

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C te D en E te F
Zaak : Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, bovenooglidcorrectie
en browlift
Zaaknummer : 2009.00767
Zittingsdatum : 4 november 2009

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

1) C te D, en

2) E te F,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 13 februari 2009 de aanvraag voor een bovenooglidcorrectie beiderzijds en een browlift af te wijzen.

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 [naam ziektekostenverzekeraar] Zorgverzekering Restitutie (hierna: de zorgverzekering). Een zorgverzekering betreft een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoeker de aanvullende ziektekostenverzekeringen [naam ziektekostenverzekeraar] Uitgebreid Vitaal (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering) en Tandengaat 750 afgesloten, waarvan laatstgenoemde hier niet in het geding is, en om die reden verder buiten beschouwing blijft. Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. De behandelend plastisch chirurg heeft bij verzoeker de volgende diagnose gesteld: "een forse blepharochalasis bovenoogleden bdz met lateraal gezichtsveldbeperking". De behandelend zorgverlener heeft naar aanleiding van de gestelde diagnose bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een "blepharoplastiek bdz. Met lokale browlift" ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 13 februari 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.3. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 9 maart 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. Op 21 april 2009 heeft de behandeling waarop verzoeker aanspraak maakt, overeenkomstig de wijze zoals in de aanvraag vermeld, plaatsgevonden.

- 3.5. Verzoeker heeft zich na heroverweging door de ziektekostenverzekeraar gewend tot de SKGZ. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling.
- 3.6. Bij brief van 16 juli 2009 heeft verzoeker 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).
- 3.7. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar 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.
- 3.8. De ziektekostenverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief van 24 augustus 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 25 augustus 2009 aan verzoeker gezonden.
- 3.9. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 14 september 2009 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden.
- 3.10. Bij brief van 25 augustus 2009 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 24 september 2009 heeft het CVZ (zaaknummer 29093417) 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 CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.11. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 4 november 2009 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.12. Bij brief van 25 augustus 2009 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. Bij brief van 17 december 2009 heeft het CVZ aan de commissie zijn definitieve advies uitgebracht. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld op het definitieve advies te reageren, maar hebben hiervan geen gebruik gemaakt.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. Verzoeker stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat de intussen uitgevoerde ingreep succesvol is geweest. Zijn blikveld is wijder; hij heeft minder last van vermoeidheid; de hoofdpijn is verdwenen, evenals de pijn aan zijn ogen. Verzoeker betoogt dat de behandeling medisch noodzakelijk was. Voorheen moest hij geregeld zijn auto langs de kant van de weg zetten om zijn ogen 15 tot 20 minuten rust te gunnen. Volgens verzoeker worden, sinds de inwerkingtreding van de Zvw, de grenzen van de medische noodzaak “afgetuned naar minder en goedkoper”.

- 4.2. Verzoeker stelt voorts dat de ziektekostenverzekeraar een technische beoordeling op basis van foto's heeft uitgevoerd, waarbij geen rekening is gehouden met de omstandigheid dat zijn klachten in de loop van de dag toenamen.
Verder merkt verzoeker nog op dat hij voor het eerst in het jaar 2006 een aanvraag heeft gedaan en dat – voor zover de regels sindsdien zijn aangescherpt – met dit gegeven rekening moet worden gehouden bij de beoordeling. Daaraan voegt hij toe dat hij destijds bewust voor de ziektekostenverzekeraar heeft gekozen omdat hij wist dat deze de ingreep zou vergoeden. Hij verwijst daarbij naar een vergoedingenoverzicht, behorende bij de aanvullende ziektekostenverzekering, waarin sprake is van een “volledige” vergoeding.
- 4.3. Ter zitting is door verzoeker aangevoerd dat de ingreep volgens zijn huisarts noodzakelijk was. De eis dat 50 percent van de pupil bedekt moet zijn is niet redelijk en zegt niets over zijn klachten of de noodzaak tot behandeling. Volgens de ziektekostenverzekeraar dient het te gaan om een aangeboren afwijking. Verzoeker vermoedt dat de overhangende oogleden genetisch bepaald zijn. Hij tekent verder aan dat de eis van 50 percent bedekking van de pupil in 2006 niet gold. Dit zou betekenen dat toen ingrepen werden vergoed die niet noodzakelijk waren, dan wel dat thans ingrepen van vergoeding zijn uitgesloten die wel medisch noodzakelijk zijn.
- 4.4. Verzoeker 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, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, en onder verwijzing naar de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden, dat de behandeling niet ten laste van de zorgverzekering kan worden vergoed aangezien bij verzoeker geen sprake is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening. Op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering kan een vergoeding worden verleend als de pupil, indien recht vooruit wordt gekeken, voor ten minste 50 percent wordt bedekt door het verslapte ooglid. Verzoeker voldoet hier niet aan. Volgens de ziektekostenverzekeraar wordt niet getwijfeld aan de medische indicatie, maar bestaat geen verzekeringsindicatie.
De ziektekostenverzekeraar licht toe dat de aanvraag uit 2006 niet meer relevant is, nu in 2009 een nieuwe aanvraag is ingediend; de behandeling in 2009 is uitgevoerd, en ook in dat jaar wordt gedeclareerd.
- 5.2. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat niet de medische indicatie wordt bestreden, maar het bestaan van een verzekeringsindicatie. In de situatie van verzoeker is geen sprake van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige aandoening. De stelling dat er bij de geboorte al overhangende oogleden waren is niet (medisch) onderbouwd. Vergoeding ten laste van de zorgverzekering is daarom niet mogelijk. Voor de aanvullende ziektekostenverzekering geldt dat de verzekeraar zelf de voorwaarden bepaalt. Aan de toepasselijke eis van een bedekking van 50 percent van de pupil wordt niet voldaan. Nu de aanvraag uit 2009 dateert en de behandeling in dat jaar heeft plaatsgevonden, is de situatie van 2006 niet meer relevant.
- 5.3. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag terecht is afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.

De commissie is niet bevoegd ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering van vóór 2008.

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. In geschil is of verzoeker aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van een bovenooglidcorrectie beiderzijds en een browlift, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering. Alvorens die vraag te beantwoorden, merkt de commissie op dat zij daarbij de aanvraag uit het jaar 2009 als uitgangspunt zal nemen; met betrekking tot de aanvraag uit 2006 – welke zag op eenzelfde behandeling als de aanvraag uit 2009 – heeft geen heroverweging plaatsgevonden en de reglementaire termijn waarbinnen verzoeker een beroep had kunnen doen op de commissie is intussen ruimschoots verstreken, zodat een formele basis voor een bindend advies ten aanzien van de aanvraag uit 2006 ontbreekt. Wat betreft de aanvraag 2009 overweegt de commissie als volgt.

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 7.2. Het betreft hier een restitutiepolis, zodat de verzekerde in beginsel kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg.
Artikel 20.4 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op plastische chirurgie bestaat. Voor zover hier van belang, luidt deze bepaling als volgt:

“20.4.1. Kosten van zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden behandelingen die plastisch-chirurgisch van aard zijn, als ze zijn bedoeld om de volgende zaken te corrigeren:

- a. afwijkingen in uw uiterlijk die aantoonbare lichamelijke functiestoornissen veroorzaken;*
- b. verminkingen die zijn ontstaan door ziekte, een ongeval of een geneeskundige verrichting (bijvoorbeeld een operatie);*
- c. verlamde of verslakte bovenoogleden die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of van een chronische aandoening die al bij de geboorte aanwezig was; (...).”*

Artikel 20.5 van de zorgverzekering sluit expliciet een aantal behandelingen uit, waaronder de behandeling van verlamde of verslakte bovenoogleden als geen sprake is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening.

- 7.3. De artikelen 20.4 en 20.5 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2.1 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Besluit zorgverzekering (Bzv), de Regeling zorgverzekering (Rzv), en de toelichtingen op deze wet- en regelgeving..
- 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 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.

Geneeskundige zorg, waaronder behandeling van plastisch-chirurgische aard, is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.1 Rzv.

- 7.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.6. Verzoeker komt, gelet op het vorenstaande, alleen voor vergoeding van de behandeling tot correctie van de bovenoogleden ten laste van de zorgverzekering in aanmerking indien bij hem sprake is van een aangeboren afwijking dan wel een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening.
- 7.7. De commissie stelt vast dat verzoeker niet, althans onvoldoende aannemelijk heeft gemaakt dat daarvan in zijn geval sprake is, met als gevolg dat een indicatie als bedoeld in artikel 20.4.1 van de zorgverzekering ontbreekt, en de uitsluiting van artikel 20.5 onverkort van toepassing is. Dit brengt de commissie tot het oordeel dat het verzoek in zoverre moet worden afgewezen.
- 7.8. Waar het gaat om de browlift geldt dat van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis kan worden gesproken in geval de lichamelijke klachten een ernstige en objectiveerbare beperking veroorzaken. Naar uit de verklaring van de behandelende plastisch chirurg blijkt, was voor de ingreep bij verzoeker uitsluitend sprake van een laterale gezichtsveldbeperking. De andere klachten – met name hoofdpijn, pijn aan de ogen en vermoeidheid – zijn niet objectiveerbaar. De commissie concludeert daarom dat de aanwezigheid van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis als bedoeld in artikel 20.4.1. van de zorgverzekering door verzoeker niet, althans onvoldoende aannemelijk is gemaakt.
- 7.9. Met betrekking tot de eventuele (verzekerings)indicatie “verminking” merkt de commissie op, dat daarvan niet eerder kan worden gesproken dan in geval van een ernstige misvorming, al dan niet met weefseldefecten gepaard gaande. Gesteld noch gebleken is dat zich iets dergelijks voorafgaand aan de uitgevoerde ingreep voordeed bij verzoeker.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 7.10. Artikel 12.6 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering ziet op de correctie van bovenoogleden. Daarbij wordt als voorwaarde gehanteerd dat: “Het verslapte bovenooglid waarvoor u de correctie aanvraagt, minstens de helft van uw pupil (bedekt) als u recht vooruit kijkt.”
Het artikel bepaalt voorts: “U moet vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons hebben gekregen. Wij verlangen van u dat u bij uw aanvraag voor zorgadvies een recente kleurenfoto doet, waarop de afwijking duidelijk zichtbaar is.”
- 7.11. Uit de door verzoeker overgelegde foto blijkt dat niet aan de gestelde voorwaarde met betrekking tot de pupilbedekking is voldaan. Voor zover door verzoeker is gesteld dat deze foto geen goed beeld geeft van zijn situatie, nu deze voorheen in de loop van de dag verslechterde, tekent de commissie aan dat het op de weg van verzoeker lag zodanige foto’s over te leggen aan de hand waarvan een goede beoordeling mogelijk was. Dat dit kennelijk niet is gebeurd ligt in de risicosfeer van verzoeker en kan de ziektekostenverzekeraar niet worden tegengeworpen. Aangezien de behandeling intussen zonder de vereiste akkoordverklaring van de ziektekostenverzekeraar heeft

plaatsgevonden, valt thans niet meer onomstotelijk te bewijzen dat verzoeker voorafgaande aan de behandeling aan de gestelde voorwaarde voldeed. Het door de handelwijze van verzekerde ontstane risico dat aan de ingreep verbonden kosten niet voor vergoeding ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering in aanmerking komen ligt bij hem.

Conclusie

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

8. Het bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 13 januari 2010,

Voorzitter