

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B vs C en E te D
Zaak	: Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, correctie bovenoogleden en correctie ptosis wenkbrauwen
Zaaknummer	: 2008.01721
Zittingsdatum	: 5 november 2008

Zaak: 2008.01721, geneeskundige zorg, plastische chirurgie, correctie bovenoogleden en correctie ptosis wenkbrauwen

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 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

Partij I:
C te F

en

Partij II:
D te F,

hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen de beslissing van de zorgverzekeraar van 21 april 2008 de correctie van de bovenoogleden niet te vergoeden.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorg-op-maatpolis(hierna: de zorgverzekering). Dit betreft een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (hierna: Zvw). Verder was verzoeker op dat moment bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd op basis van de Top Collectief polis(hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 BW.
- 3.2. De behandelend plastisch chirurg heeft bij verzoeker de volgende diagnose gesteld: "moe/zwaar gevoel, huidsurplus, gezichtsveldbeperking en ptosis wenkbrauwen". De plastisch chirurg heeft naar aanleiding van de gestelde diagnose bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten verbonden aan "de correctie van de bovenoogleden en de correctie van de ptosis van de wenkbrauwen" ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 21 april 2008 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat zijn aanspraak is afgewezen.
- 3.3. Op 13 maart heeft de behandeling, op de vergoeding waarvan verzoeker aanspraak maakt, overeenkomstig de wijze zoals in de aanvraag vermeld, plaatsgevonden.

- 3.4. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 7 juli 2008 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.5. Bij brief van 22 juli 2008 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.
- 3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 37,00 voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren.
- 3.7. De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie bij brief van 19 september 2008 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 26 september 2008 aan verzoeker toegezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker en zorgverzekeraar hebben op 30 september respectievelijk 14 oktober 2008 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.9. Bij brief van 26 september 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 8 oktober 2008 heeft het CVZ bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek van verzoeker af te wijzen omdat verzoeker niet voldoet aan de verzekeringsindicaties om voor de onderhavige behandeling in aanmerking te komen ten laste van de zorgverzekering. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 5 november 2008 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.11. Bij brief van 7 november 2008 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting toegezonden 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 12 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 verzoeker

- 4.1. Verzoeker stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat hij zich niet kan vinden in de wijze waarop het criterium “ten minste de helft van de pupil door het verslapte bovenooglid is bedekt” omdat de wimpers, die onderdeel zijn van de bovenoogleden, weldegelijk in het gezichtsveld hangen, waardoor een wazig beeld ontstaat. Hij stelt dan ook dat geen sprake is van een cosmetische ingreep maar van een medische ingreep.
- 4.2. Bovenstaande blijkt uit het feit dat hij na de ingreep geen hoofdpijn meer heeft gehad, geen zware oogleden meer heeft en thans beschikt over veel meer gezichtsvermogen dan voor de ingreep.

- 4.3. Voorts stelt verzoeker dat, hoewel iedere zorgverzekeraar zijn eigen polisvoorwaarden heeft, vergelijkbare polisvoorwaarden niet tot verschillende uitkomsten mogen leiden. Een verzekerde van een andere ziektekostenverzekeraar heeft de correctie van haar bovenoogleden wel vergoed gekregen, terwijl zij aantoonbaar minder huid-surplus en minder gezichtsveldbeperking had. Verzoeker begrijpt niet waarom bij deze verzekerde wel sprake was van een objectiveerbare functiestoornis en waarom bij hem geen aantoonbare functiestoornissen worden vastgesteld, terwijl aan de hand van foto's toch duidelijk blijkt dat zijn situatie veel ernstiger was.
- 4.4. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat hij zich in zijn procesbelang geschaad voelt door de soms trage afhandeling van zijn brieven.
- 4.5. Voorts is hij van mening dat de procedure niet zorgvuldig is, omdat hem steeds andere afwijzingsgronden zijn medegedeeld, die ook nog eens afwijken van de afwijzingsgronden van een andere zorgverzekeraar. Hetzelfde stelt verzoeker ten aanzien van het CVZ advies op de grond dat blijkbaar wel sprake is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening, terwijl vervolgens wordt geadviseerd het verzoek af te wijzen.
- 4.6. Verzoeker komt tot de conclusie dat zijn verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar
- 5.1. De zorgverzekeraar stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat in het kader van de voorwaarden van de zorgverzekering geen aanspraak bestaat op een correctie van de bovenoogleden omdat niet is gebleken van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige aandoening zoals bedoeld in de regelgeving.
- 5.2. De zorgverzekeraar stelt dat verzoeker ook niet voldoet aan de in de aanvullende verzekering gestelde vergoedingsvoorwaarden. Uit foto's van voor de operatie is gebleken dat de oogleden het oog niet voor 50 percent bedekt.
- 5.3. Op basis van de voorwaarden van de zorgverzekering komt een wenkbrauwlift evenmin voor vergoeding in aanmerking. Uitsluitend ernstige misvormingen hebben te gelden als een verminking in de zin van de voorwaarden van de zorgverzekering en daarvan is niet gebleken. Aan de criteria van een aantoonbare functiestoornis is niet voldaan omdat daarvan pas sprake is indien de wenkbrauw zich bevindt onder de orbitarand en er een ernstige gezichtsveldbeperking bestaat. Van laatstgenoemde is pas sprake bij een verticale lidspleet afmeting van 7 mm of minder.
- 5.4. Met betrekking tot een beroep op het gelijkheidbeginsel door verzoeker stelt de zorgverzekeraar dat hij niet gebonden kan worden geacht aan een uitzondering dan wel vergissing die door een andere zorgverzekeraar is gemaakt.
- 5.5. Ter zitting is door de zorgverzekeraar aangevoerd dat in de motivering van het CVZ advies waarschijnlijk sprake is van een verschrijving.
- 5.6. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoeker 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 verzoeker voor de door hem ondergane behandeling, te weten de correctie van de bovenoogleden en de correctie van de ptosis van de wenkbrauwen, op grond van de basisverzekering dan wel de aanvullende verzekering dan wel op basis van beiden, voor vergoeding in aanmerking komen.

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 19 e.v. van de zorgverzekering. Artikel 20 lid 4 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op plastisch chirurgische zorg bestaat. Voor zover relevant wordt hier bepaald:

“Op behandelingen van plastisch chirurgische aard bestaat slechts aanspraak indien die strekt ter correctie van:

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

b. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting

*c. verlamde of verslapte bovenoogleden die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
(...)”*

- 7.3. Artikel 20 lid 5 sub b van de zorgverzekering regelt dat geen aanspraak bestaat op:

“ (...);

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

- 7.4. De regeling van artikel 20 is volgens artikel 2 lid 1 gebaseerd op de Zvw, het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 7.5. Artikel 11, lid 1, onderdeel a Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde in voorkomend geval, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.

Artikel 13 Zvw regelt de vergoeding in geval wordt gekozen voor een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde aanbieder.

Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in de artikelen 2.1 en 2.4 Bzv. In artikel 2.1, tweede lid is bepaald dat de aanspraak op zorg of vergoeding van de kosten van zorg als in de zorgpolis omschreven, naar inhoud en omvang mede bepaald worden door de stand van de wetenschap en de praktijk, dan wel, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

Waar het gaat om plastische chirurgie, is een en ander naar aard en omvang omschreven in artikel 2.4 van het Bzv lid 1 onder b – waaronder afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen en verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting – en verder uitgewerkt in artikel 2.1 van de Rzv, waarin de uitsluitingen opgenomen zijn, waaronder de correctie van de oogleden indien anders dan als gevolg van een aangeboren afwijking dan wel een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening.

- 7.6. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.7. Met betrekking tot de correctie van de bovenoogleden is de vraag relevant of bij verzoeker sprake van een aangeboren afwijking, dan wel een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening?
- 7.8. 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.
- 7.9. De commissie stelt vervolgens vast dat gesteld noch gebleken is dat de verslapte bovenoogleden van verzoeker het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening. Gezien voorgaande bestaat op grond van artikel 20 lid 3 onder c in samenhang met artikel 20 lid 5 onder b eerste streepje van de zorgverzekering geen aanspraak op de aangevraagde bovenooglidcorrectie ten laste van de zorgverzekering. De commissie merkt daarbij op dat de in het CVZ-advies van 8 oktober 2008 gemaakt opmerking daaromtrent kan naar het oordeel van de commissie niet anders dan als een kennelijke verschrijving (bestaande uit het weggefallen zijn van het woord “niet” in de treffende zin) te worden opgevat, aangezien het CVZ de commissie adviseert het verzoek af te wijzen.
- 7.10. De beoordeling van de aanspraak op een correctie van de ptosis van de wenkbrauwen wordt als volgt beoordeeld.
De vraag is of in de situatie van verzoeker sprake is van een afwijking in het uiterlijk die gepaard gaat met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen als bedoeld in artikel 20 lid 4 onder a van de zorgverzekering. Om daarvan te kunnen spreken dient het te gaan om een functiestoornis van vrij ernstige aard met als onderscheidend criterium het aanwezig zijn van een ernstige gezichtsveldbeperking. De functiestoornis dient bovendien objectiveerbaar te zijn.
Bij de beantwoording van de vraag of de functiestoornis objectiveerbaar is, is onder meer van belang of aannemelijk is dat de aangevoerde lichamelijke functiestoornis (in dit geval gezichtsveldbeperking) veroorzaakt wordt door de te corrigeren lichamelijke afwijking. Verder is van belang of het aannemelijk is dat het te corrigeren lichaamsdeel klachten als aangevoerd veroorzaakt in een zodanige ernstige mate dat gesproken kan worden van een lichamelijke functiestoornis in de zin van de zorgverzekering en de regelgeving. Voorts dient aannemelijk te zijn dat de aangevraagde correctie van de ptosis van de wenkbrauwen de klachten - te weten een moe en/of zwaar ge-

voel - zal doen wegnemen.

Gelet op de aanvraag van de plastisch-chirurg - welke aanvraag in beginsel leidend is voor de beoordeling – waarbij nog komt dat ook verder uit de stukken niet duidelijk naar voren komt of de klachten veroorzaakt worden door het huidsurplus boven de bovenoogleden dan wel door de ptosis van de wenkbrauwen, is naar het oordeel van de commissie niet aannemelijk geworden dat in de situatie van verzoeker sprake is van een afwijking in het uiterlijk, zoals bedoeld in de verzekeringsvoorwaarden en de onderhavige regelgeving.

- 7.11. Voor zover verzoeker stelt dat bij een andere verzekerde wel is vastgesteld dat sprake is van een objectieveerbare functiestoornis, terwijl blijkens de foto's haar situatie verzoeker minder ernstig lijkt dan zijn situatie, oordeelt de commissie dat de door verzoeker aangeleverde foto onvoldoende grondslag vormt om een daaraan een dergelijke conclusie te kunnen verbinden.
- 7.12. Voorts is niet gebleken van een verminking die het gevolg is van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting. Naar het oordeel van de commissie is van verminking in de zin van artikel 20 lid 4 onder b van de voorwaarden van de zorgverzekering pas sprake in geval van een ernstige misvorming van een lichaamsdeel, bijvoorbeeld vergelijkbaar met een derde graads brandwond. Zulks is hier, blijkens de foto's in het dossier, niet aan de orde.

De aanvullende ziektekostenverzekering

- 7.13. Het betreft hier een restitutiepols, zodat de verzekerde gebruik kan maken van niet-gecontracteerde zorg. Op grond van de voorwaarden van deze pols bestaat geen aanspraak op de correctie van de ptosis van de wenkbrauwen. De aanspraak op (vergoeding van) de correctie van de bovenoogleden is geregeld in artikel 2 van de aanvullende ziektekostenverzekering.

Hierin wordt, voor over relevant het volgende bepaald:

“2.8 Correctie van bovenoogleden

Wij vergoeden de kosten van correctie van verlamde of verslapte bovenoogleden bij een ernstige gezichtsveldbeperking.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

(...)

c. er is bij recht vooruitkijken sprake van een bedekking van tenminste de helft van de pupil door het verslapte bovenooglid waarvoor de correctie aangevraagd wordt;

(...)

- 7.14. Blijkens deze voorwaarde van de aanvullende ziektekostenverzekering is, naar de commissie begrijpt, in ieder geval sprake van een ernstige gezichtsveldbeperking indien bij recht vooruitkijken minstens de helft van de pupil door het verslapte bovenooglid wordt bedekt.
- Naar het oordeel van de commissie heeft verzoeker de stelling van de zorgverzekeraar dat hij niet voldeed aan voormeld criterium niet dan wel onvoldoende gemotiveerd onderbouwd bestreden, zodat de zorgverzekeraar tot de beslissing heeft kunnen komen dat verzoeker niet aan dit criterium voldeed.

Slotsom

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

8. Het bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 24 november 2008,

Voorzitter