrectie wanneer sprake is van verlamde of verslapte bovenoogleden die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening. De vergoeding in andere gevallen is expliciet uitgesloten in dezelfde bepaling.
- 9.2. In de toelichting bij de wijziging van de ‘Regeling medisch-specialistische zorg Ziekenfondswet’, waarnaar in de toelichting op de Rzv wordt verwezen, wordt als voorbeeld van een aangeboren afwijking het BPES-syndroom genoemd. Dit syndroom kan een dussdanige verslapping van de bovenoogleden tot gevolg hebben dat het gezichtsveld van jonge kinderen ernstig wordt beperkt. Kinderen met zulke aangeboren afwijkingen aan de oogleden hebben op dat moment nog niet in alle gevallen een gezichtsveldbeperking, maar krijgen die wel door de afwijking. Niet gebleken is dat verzoekster kampt met het BPES-syndroom dan wel een daaraan gelijk te stellen aandoening.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.3. Door verzoekster zijn twee verklaringen van de behandelend oogarts overgelegd. In de eerste, gedateerd 8 oktober 2009, stelt deze: “Ik wil u vragen om uw besluit te herzien, omdat mevrouw wel degelijk een forse gezichtsveldbeperking heeft ten gevolge van haar overhangende oogleden”. Ter onderbouwing zijn door hem de uitkomsten van het gezichtsveldonderzoek meegezonden. Op 12 november 2009 verklaart de oogarts: “Op het GV onderzoek blijkt een beperking aan de bovenzijde”. De ziektekostenverzekeraar heeft geen feiten en omstandigheden aangevoerd die de feiten in voormelde verklaringen weerspreken.
- 9.4. De ziektekostenverzekeraar hanteert bij de beoordeling of sprake is van een medische noodzaak het criterium dat het bovenooglid één millimeter boven het centrum van de pupil dient te hangen of lager. Genoemd criterium is niet echter opgenomen in de polisvoorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering, zodat het beroep daarop faalt..
- 9.5. Dit brengt de commissie tot het oordeel dat het bestaan van een medische noodzaak aannemelijk is gemaakt.

Conclusie

- 9.6. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen.
- 10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek toe.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden een bedrag ad € 37,--.

Zeist, 19 mei 2010,

Voorzitter