



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen C te D
Zaak : Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, bovenooglidcorrectie
Zaaknummer : 201302411
Zittingsdatum : 4 juni 2014

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden zorgverzekering 2013, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv)

1. Partijen

de heer A te B, hierna te noemen: verzoeker, tegen

C te D, hierna te noemen: de zorgverzekeraar,

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Beter Af Polis (hierna: de zorgverzekering), een zorgverzekering is een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Verzoeker heeft bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op een bovenooglidcorrectie beiderzijds (verder: de aanspraak). Bij brief van 30 augustus 2013 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.

3.2. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij e-mailbericht van 2 september 2013 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.3. Nadat verzoeker de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen had benaderd, heeft de Ombudsman Zorgverzekeringen hem op 23 oktober 2013 medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling. Verzoeker is daarbij gewezen op de mogelijkheid de kwestie voor bindend advies voor te leggen aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen.

3.4. Bij brief van 29 oktober 2013 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering (hierna: het verzoek).

3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 37,-- voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

3.6. De zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 25 maart 2014 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 27 maart 2014 aan verzoeker gezonden.

3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 2 april 2014 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De zorgverzekeraar heeft op 22 mei 2014 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord.

- 3.8. Bij brief van 27 maart 2014 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 23 april 2014 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2014044351) 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 een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker heeft de commissie bij brief van 18 mei 2014 aanvullende medische informatie gezonden. Afschriften hiervan zijn op 21 mei 2014 aan de zorgverzekeraar gezonden.
- 3.10. Verzoeker is op 4 juni 2014 in persoon gehoord. Hij is daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.11. Bij brief van 6 juni 2014 heeft de commissie het Zorginstituut afschriften van de aantekeningen van de hoorzitting en de op 19 mei 2014 door verzoeker toegestuurde stukken gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen en nagekomen stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 16 juni 2014 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen en nagekomen stukken geen aanleiding vormen tot aanpassing van het advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd. Desgevraagd verklaart het Zorginstituut dat myasthenia gravis geen aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening is. Daarom is hier sprake van een verworven ptosis. Een afschrift van dit advies is op gelijktijdig met dit bindend advies aan partijen gezonden.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. De behandelend oogarts heeft ten behoeve van verzoeker een aanvraag ingediend voor een bovenooglidcorrectie beiderzijds. De pupil van het linkeroog wordt bedekt door het ooglid. Aangezien wordt verwacht dat het ooglid van het rechteroog ook verder zal zakken als alleen het linkeroog wordt geopereerd, is een ooglidcorrectie beiderzijds aangevraagd.
- 4.2. Verzoeker heeft een 'aponeurogene of involutionele' ptosis. Er is dus geen sprake van een verslapt bovenooglid, maar van een verslapte levatorspier. De laagstand van het ooglid is het gevolg van deze verslapte spier. De in de polis genoemde 'correctie bovenoogleden' lijkt betrekking te hebben op de cosmetische ingreep, waarbij een stukje vel wordt weggehaald. Dit is bij verzoeker niet aan de orde. Daarnaast heeft verzoeker het gevoel dat de zorgverzekeraar het verschil tussen een behandeling door een plastisch chirurg en een oogarts niet in zijn overwegingen heeft meegenomen.
- 4.3. Verzoeker heeft de zorgverzekeraar verzocht om toezending van een uitgebreid vergoedingenoverzicht met betrekking tot de bovenooglidcorrectie. De zorgverzekeraar heeft hem geantwoord niet te beschikken over een uitgebreid vergoedingenoverzicht per medische indicatie. Verzoeker vindt dit echter zeer onwaarschijnlijk.
- 4.4. De zorgverzekeraar heeft verzoeker geen uitleg gegeven over het verschil tussen een cosmetische en een strikt medische ingreep. De zorgverzekeraar schuift alles op één hoop, terwijl er volgens verzoeker tussen beide duidelijke verschillen zijn, die ook in de polisvoorwaarden zijn opgenomen, maar welke voorwaarden niet voor iedereen zijn in te zien.
- 4.5. Verzoeker is op 23 april 2014 onderzocht door een oogarts in Kaapstad. Deze heeft vastgesteld dat verzoeker waarschijnlijk lijdt aan myasthenia gravis. Verzoeker is daarom doorverwezen naar een neuroloog. Het door deze arts uitgevoerde vervolgonderzoek wees eveneens op myasthenia gravis. Verzoeker heeft daarom het geneesmiddel Mestinon voorgeschreven gekregen. Verzoeker is met voornoemde resultaten naar de behandelend arts in Nederland gegaan. Deze heeft geconcludeerd dat zijn diagnose van augustus 2013 niet volledig was. De diagnose luidt thans: oculaire myasthenia gravis. Een spierziekte met - in het geval van verzoeker - de bekende symptomen ptosis en diplopie (dubbel zien). De diplopie is door het gebruik van het geneesmiddel Mestinon beheersbaar te maken. De

ptosis is alleen te verhelpen door een chirurgische ingreep. Deze ingreep heeft in december 2013 bij verzoeker plaatsgevonden.

4.6. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat hij gedurende ruim vier maanden een functionele stoornis had - tot hij is geopereerd - waardoor hij bijvoorbeeld niet kon autorijden. Verzoeker benadrukt dat geen sprake was van een cosmetische ingreep waarbij een stuk vel is verwijderd, maar van een medisch noodzakelijke ingreep waarbij de levatorspier is ingekort. Bij verzoeker is inmiddels de diagnose myasthenia gravis gesteld. Bij deze ziekte is sprake van twee componenten, te weten het zakkende ooglid en het dubbelzien. Beide zijn oorzakelijk verbonden. Verzoeker gebruikt nu Mestinol in verband met het dubbelzien.

4.7. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

5.1. Zowel met de primaire beslissing als met de heroverweging heeft de zorgverzekeraar de aanvraag afgewezen, op de grond dat verzoeker niet de juiste aanvullende ziektekostenverzekering heeft, en hij daarom geen aanspraak heeft op de gevraagde bovenooglidcorrectie beiderzijds. Desgevraagd heeft de zorgverzekeraar zijn standpunt met betrekking tot de aanspraak op een bovenooglidcorrectie beiderzijds ten laste van de zorgverzekering bij brief van 25 maart 2014 kenbaar gemaakt.

5.2. Ten laste van de zorgverzekering bestaat alleen aanspraak op een bovenooglidcorrectie indien sprake is van verlamde of verslachte bovenoogleden die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening. Om te beoordelen of dit bij verzoeker aan de orde is, heeft de zorgverzekeraar bij brief van 25 februari 2014 nadere informatie opgevraagd bij de oogarts. De oogarts heeft bij brief van 11 maart 2014 verklaard dat sprake is van een "ptosis van het bovenooglid OS" en dat "oorzaak lijkt [te zijn] aponeurogeen". De zorgverzekeraar heeft - mede op grond van voornoemde verklaring - geconcludeerd dat het probleem van verzoeker is ontstaan doordat de oogspier langzaam is gaan loslaten of in ieder geval verzwakt is geraakt, en daardoor minder goed is gaan functioneren. Er is zodoende geen sprake van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening. Daarom heeft verzoeker geen aanspraak op een bovenooglidcorrectie ten laste van de zorgverzekering.

5.3. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 16 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

7.1. In geschil is of verzoeker aanspraak heeft op een bovenooglidcorrectie beiderzijds ten laste van de zorgverzekering.

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 zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen 1 e.v. van de aanspraken van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 3 van de aanspraken van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op plastische chirurgie bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“U heeft aanspraak op chirurgische ingrepen van plastisch chirurgische aard door een medisch specialist wanneer de behandeling leidt tot correctie van:

- afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;

- verminkingen die het gevolg zijn van ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;

(...)

- verlamde of verslaptte bovenoogleden die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of bij een geboorte aanwezige chronische aandoening;

(...)

Uitsluiting

U heeft geen aanspraak op c.q. wij vergoeden niet de kosten van behandeling voor het operatief plaatsen en het operatief vervangen van borstprothesen, anders dan bij status na een (gedeeltelijke) borstamputatie, het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak, liposuctie van de buik, behandeling van bovenoogleden die verlamd of verslapt zijn, anders dan als gevolg van een aangeboren afwijking of van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening.”


- 8.4. Artikel 3 van de aanspraken van de zorgverzekering is volgens artikel 2 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.5. 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. Behandeling van plastisch chirurgische aard is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.1 Rzv.
- 8.6. De Zvw, het daarop gebaseerde Bzv en de Rzv, schrijven dwingend voor welke prestaties onder de zorgverzekering verzekerd dienen te zijn. De verzekerde die een zorgverzekering sluit heeft recht op niet meer of minder dan deze prestaties. De zorgverzekering is in dit opzicht een bijzondere, van overheidswege gereguleerde vorm van schadeverzekering. Het staat de zorgverzekeraar niet vrij een dekking te bieden die hetzij ruimer dan wel beperkter is dan op grond van het bij of krachtens de Zvw bepaalde is voorgeschreven. De hiervoor beschreven regeling, zoals opgenomen in de zorgverzekering, strookt met de toepasselijke regelgeving.

9. Beoordeling van het geschil


Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. De vereniging van artsen, tandartsen en apothekers werkzaam bij (zorg)verzekeraars (VAGZ) heeft behandelingen van plastisch chirurgische aard als volgt gedefinieerd: vorm- of aspectveranderende ingrepen van het uiterlijk. Deze ingrepen zijn niet beperkt tot het specialisme plastische chirurgie. Zo kan bijvoorbeeld een blepharoplastiek worden uitgevoerd door een oogarts, maar het blijft ook in dat geval een plastisch chirurgische operatie. De commissie sluit zich hierbij aan. De volgende vraag die moet worden beantwoord is of bij verzoeker een (verzekerings)indicatie bestaat als bedoeld in artikel 3 van de aanspraken van de zorgverzekering.
- 9.2. Naast een opsomming van de (verzekerings)indicaties, is in genoemd artikel bepaald dat een correctie van de bovenoogleden is uitgesloten van vergoeding, tenzij sprake is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening. Niet gebleken is dat dit laatste bij verzoeker aan de orde is - de bij verzoeker vastgestelde myasthenia gravis is geen aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening - hetgeen meebrengt dat de uitsluiting in dit geval onverkort van toepassing is. Verzoeker heeft daarom geen aanspraak op een correctie van de bovenoogleden ten laste van de zorgverzekering. Dat de overhang van het ooglid wordt veroorzaakt door een verslaptte of loslatende levatorspier en niet door overtollig vel van het bovenooglid is voor de beoordeling niet van belang.

Conclusie

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

10. Het bindend advies

 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 18 juni 2014,












 Voorzitter