



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen Onderlinge Waarborgmaatschappij Centrale Zorgverzekeraars groep  
Zorgverzekeraar U.A. en Onderlinge Waarborgmaatschappij Centrale Zorgverzekeraars  
groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar U.A., beide te Tilburg

Zaak : Servië, geneeskundige zorg, plastische chirurgie, boven- en onderooglidcorrectie

Zaaknummer : 201800442

Zittingsdatum : 28 november 2018

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden zorgverzekering 2016 en 2017, artt. 10 en 11 Zvw, 2.4 Bzv, 2.1 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2016 en 2017, Verdrag inzake sociale zekerheid Koninkrijk der Nederlanden - Socialistische Federatieve Republiek Joegoslavië)

---

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

- 1) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg, en
  - 2) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de CZ Zorg-op-maatpolis (natura) (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Jongeren afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van een boven- en onderooglidcorrectie, uitgevoerd te Belgrado, Servië (hierna: de aanspraak). Bij brieven van 21 juli 2017 en 6 oktober 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 20 december 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft ertoe geleid dat de ziektekostenverzekeraar heeft besloten de kosten van de op 4 april 2017 uitgevoerde ingreep volgens de voorwaarden van de zorgverzekering te vergoeden, waarna door hem een bedrag van € 141,71 aan verzoekster is betaald.
- 3.4. Bij brief van 10 juli 2018 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig 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 van € 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 5 september 2018 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 7 september 2018 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 1 oktober 2018 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 3 oktober 2018 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10, negende lid, van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat de onderhavige zaak enkelvoudig wordt afgedaan.
- 3.9. Bij brief van 7 september 2018 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 26 september 2018 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2018044388) bij wege van voorlopig advies de commissie medegedeeld dat naast de verwijdering van een cyste bij verzoekster een onderooglidcorrectie aan haar rechteroog is uitgevoerd. Verder concludeert het Zorginstituut dat deze onderooglidcorrectie noodzakelijk was voor het functioneren en de adequaatheid van de oogprothese. De door de ziektekostenverzekeraar gehanteerde DBC-zorgproductcode is dan ook niet passend. Een mogelijk passende DBC-zorgproductcode bij de door verzoekster ondergane ingreep zou DBC-zorgproductcode 07999020, declaratiecode 15A525, *'ooglidcorrectie bij een ziekte van het ooglid/traanapparaat/oogkas'* zijn. Het Zorginstituut adviseert de commissie wat betreft de onderooglidcorrectie dan ook tot toewijzing van het verzoek. Ten aanzien van de eveneens uitgevoerde bovenooglidcorrectie adviseert het Zorginstituut de commissie het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat niet kan worden gesproken van een gezichtsveldbeperking door ptosis van het ooglid. Daarnaast is niet aangetoond dat ten tijde van de ingreep sprake was van verminking of dat de bovenooglidcorrectie noodzakelijk was voor het functioneren en/of adequaatheid van de oogprothese.  
Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 1 oktober 2018 aan partijen gezonden. Zij zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen tien dagen op dit advies te reageren. Verzoekster heeft op 3 oktober 2018 op het advies van het Zorginstituut gereageerd. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de wederpartij gezonden.
- 3.10. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 28 november 2018 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.11. Bij brief van 29 november 2018 heeft de commissie het Zorginstituut een afschriften van de aantekeningen van de hoorzitting en de brief van verzoekster van 3 oktober 2018 gezonden met het verzoek mede te delen of deze stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 4 december 2018 de commissie medegedeeld dat de toegezonden stukken geen aanleiding vormen tot aanpassing van het advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd. Ter informatie licht het Zorginstituut toe dat het toezenden van dezelfde foto's in betere kwaliteit niet leidt tot een wijziging van het advies. Een afschrift van dit advies is op 6 december 2018 ter kennisname aan partijen gezonden.

#### 4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. De behandelend arts in Belgrado heeft over verzoekster het volgende verklaard: *"Vanaf de geboorte is ze blind aan haar rechter oog. Tot 2008 droeg ze een lens. In 2008 is een operatie van haar rechter oog uitgevoerd waarbij een implantaat is gezet. Sinds toen draagt ze een oogprothese. Op 12.12.2016 heeft een ooglidcorrectie van het rechteroog plaatsgevonden. Patiënt verblijft bij ons en ondergaat de noodzakelijke, dagelijkse behandelingen."*

- 4.2. In aanvulling op hetgeen de behandelend arts heeft verklaard, stelt verzoekster dat zij in 2016 een bovenooglidcorrectie heeft laten uitvoeren en in 2017 een onderooglidcorrectie. Beide ingrepen hebben plaatsgevonden in Belgrado en waren medisch noodzakelijk. Aanvankelijk heeft de ziektekostenverzekeraar vergoeding van de beide ingrepen afgewezen, maar na bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen heeft hij de kosten van de operatie op 4 april 2017 alsnog volgens de geldende verzekeringsvoorwaarden vergoed. Verzoekster is het niet eens met de afwijzing van de bovenooglidcorrectie en met de hoogte van de vergoeding voor de behandeling van het onderooglid.
- 4.3. Met betrekking tot de afgewezen bovenooglidcorrectie stelt verzoekster dat de ziektekostenverzekeraar enkel op basis van foto's tot de conclusie is gekomen dat het overhangende ooglid haar pupil niet voor minstens 50 percent bedekte. Verzoekster deelt deze mening niet omdat zij de ingreep in dat geval niet had laten uitvoeren. Daar komt bij dat verzoekster voorafgaand aan de ingreep van een medewerker van de ziektekostenverzekeraar het advies heeft gekregen duidelijke foto's te maken. Het is voor verzoekster dan ook een raadsel hoe de ziektekostenverzekeraar erin slaagt deze foto's door verschillende medisch adviseurs te laten beoordelen die vervolgens allen tot de conclusie komen dat de pupil niet voor ten minste 50 percent is bedekt. De motivering schiet volgens verzoekster ernstig tekort, waarbij zij nog opmerkt dat de ziektekostenverzekeraar haar had kunnen uitnodigen op het medisch spreekuur. Dit laatste heeft de ziektekostenverzekeraar nagelaten, hoewel hij hiertoe op grond van een uitspraak van de Centrale Raad van beroep verplicht is.
- 4.4. Met betrekking tot de eveneens uitgevoerde onderooglidcorrectie geldt dat de ziektekostenverzekeraar, als gezegd, na bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen heeft verklaard de kosten alsnog gedeeltelijk te vergoeden. Kort nadat de bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen was afgerond, deelde de ziektekostenverzekeraar mede dat hij een vergoeding zou verlenen van € 141,71. Dit terwijl de ingreep € 2.000,- heeft gekost. De ziektekostenverzekeraar baseert het toegekende bedrag op artikel B.20 van de zorgverzekering waarin is bepaald dat 75 percent van het toepasselijke Nederlandse tarief wordt vergoed. Verzoekster kan zich echter niet voorstellen dat een onderooglidcorrectie in Nederland maar € 188,95 kost. In reactie op het advies van het voorlopig advies van het Zorginstituut van 26 september 2018 voert verzoekster aan dat zij desgevraagd de eerder overlegde foto's ook per post kan toesturen omdat de kwaliteit van de foto's dan beter is.
- 4.5. Ter zitting is door verzoekster verwezen naar haar brief van 3 oktober 2018 waarin zij benadrukt dat bij haar sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis.
- 4.6. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. Op grond van artikel B.4.5. van de zorgverzekering bestaat aanspraak op behandelingen van plastisch-chirurgische aard indien sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis dan wel verminking. Op basis van de door verzoekster overgelegde foto's constateert de ziektekostenverzekeraar dat ten aanzien van de bij haar uitgevoerde bovenooglidcorrectie geen sprake was van verminking. Weliswaar bestond een zekere asymmetrie, maar niet in die mate dat dit kan worden beschouwd als een zeer forse misvorming als bedoeld in artikel B.4.5 van de zorgverzekering. Daarnaast kan een verzekeringsindicatie aan de orde zijn bij een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. Hiervan kan bij een bovenooglidcorrectie worden gesproken indien de pupil voor minstens 50 percent wordt bedekt door het overhangende ooglid. Op basis van de overgelegde foto's was dit bij verzoekster niet aan de orde. Verder is niet gebleken dat de verlamde of verslapte oogleden zijn ontstaan als gevolg van een aangeboren afwijking of chronische aandoening.

- 5.2. Met betrekking tot de volgens verzoekster uitgevoerde onderooglidcorrectie verklaart de ziektekostenverzekeraar dat hij de kosten van deze ingreep aanvankelijk heeft afgewezen omdat geen sprake is van een (verzekerings)indicatie in de vorm van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of verminking. In het kader van de bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen heeft de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar het dossier nogmaals bekeken. Hierbij is gebleken dat op 4 april 2017 een marsupialisatie van een cyste heeft plaatsgevonden. Een marsupialisatie is een eenvoudige ingreep, waarbij het ooglid wordt opengeklapt, een incisie in de cyste wordt gemaakt en (eventueel) wordt gehecht. Op basis van deze informatie heeft de ziektekostenverzekeraar besloten de kosten van deze ingreep alsnog volgens de geldende verzekeringsvoorwaarden te vergoeden.
- 5.3. De vergoeding is vastgesteld aan de hand van het Nederlandse marktconforme tarief. Hierbij is door de ziektekostenverzekeraar uitgegaan van het DBC-zorgproduct 15B655 met een bijbehorend tarief (in 2017) van € 188,95. Aangezien het gaat om een zorgaanbieder die niet door de ziektekostenverzekeraar is gecontracteerd, is 75 percent van dit bedrag aan verzoekster vergoed, hetgeen neerkomt op € 141,71.
- 5.4. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat hij naar aanleiding van het advies van het Zorginstituut van 26 september 2018 heeft besloten voor de uitgevoerde onderooglidcorrectie DBC-code 15A525 te hanteren. Dit betekent dat verzoekster aanspraak heeft op een totale vergoeding van € 460,89.

5.5. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

## 6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel A.22 van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie 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.

## 7. Het geschil

7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig in te willigen 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 naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen B.1. e.v. van de zorgverzekering.

8.3. Artikel B.4.5. van de zorgverzekering (2016) bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op plastische chirurgie bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

### ***"Zorg: waar hebt u recht op?"***

*De zorg omvat behandelingen van plastisch-chirurgische aard volgens de standaard van plastisch chirurgen. Het kan gaan om zorg met of zonder opname. Het gaat om correcties van:*

*\* afwijkingen in uw uiterlijk die aantoonbare lichamelijke functiestoornissen veroorzaken. Het gaat hierbij om lichamelijke klachten waarvan door onderzoek is vastgesteld (objectief) dat ze zijn*

ontstaan door de te corrigeren lichamelijke afwijking. Een voorbeeld hiervan is: onbehandelbare, continue aanwezige smetplekken in de huidplooi bij een forse overhang van de buik.

\* verminkingen die zijn ontstaan door ziekte, een ongeval of een geneeskundige verrichting (bijvoorbeeld een operatie). Hiervan is sprake als het gaat om een ernstige misvorming die in het dagelijkse leven meteen opvalt, bijvoorbeeld: misvorming door brandwonden en geamputeerde (afgezette) benen, armen of borsten;

\* bovenoogleden die verlamd of verslapt zijn of overhangen waardoor er huidoverschot is, als sprake is van een aangeboren afwijking of van een chronische aandoening die al bij de geboorte aanwezig was. Bij verlamde, verslapte of overhangende bovenoogleden als gevolg van ouderdom hebt u geen recht op een plastisch-chirurgische behandeling om de bovenoogleden te corrigeren. Mogelijk hebt u vanuit een aanvullende verzekering wel recht op een vergoeding;  
(...)"

Voor het kalenderjaar 2017 is in de verzekeringsvoorwaarden een soortgelijke bepaling opgenomen.

8.4. Artikel A.20. van de zorgverzekering (2016 en 2017) bepaalt, voor zover hier van belang:

"U GAAT NAAR EEN NIET GECONTRACTEERDE ZORGVERLENER

**b. Verlaging van het vast wettelijk (punt)tarief of (gemiddeld) afgesproken tarief**

Gaat u naar een zorgverlener met wie wij geen zorgovereenkomst hebben voor die behandeling/zorg? En had u in uw situatie wel tijdig passende zorg kunnen krijgen van een zorgverlener met wie wij wel een zorgovereenkomst hebben gesloten? U maakt dus geen gebruik van zorg door een gecontracteerde zorgverlener.

o U hebt dan recht op een verlaagde vergoeding. Wij vergoeden dan een bepaald percentage (deel) van het vaste wettelijk(punt)tarief.

o Is er geen punttarief, dan vergoeden wij een bepaald percentage van het (gemiddelde) afgesproken tarief.

o Als het in rekening gebrachte bedrag lager is dan het (gemiddelde) afgesproken tarief, dan gaan wij voor deze berekening uit van dit lagere in rekening gebrachte bedrag.

Hoe hoog het vergoedingspercentage is, kunt u vinden in de bijlage "Premies en vergoedingstarieven" of in de inleiding van uw Vergoedingen Overzicht.

**c. Volledig tarief (100%) van het vast wettelijk (punt)tarief of (gemiddelde) afgesproken tarief**

Wij vergoeden dit tarief alleen als:

o u de zorg niet of niet tijdig kunt krijgen bij een zorgverlener met wie wij een zorg- of internetovereenkomst hebben gesloten. Wat tijdige zorgverlening is, hangt ervan af wat als wachttijd medisch inhoudelijk verantwoord en algemeen maatschappelijk geaccepteerd is; of

o u de zorg alleen op grote afstand van uw woonplaats kunt krijgen bij een zorgverlener met wie wij een zorgovereenkomst hebben gesloten; of

o u acute (spoed)zorg nodig hebt, die dus niet kan worden uitgesteld.

**d. Gedeclareerd tarief**

Gaat u naar een zorgverlener met wie wij geen zorgovereenkomst hebben voor die behandeling/zorg? En hebben wij voor de soort behandeling/zorg ook geen zorg- en/of internetovereenkomst gesloten met andere zorgverleners? En er bestaat ook geen wettelijk tarief en het marktconform tarief / de redelijke marktprijs is niet of nauwelijks vast te stellen?

Dan vergoeden wij het gedeclareerde tarief. Dit vergoeden wij tot maximaal het bedrag waar u recht op hebt vanuit uw verzekering. De vergoeding is nooit hoger dan de kosten van zorg die u werkelijk hebt gemaakt.

(...)"

8.5. Het Vergoedingen Overzicht van de zorgverzekering regelt de hoogte van de vergoeding en luidt, voor zover hier van belang:



*"De vergoedingspercentages (%) in dit overzicht berekenen wij over de wettelijke of afgesproken tarieven. Zie hiervoor artikel A.20. van de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekeringen en Aanvullende Verzekeringen.*

*Als u naar een zorgverlener gaat met wie wij geen (zorg)overeenkomst hebben, dan vergoeden wij 75% van het wettelijke of afgesproken tarief."*

- 8.6. De artikelen A.20 en B.4.5. van de zorgverzekering en het Vergoedingen Overzicht zijn volgens artikel A.2.4. van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.7. Artikel 11, eerste lid, Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft. Degene die is verzekerd op basis van een zuivere restitutiepolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten. Degene die is verzekerd op grond van een naturapolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit de zorg of overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Naast zuivere restitutiepolissen en naturapolissen bestaan er combinatiepolissen, waarbij de invulling van de zorgplicht per dekkingsrubriek verschilt. Verzekerden op basis van een zuivere restitutiepolis hebben, op grond van artikel 2.2, tweede lid, onder b, Bzv aanspraak op vergoeding van de betreffende kosten, tenzij deze hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden passend is te achten. Voor de naturapolissen en combinatiepolissen stelt de zorgverzekeraar, overeenkomstig artikel 13, eerste en tweede lid, Zvw, de vergoeding vast in het geval de verzekerde gebruik maakt van een niet door de zorgverzekeraar voor die zorg of dienst gecontracteerde aanbieder, en deze neemt hij op in zijn verzekeringsvoorwaarden. Hierbij houdt de zorgverzekeraar rekening met eventueel van toepassing zijnde eigen bijdragen. Behandeling van plastisch-chirurgische aard is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4, eerste lid, sub b, Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.1 Rzv.
- 8.8. 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 ziektekostenverzekeraar 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.
- 8.9. Artikel D.1.6.2. van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op correctie van de bovenoogleden en luidt, voor zover hier van belang:

***"Zorg: waar hebt u recht op?"***

*Wij vergoeden een correctie van bovenoogleden, als die verlamd zijn, verslapt of overhangend. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.*

***Let op!***

*\* Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21. en C. 10.*

*\* Wij vergoeden niet de kosten van de foto's die u met de aanvraag voor zorgadvies naar ons moet insturen.*

***Voorwaarden***

***Algemeen***

*\* Er is sprake van een of beide bovenoogleden die verlamd, verslapt of overhangend zijn waardoor er sprake is van huidoverschot; en*

*\* Het bovenooglid waarvoor u de correctie aanvraagt, bedekt minstens de helft van uw pupil als u recht vooruit kijkt. Hierdoor is sprake van een ernstige gezichtsveldbeperking; en*

*\* Een instelling voor medisch specialistische zorg brengt de kosten in rekening met de juiste DBC-zorgproductcode; en*

*\* Wij hebben een aanvraag van uw behandelend medisch specialist of verpleegkundig specialist ontvangen. Hierop staat een omschrijving en motivatie van de behandeling; en*

*\* U stuurt ons een recente kleurenfoto waarop de afwijking duidelijk zichtbaar is. Deze foto hebt u zelf gemaakt of een instelling voor medisch specialistische zorg.  
(...)"*

- 8.10. Artikel 13, eerste lid, van het Verdrag inzake sociale zekerheid tussen het Koninkrijk der Nederlanden en de Socialistische Federatieve Republiek Joegoslavië bepaalt dat een werknemer die tijdelijk op het grondgebied van de andere verdragsluitende partij verblijft recht heeft op prestaties, wanneer zijn gezondheidstoestand onmiddellijk geneeskundige hulp, met inbegrip van opname in een ziekenhuis, noodzakelijk maakt.

9. Beoordeling van het geschil

**Ten aanzien van de zorgverzekering**

- 9.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van een tweetal in Belgrado uitgevoerde ingrepen aan haar rechteroog. Er is sprake van geplande zorg zodat het Verdrag inzake sociale zekerheid tussen het Koninkrijk der Nederlanden en de Socialistische Federatieve Republiek Joegoslavië geen toepassing vindt en de aanspraak moet worden beoordeeld aan de hand van de voorwaarden van de zorgverzekering. In dat kader dient voorop te worden gesteld dat de beide ingrepen moeten worden beschouwd als twee verschillende verzekerde prestaties die door de commissie afzonderlijk worden beoordeeld.

Bovenooglidcorrectie

- 9.2. In artikel B.4.5. van de zorgverzekering (2016) is 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. Deze expliciete uitsluiting komt overeen met hetgeen in de Zvw en de Rzv - waarop de zorgverzekering volgens artikel 2.9 van de toepasselijke voorwaarden is gebaseerd - is bepaald. Gesteld noch gebleken is dat bij verzoekster sprake is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening van het ooglid, zodat zij geen aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van de bij haar uitgevoerde bovenooglidcorrectie, ten laste van de zorgverzekering.

Onderooglidcorrectie

- 9.3. Door verzoekster is gesteld dat bij haar in april 2017 een onderooglidcorrectie is uitgevoerd. De ziektekostenverzekeraar heeft dit bestreden en aangevoerd dat uit de verslagen van het ziekenhuis blijkt dat bij verzoekster geen onderooglidcorrectie, maar een marsupialisatie van een cyste heeft plaatsgevonden. Hoewel in verschillende brieven van het ziekenhuis wordt gesproken over een nog uit te voeren onderooglidcorrectie blijkt uit het voorlopig advies van het Zorginstituut van 26 september 2018 dat naast de verwijdering van een cyste gelijktijdig een "lateral tarsal strip" (blepharoplastiek) van het rechteroog is uitgevoerd. Daarom zal de commissie voor het vervolg ervan uitgaan dat bij verzoekster tevens een onderooglidcorrectie is verricht. Uit het voorlopig advies van het Zorginstituut van 26 september 2018 volgt dat de medisch adviseur van het Zorginstituut op basis van de in het dossier aanwezige informatie tot de conclusie is gekomen dat de uitgevoerde onderooglidcorrectie noodzakelijk was voor het functioneren en de adequaatheid van de oogprothese. Om die reden had verzoekster volgens het Zorginstituut ook een (verzekerings)indicatie voor een ooglidcorrectie. Deze conclusie neemt de commissie over en maakt zij tot de hare.



- 9.4. Met betrekking tot de hoogte van de vergoeding geldt dat de ziektekostenverzekeraar aanvankelijk heeft toegezegd een bedrag van € 141,71 te vergoeden. Bij het bepalen hiervan is de ziektekostenverzekeraar uitgegaan van DBC-zorgproduct 15B655 met als omschrijving: '2 tot 4 polikliniekbezoeken bij een ziekte van het ooglid/traanapparaat/oogkas'. Nu de commissie hiervoor tot de conclusie is gekomen dat naast de verwijdering van een cyste een onderooglidcorrectie is uitgevoerd, dient het tarief hierop te worden aangepast. Uit het voorlopig advies van het Zorginstituut van 26 september 2018 blijkt dat een mogelijk passende DBC-zorgproductcode bij de door verzoekster ondergane ingreep DBC-zorgproductcode 07999020, declaratiecode 15A525 met als omschrijving: 'ooglidcorrectie bij een ziekte van het ooglid/traanapparaat/oogkas' kan zijn. Het betreft een code uit het zogenoemde B-segment, waarbij de tarieven tot stand komen door onderhandelingen tussen de ziektekostenverzekeraar en de door hem gecontracteerde zorgaanbieders. Aangezien partijen de juistheid van de door het Zorginstituut genoemde DBC-code niet hebben bestreden, komt de commissie DBC-zorgproductcode 07999020 als meest passend voor.
- 9.5. Gezien het document 'Overzicht tarieven medisch specialistische zorg per 1 januari 2017' van de ziektekostenverzekeraar bedraagt het bij DBC-zorgproductcode 07999020 (declaratiecode 15A525) behorende tarief voor de naturapolis € 460,89, zijnde 75 percent van het gemiddelde tarief waarvoor de ziektekostenverzekeraar deze zorg heeft ingekocht bij de door hem gecontracteerde zorgverleners. Gelet op het feit dat verzoekster al een bedrag van € 141,71 uitgekeerd heeft gekregen dient de ziektekostenverzekeraar verzoekster nog een bedrag te vergoeden van € 319,18 (€ 460,89 - € 141,71), ten laste van de zorgverzekering. De commissie heeft er goede nota van genomen dat de ziektekostenverzekeraar ter zitting heeft verklaard dat deze naar aanleiding van het advies van het Zorginstituut heeft besloten genoemd bedrag aan verzoekster te vergoeden.

#### **Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering**

- 9.6. Op grond van artikel D.1.6.2. van de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat aanspraak op een correctie van de bovenoogleden indien het verslaptte bovenooglid verlamd, verslapt of overhangend is. Verder dient minstens de helft van de pupil bedekt te zijn bij recht vooruit kijken, waardoor sprake is van een ernstige gezichtsveldbeperking. Door verzoekster is gesteld dat uit de door haar overgelegde foto's blijkt dat de pupil van haar rechteroog voor minstens 50 percent was bedekt door het overhangende ooglid. De ziektekostenverzekeraar heeft daarentegen het standpunt ingenomen dat uit de zelfde foto's niet blijkt dat de pupil voor minstens de helft was bedekt. In een dergelijke situatie had het volgens verzoekster in de rede gelegen dat de ziektekostenverzekeraar haar had opgeroepen voor het spreekuur van de medisch adviseur, mede gelet op de jurisprudentie van de Centrale Raad van Beroep hieromtrent. Op grond van de verzekeringsvoorwaarden lag het op de weg van verzoekster (een) recente kleurenfoto('s) aan te leveren waarop de afwijking duidelijk zichtbaar is. Uit de overgelegde foto's valt niet zonder meer op te maken dat aan de voorwaarde van 50 percent bedekking van de pupil is voldaan. Het was de keuze van verzoekster de behandeling toch te laten plaatsvinden, zonder voorafgaande toestemming van de ziektekostenverzekeraar. De gevolgen van die keuze liggen in de risicosfeer van verzoekster, in die zin dat het aan haar is nader te onderbouwen dat aan voornoemde voorwaarde is voldaan. Dat zij niet is opgeroepen voor het spreekuur van de medisch adviseur maakt dit niet anders. De commissie is van oordeel dat verzoekster niet aannemelijk heeft gemaakt dat haar rechterpupil ten tijde van de ingreep voor minstens 50 percent was bedekt door het overhangende ooglid. Dat zij daartoe nadien niet meer in staat was - omdat de ingreep al was verricht - ligt eveneens in haar risicosfeer en kan de ziektekostenverzekeraar niet worden tegengeworpen. Daarom heeft zij geen aanspraak op vergoeding van de kosten van de uitgevoerde bovenooglidcorrectie ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

**Conclusie**

- 9.7. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek gedeeltelijk dient te worden toegewezen met dien verstande dat verzoekster aanspraak heeft op een aanvullende vergoeding van € 319,18 (€ 460,89 - € 141,71).
- 9.8. Aangezien het verzoek deels wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,-- aan verzoekster te vergoeden.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek gedeeltelijk toe met dien verstande dat verzoekster aanspraak heeft op een aanvullende vergoeding van € 319,18 (€ 460,89 - € 141,71).
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden het entreegeld van € 37,--.

Zeist, 12 december 2018,

J.A.M. Strens-Meulemeester