

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B vs C te D
Zaak	: Geneeskundige zorg; plastische chirurgie; ooglidcorrectie
Zaaknummer	: 2008.01491
Zittingsdatum	: 5 november 2008

Zaak: 2008.01491 Geneeskundige zorg; plastische chirurgie; bovenooglidcorrectie

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, art. 10, 11 Zvw, 2.4 Bzv, 2.1 Rzv, Voorwaarden aanvullende verzekering 2008)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

C te D, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 19 februari 2008 een bovenooglidcorrectie niet te vergoeden.

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 Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering). Dit is een een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Tevens was verzoekster ten tijde van de onderhavige aanvraag bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd op basis de Aanvullende Verzekering Top (hierna: de aanvullende verzekering). Het betreft hier in beide gevallen een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 BW.
- 3.2. De behandelend plastisch chirurg heeft bij verzoekster de volgende diagnose gesteld: "een uitgebreide blepharochalasis" en de daarbij behorende klachten, zoals onder andere gezichtsveldbeperking, vermoeide ogen en hoofdpijn. De behandelend zorgverlener heeft naar aanleiding van de gestelde diagnose bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een bovenooglidcorrectie bdz (DBC-code 04.11.131.22) ten laste van de zorgverzekering, dan wel de aanvullende verzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 19 februari 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat haar aanspraak is afgewezen.
- 3.3. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 29 mei 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. Bij brief van 19 juli 2008 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog ten laste van de zorgverzekering, dan wel de aanvullende verzekering (hierna: het verzoek) in te willigen.
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 37,00 voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de

mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek is een afschrift van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en heeft de commissie bij brief van 20 augustus 2008 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 17 september 2008 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 26 september 2008 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 4 november 2008 telefonisch medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 22 september 2008 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 1 oktober 2008 heeft het CVZ bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek van verzoekster af te wijzen op de grond dat artikel 21 lid 2 sub c van de overeengekomen zorgverzekering bepaalt dat medisch specialistische zorg uitsluitend een behandeling van plastisch chirurgische aard omvat als die strekt ter correctie van verlamde en verslachte bovenoogleden die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening en daarvan is bij verzoekster geen sprake. Een afschrift van het CVZ-advies is op 4 november 2008 tezamen met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster is op 5 november 2008 in persoon gehoord. De ziektekostenverzekeraar is telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 21 november 2008 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 25 november 2008 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. Verzoekster stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat een ooglidcorrectie noodzakelijk is, omdat haar gezichtsveldbeperking steeds erger wordt. Zij heeft erg veel hinder van haar overhangende oogleden, onder andere in het verkeer. Dit is tevens gevaarlijk, omdat zij stukken van het verkeer mist. Daarbij komt ook nog dat zij brandende pijn heeft aan haar ogen, waardoor zij soms hele dagen hoofdpijn heeft. Verzoekster stelt dat de ziektekostenverzekeraar een uitzondering moet kunnen maken gezien de ernst van haar situatie.
De huisarts vermeldt in een verklaring van 18 juni 2008 een ernstige ptosis van de bovenoogleden, met als gevolg gezichtsvelduitval en hoofdpijn door fronsen. Daarbij benadrukt hij de medische noodzaak van de ingreep.
Volgens de behandelend plastisch chirurg is sprake van een uitgebreide blepharochalasis, onder andere gepaard gaande met een gezichtsveldbeperking, vermoeide ogen en hoofdpijn.

4.2. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling het volgende aangevoerd: Zij heeft reeds van kinds af aan last gehad van hangende oogleden. De huisarts heeft echter geen onderliggend ziektebeeld kunnen ontdekken. Verder wil zij benadrukken dat aangezien de zorgverzekeraar zelf de voorwaarden van de aanvullende verzekering bepaald, deze de vrijheid heeft om hiervan af te wijken.

4.3. Verzoekster komt tot de conclusie dat haar 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, onder verwijzing naar de toepasselijke wetgeving, dat een bovenooglidcorrectie alleen voor verstrekking ten laste van de zorgverzekering in aanmerking komt in geval van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening. Bij verzoekster is zulks niet aan de orde.

Dat de ingreep medisch noodzakelijk is, is volgens de ziektekostenverzekeraar niet relevant, nu in de toelichting op de Regeling zorgverzekering blijkt dat de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport er in 2005 bewust voor heeft gekozen geen onderscheid te maken tussen wel en niet medisch noodzakelijke behandelingen.

5.2. In de door verzoekster gesloten aanvullende verzekering is geen dekking opgenomen voor een bovenooglidcorrectie. Dat andere ziektekostenverzekeraars kennelijk wel een (gedeeltelijke) vergoeding verlenen, is niet relevant.

5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat de aanvullende verzekering geen rubriek plastische chirurgie kent en eveneens een hardheidsclausule ontbreekt. Dit is een bewuste keuze van de directie geweest.

5.4. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoekster terecht is afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

De commissie acht zich bevoegd van het onderhavige geschil kennis te nemen en daarover een bindend advies uit te brengen.

7. De beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

7.1. Het betreft hier een naturapolis. Vergoeding voor medisch-specialistische zorg, plastische chirurgie, staat vermeld in artikel 21 lid 2 sub c van de zorgverzekering. Genoemd artikel bepaalt wanneer aanspraak op behandelingen van plastische chirurgische aard bestaat en onder welke voorwaarden. Voor zover hier relevant houdt artikel 21 lid 2 sub c het volgende in:

"Op behandeling van plastisch-chirurgische aard bestaat, indien vooraf en minstens binnen drie weken schriftelijk toestemming bij [de ziektekostenverzekeraar] is aangevraagd, slechts aanspraak indien die strekt ter correctie van:

- afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;*
- verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;*
- verlamde of verslapte oogleden die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening.*

(...)”

In artikel 21 lid 2 sub d is vervolgens het volgende bepaald:

“Geen aanspraak bestaat op:

a. behandeling van verlamde of verslachte bovenoogleden als er geen sprake is van een aangeboren afwijking of van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening.”

- 7.2. De regeling van artikel 21 is volgens artikel 2 lid 1 van de zorgverzekering, gebaseerd op de Zvw, het Bzv en de Rzv.
- 7.3. Artikel 11 lid 1 onderdeel a van de Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde in voorkomend geval, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Waar het gaat om plastische chirurgie, is een en ander naar aard en omvang omschreven in artikel 2.4 lid 1 onder b van het Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.1 van de Rzv, waarin de uitsluitingen opgenomen zijn, waaronder de correctie van de bovenoogleden anders dan bij verslachte of verlamde bovenoogleden die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening.
- 7.4. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.5. Verzoekster kan slechts aanspraak maken op de gevraagde behandeling indien bij haar sprake is van een aangeboren afwijking dan wel van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening. Bij verzoekster is van het een noch het ander sprake.
- 7.6. In de toelichting bij de wijziging van Regeling medisch-specialistische zorg Ziekenfondswet, waarnaar in de toelichting op de Rzv wordt verwezen, wordt als voorbeeld van een aangeboren afwijking het BPES-syndroom wordt genoemd. Dit syndroom kan een dussdanige verslapping van de bovenoogleden tot gevolg hebben dat het gezichtsveld van jonge kinderen ernstig kan worden 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. De commissie stelt vervolgens vast dat gesteld noch gebleken is dat de verslachte bovenoogleden van verzoekster het gevolg zijn van een aangeboren afwijking, vergelijkbaar met het BPES-syndroom, dan wel van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening. Een indicatie als bedoeld in artikel 21 lid 2 sub c, derde gedachte-streepje, van de zorgverzekering ontbreekt zodoende, terwijl daarnaast de uitsluiting van artikel 21 lid 2 sub d derhalve onverkort van toepassing is. De beide andere (mogelijke) indicaties kunnen om die reden thans verder onbesproken blijven.

Ten aanzien van de aanvullende verzekering

- 7.7 De commissie stelt vast dat in de door verzoekster gesloten aanvullende verzekering geen dekking is opgenomen voor de onderhavige kosten.

Slotsom

7.8 Het voorgaande leidt tot de conclusie dat verzoekster noch op grond van de zorgverzekering, noch op grond van de aanvullende verzekering, aanspraak kan maken op verstrekking, respectievelijk vergoeding van de kosten van een bovenooglidcorrectie bdz, zodat haar verzoek dient te worden afgewezen.

8. Het bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 3 december 2008,

Voorzitter