

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B vs C te D en E te F
Zaak	: Geneeskundige zorg, plastische chirurgie correctie bovenoogleden
Zaaknummer	: 2008.02035
Zittingsdatum	: 25 februari 2009

Zaak: 2008.02035, geneeskundige zorg, plastische chirurgie, correctie bovenoogleden

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

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

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

Partij I:
C te D

en

Partij II:
E te F

hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 1 juli 2008 een correctie van de bovenoogleden 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 Uitgebreid (hierna: de zorgverzekering). Dit betreft een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (hierna: Zvw). Verder was verzoekster op dat moment bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd op basis van de Aanvulling Uitgebreid (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 BW.
- 3.2. De behandelend plastisch chirurg heeft bij verzoekster de volgende diagnose gesteld: “mechanische last van het op de wimpers hangende huidoverschot, hierdoor anamnestic gezichtsveldbeperking, smetten ten gevolge van de huid-dubbelplooi, compensatie met behulp van de wenkbrauwen met hoofdpijn klachten tot gevolg”. De zorgverlener heeft naar aanleiding van de gestelde diagnose bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten verbonden aan DBC-prestatiecode 04.11.00.0131.0022 (correctie bovenoogleden) ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende verzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 1 juli 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 27 augustus 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. Bij brief van 4 september 2008 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 verzekering.
- 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 daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie bij brief van 9 december 2008 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 19 december 2008 aan verzoekster toegezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster en ziektekostenverzekeraar hebben op 23 januari respectievelijk 4 februari 2009 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 19 december 2008 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw, gevraagd. Bij brief van 7 januari 2009 heeft het CVZ bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek van verzoeker af te wijzen omdat verzoekster niet voldoet aan de verzekeringsindicatie op grond waarvan een ooglidcorrectie voor vergoeding in aanmerking komt. Een afschrift van het CVZ-advies is op 10 februari 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 gereageerd.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
- 4.1. Verzoekster stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat de correctie van de bovenoogleden voor haar noodzakelijk is, omdat zij in het dagelijks leven klachten heeft. Verzoekster kan niet goed omhoog en naar opzij kijken. Bovendien heeft zij als gevolg van de hangende bovenoogleden last van hoofdpijn.
- 4.2. 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, dat verzoekster geen indicatie heeft voor een bovenooglidcorrectie. Er is geen sprake van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. Voorts is bij lichamelijk onderzoek gebleken dat de bovenoogleden in rust, na ontspanning, niet voor de pupillen vallen. De wenkbrauwen staan boven de oogkasrand. Er is geen ontsteking te zien op de bovenoogleden.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

Voor zover het onderhavige geschil betrekking heeft op de zorgverzekering en de aanvullende verzekering, is de commissie bevoegd daarvan kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. In geschil is of de onderhavige plastisch chirurgische zorg, te weten een correctie van de bovenoogleden, op grond van de basisverzekering dan wel de aanvullende verzekering, voor vergoeding in aanmerking komt.

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 7.2. Het betreft hier een restitutiepolis, zodat de verzekerde gebruik kan maken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in artikel 18 van de zorgverzekering. Artikel 18.2 lid d van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op plastisch chirurgische zorg bestaat:

“d. 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 verslachte bovenoogleden die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;*

(...)

Deze zorg komt uitsluitend voor vergoeding in aanmerking als tijdig en vooraf schriftelijk toestemming is aangevraagd bij de zorgverzekeraar.

Artikel 18.2 lid e sluit een aantal behandelingen uit, waaronder:

”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;*

(...)”

- 7.3. De regeling in artikel 18.2 van de zorgverzekering is volgens artikel 2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Bzv en de Rzv.

- 7.4. Artikel 11, lid 1, onderdeel b Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde in voorkomend geval, 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 de artikelen 2.1 en 2.4 Bzv. Lid 1, onderdeel b, van laatstvermeld artikel bepaalt dat een plastisch-chirurgische ingreep slechts onder de geneeskundige zorg valt, indien die strekt tot de correctie van de in dat artikel in subonderdeel 1 tot en met 5 genoemde aandoeningen. In subonderdeel 3 is de correctie van verlamde of verslapte bovenoogleden die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening genoemd. Artikel 2.4, lid 2, van het Bzv bepaalt dat bij ministeriële regeling, te weten de Rzv, bepaalde vormen van zorg kunnen worden uitgezonderd. In artikel 2.1, onderdeel a, van het Rzv wordt de behandeling van bovenoogleden die verlamd of verslapt zijn uitgesloten, tenzij dit een gevolg is van een aangeboren afwijking of van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening.
- 7.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 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 dusdanige 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. Gesteld noch gebleken is dat verzoekster verkeert in de situatie dat bij haar sprake is van het BPES-syndroom dan wel van een daaraan gelijk te stellen aandoening.
- 7.7. De commissie stelt vast dat gesteld noch gebleken is dat het verslapte bovenoogleden van verzoekster het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening.
- 7.8. Gezien het voorgaande bestaat op grond van artikel 18.2 lid d van de zorgverzekering geen aanspraak op de aangevraagde correctie van de bovenoogleden ten laste van de zorgverzekering.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 7.9. De aanspraak op (vergoeding van) de onderhavige zorg is geregeld in artikel 3.33 van de aanvullende ziektekostenverzekering, waarin, voor zover hier relevant, het volgende wordt bepaald:

"3.331 Plastisch chirurgische behandeling.

Vergoeding: Volledig.

Voorwaarden: In geval van een vormverbeterende ingreep waarbij de aanleiding niet voortvloeit uit 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. In tegenstelling tot voorgaande komt de correctie van flaporen wel voor vergoeding in aanmerking.

Er is vooraf toestemming van de zorgverzekeraar vereist. De ingreep dient te worden uitgevoerd door een medisch specialist in een ziekenhuis of in een zelfstandig behandelcentrum”.

7.10. Op grond van de aanvullende verzekering bestaat slechts een aanspraak op vergoeding als de aard van de behandeling strekt tot een correctie van afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen. Uit de aanvraag van de plastisch chirurg, die voor de commissie leidend is, blijkt dat gebruik is gemaakt van een standaard formulier met gestandaardiseerde medische indicatie, waarop zonder nadere motivering is vermeld: ‘conform beschreven, familiair’. Op grond van deze aanvraag acht de commissie aantoonbare lichamelijke functiestoornissen, als bedoeld in de voorwaarden van de aanvullende verzekering, in de situatie van verzoekster onvoldoende aannemelijk onderbouwd.

7.11. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

8. Het bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 25 februari 2009,

Voorzitter