

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen E en F beide te G
Zaak : Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, bovenooglidcorrectie
Zaaknummer : 2010.00603
Zittingsdatum : 18 augustus 2010

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, vertegenwoordigd door C te D,

tegen

1) E te G,

en

2) F te G, hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar verzocht om verstrekking of vergoeding van een bovenooglidcorrectie beiderzijds (hierna: de aanspraak), welke aanspraak bij beslissing van 6 april 2009 is afgewezen.

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 Ziektekostenverzekering Flexibel (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Aanvulling uitgebreid (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering) en Tandartskostenverzekering uitgebreid afgesloten. De Tandartskostenverzekering uitgebreid is niet in geschil en blijft daarom in het vervolg buiten beschouwing. Alle genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 22 juni 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft verzoekster bij brief van 27 april 2010 medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling.
- 3.4. Bij brief van 3 mei 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).

- 3.5. 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 stukken gevoegd.
- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 7 juli 2010 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 9 juli 2010 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar hebben op respectievelijk 21 en 29 juli 2010 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 9 juli 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 19 juli 2010 heeft het CVZ (zaaknummer 2010090027) 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 op 28 juli 2010 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 18 augustus 2010 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 1 september 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 3 september 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 plastisch chirurg heeft bij verzoekster de volgende diagnose gesteld: "klachten van de bovenoogleden beiderzijds, waarbij er sprake is van vermoeidheid, rechts erger dan links. Bij lichamelijk onderzoek hangt het huidsurplus van de bovenoogleden tot op de wimperrand beiderzijds en is er sprake van een eczemateuze huid".
- 4.2. Verzoekster stelt dat zij last heeft van haar overhangende bovenoogleden. Haar klachten zijn onder andere vermoeidheid, hoofdpijn, geïrriteerde ogen en zwellingen van de huid. Daarnaast is zij onder behandeling van een dermatoloog omdat zij last heeft van eczeem. Volgens de dermatoloog is verzoekster allergisch voor huisstofmijt en schimmels. Door deze allergie krijgt zij ook vaak dikke oogleden, waarvoor een bovenooglidcorrectie de enige oplossing is. Gelet op de hiervoor genoemde klachten en de mening van de dermatoloog is verzoekster van oordeel dat bij haar sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis en dat zij derhalve voor vergoeding van de bovenooglidcorrectie in aanmerking komt.

- 4.3. Ter zitting is door verzoekster benadrukt dat indirect sprake is van een aangeboren afwijking aan haar ogen. Door een allergische reactie zwellen de oogleden op waardoor huidoverschot is ontstaan. Haar oogleden hangen weliswaar niet voor de pupil, maar zij moet steeds haar oogleden van haar wimpers halen, hetgeen erg vermoeiend is.
- 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 verzoekster geen aanspraak heeft op een bovenooglidcorrectie ten laste van de zorgverzekering, omdat niet gebleken is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening. Evenmin komt verzoekster voor vergoeding in aanmerking ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering, aangezien uit onderzoek tijdens het spreekuur van de medisch adviseur niet is gebleken van een vermindering of van een forse beperking in het lichamelijke functioneren.
- 5.2. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt herhaald.
- 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 bindend advies uit te brengen.
7. Het geschil
- 7.1. In geschil is of verzoekster aanspraak kan maken op vergoeding van een bovenooglidcorrectie beiderzijds, 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 artikel 18 van de zorgverzekering. Artikel 18.2 onder e van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op plastisch-chirurgische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:
- “e. 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:*
- *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 bovenoogleden die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- (...)"

Artikel 18.2 onder f van de zorgverzekering luidt, voor zover hier van belang:

"f. Uitgesloten behandelingen

Geen aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor:

(...)

- *behandeling van verlamde of verslapte bovenoogleden anders dan als gevolg van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;*
- (...)"*

- 8.3. Artikel 18 van de zorgverzekering is volgens artikel 2 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.
Plastisch-chirurgische zorg 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. De artikelen 2.2 en 2.4 van de aanvullende ziektekostenverzekering regelen, voor zover hier van belang, het volgende:

"2.2 Aanvullend op zorgverzekering

Deze verzekering verleent een aanvullende verstrekking of vergoeding op een zorgverzekering. Er wordt pas vergoeding verleend als de kosten op de zorgverzekering niet voor vergoeding in aanmerking komen.(...)

2.4 Medische grondslag

De aanspraak op vergoeding van kosten van zorg als in deze aanvullende verzekering omschreven, wordt naar inhoud en omvang bepaald door de wetenschap en praktijk, dan wel, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

De verzekerde heeft slechts recht op zorg voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen."

- 8.7. Artikel 3.34 van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op plastisch chirurgische behandelingen. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

"3.34 Plastische chirurgie

(...)

Vergoeding: Volledig

Voorwaarden:

In geval van een vormverbeterende ingreep waarbij de aanleiding niet voortvloeit uit een persoonlijke behoefte, noodzaak of omstandigheid, tenzij er sprake is van verminking ten gevolge van een ongeval, ziekte of een afwijking die bij de geboorte aanwezig en geconstateerd is. Er bestaat slechts recht op vergoeding als de aard van de behandeling strekt ter correctie van afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen.

(...)

Er is vooraf toestemming van de zorgverzekeraar vereist.

(...)"

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Gelet op artikel 18.2 onder f van de zorgverzekering komt verzoekster alleen voor vergoeding van een bovenooglidcorrectie in aanmerking indien vast komt te staan dat bij haar sprake is van een aangeboren afwijking, dan wel van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening. Gesteld noch gebleken is dat bij verzoekster sprake is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening. Aangezien een bovenooglidcorrectie in alle andere gevallen is uitgesloten van vergoeding, behoeft wat betreft de aanspraak ten laste van de zorgverzekering niet getoetst te worden of verzoekster een indicatie heeft als bedoeld in artikel 18.2 onder e van de zorgverzekering, hetzij in de vorm van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis dan wel verminking als gevolg van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.2. Verzoekster kan, blijkens artikel 3.34 van de aanvullende verzekering, aanspraak maken op vergoeding van een bovenooglidcorrectie ten laste van de aanvullende verzekering indien de aard van de behandeling strekt ter correctie van afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen. Bij brief van 22 juni 2009 stelt de ziektekostenverzekeraar dat hiervan slechts sprake is indien de bovenoogleden over de grens van 1 mm boven het centrum van de pupil vallen. Nu dit criterium echter niet is opgenomen in de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering, kan dit verzoekster niet worden tegengeworpen.
- 9.3. Beoordeeld dient daarom te worden of bij verzoekster sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis zonder meer. Gezien de formulering van artikel 3.34 lijkt de ziektekostenverzekeraar te willen aansluiten bij de criteria die worden gehanteerd onder de zorgverzekering. De commissie stelt in dit kader voorop dat het, teneinde te kunnen spreken van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis, dient te gaan om een functiestoornis van vrij ernstige aard, die bovendien objectiveerbaar dient te zijn. Bij de toetsing is onder meer van belang of medisch is onderbouwd dat de voor de aanwezigheid van een lichamelijke functiestoornis aangevoerde lichamelijke klachten (in dit geval regelmatig ontstoken bovenoogleden, eczeem, roodheid van het gebied en – bij vermoeidheid – klachten bij het zien) veroorzaakt worden door de overhangende bovenoogleden. Verder is van belang of aannemelijk is dat de bovenoogleden eerder genoemde klachten veroorzaken en deze klachten zodanig ernstig zijn dat ge-

sproken kan worden van een lichamelijke functiestoornis. Ten slotte dient aannemelijk te zijn dat de aangevraagde correctie van de bovenoogleden de bestaande klachten zal doen wegnemen en daarmee komt vast te staan dat verzoekster, afgezien van de medische indicatie, ook, gelet op artikel 2.4 van de aanvullende ziektekostenverzekering, redelijkerwijs op de gevraagde voorziening is aangewezen.

- 9.4. Gelet op de hiervoor genoemde criteria overweegt de commissie dat de aanvraag van de plastisch-chirurg – welke aanvraag in beginsel leidend is voor de beoordeling – nog daargelaten dat uit de stukken niet duidelijk naar voren komt of de klachten veroorzaakt worden door het huidsurplus van de bovenoogleden, als zodanig geen nadere medische onderbouwing biedt van de hier bedoelde verzekeringsindicatie. In de procedure is naar het oordeel van de commissie niet gebleken dat verzoekster aan de gestelde voorwaarden voldoet.

Conclusie

- 9.5. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 8 september 2010,

Voorzitter