

ANONIEM

Bindend advies

Partijen : A te B vs. C te D.
Zaak : Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, excisie benigne tumor
Zaaknummer : ANO07.180
Zittingsdatum : 8 augustus 2007

Zaak: ANO07.180 (Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, excisie benigne tumor)

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mw. mr. A.C. van den Boogaard en mr. J.H.A. Teulings)

(Voorwaarden zorgverzekering 2006, artt. 10 en 11 Zvw, 2.4 Bzv, 2.1 Rzv)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen verzoekster,

tegen

C te D, hierna te noemen de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen het besluit van de zorgverzekeraar van 25 september 2006 inzake de afwijzing van de aanvraag voor een bovenooglidcorrectie, alsmede het besluit van de zorgverzekeraar van 7 november 2006 inzake de afwijzing van de aanvraag voor een excisie van een benigne tumor.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de ZorgVerzorgd zorgverzekering, een verzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringwet (Zvw) (hierna: de zorgverzekering).
- 3.2. Bij brief van 25 september 2006 heeft de zorgverzekeraar verzoekster bericht dat afwijzend was beslist op de aanvraag voor een bovenooglidcorrectie.
- 3.3. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 12 oktober 2006 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster meegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. Vervolgens is een nieuwe aanvraag gedaan voor een behandeling bestaande uit excisie van een benigne tumor. Bij brief van 7 november 2006 heeft de zorgverzekeraar verzoekster bericht dat op deze aanvraag afwijzend was beslist. In zijn brief van 15 november 2007 heeft de zorgverzekeraar zijn standpunt nader toegelicht.
- 3.5. Bij brief van 5 december 2006 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is toestemming te geven voor het verwijderen van een vetophoping boven haar oog.
- 3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 37,00 voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de moge-

lijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren.

- 3.7. De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie op 12 januari 2007 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt.
- 3.8. Aangezien de zorgverzekeraar zijn beslissing van 7 november 2006 nog niet had heroverwogen, heeft de commissie de zorgverzekeraar alsnog om heroverweging gevraagd.
- 3.9. Bij brief van 14 maart 2007 deelt de zorgverzekeraar mee zijn standpunt van 7 november 2006 te handhaven. Vervolgens heeft de commissie de zorgverzekeraar nog een drietal vragen voorgelegd. Bij brief van 17 april 2007 heeft de zorgverzekeraar op deze vragen gereageerd.
- 3.10. Bij brief van 26 april 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen verzocht om advies, een en ander conform artikel 114 van de Zvw.
- 3.11. Eveneens op 26 april 2007 is verzoekster een afschrift van de diverse reacties van de zorgverzekeraar gezonden. Tevens zijn partijen in de gelegenheid gesteld zich te doen horen.
- 3.12. Het College voor zorgverzekeringen heeft op 25 mei 2007, op de voet van artikel 114 lid 3 van de Zvw, zijn advies gegeven. Een afschrift hiervan is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.13. Partijen zijn op 8 augustus 2007 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het College voor zorgverzekeringen.
- 3.14. Bij brief van 9 augustus 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden. In vervolg hierop heeft het College voor zorgverzekeringen de commissie meegedeeld dat uit het verslag van de hoorzitting geen feiten of omstandigheden naar voren zijn gekomen die aanleiding geven zijn eerder uitgebrachte advies te herzien.

4. Het standpunt van verzoekster

- 4.1. Verzoekster is geboren op 30 september 1949. Zij is bekend met schildklierlijden. Verzoekster geeft aan al enige tijd last te hebben van een bultje in haar rechterooghoek. Door dit bultje heeft zij een bepaalde druk op haar rechteroog. Verder lijkt het of iets in beeld komt dat er niet is, indien zij op een bepaalde manier kijkt. Omdat het bultje steeds groter werd, heeft zij haar huisarts bezocht. Deze heeft haar doorverwezen naar de plastisch-chirurg. De plastisch-chirurg heeft vervolgens vastgesteld dat sprake is van een vetophoping, hetgeen regelmatig voorkomt bij schildklierpatiënten. Volgens verzoekster moet met het verwijderen van de vetophoping ook het ooglid (-leden) worden aangepast. De door de plastisch-chirurg ingediende aanvraag wordt door de zorgverzekeraar echter afgewezen, omdat op grond van de zorgverzekering geen aanspraak bestaat op een bovenooglidcorrectie. Verzoekster zegt niet om een bovenooglidcorrectie te hebben gevraagd, maar de artsen uitsluitend te hebben bezocht in verband met een bultje op haar oog.

- 4.2. Vervolgens heeft verzoekster telefonisch contact gezocht met de zorgverzekeraar. Volgens verzoekster heeft zij afgesproken dat een nieuwe aanvraag kon worden ingediend, waarbij de plastisch-chirurg dan een andere code moest gebruiken. De daarop door de plastisch-chirurg ingediende aanvraag wordt echter wederom door de zorgverzekeraar afgewezen.
- 4.3. Verder zegt verzoekster dat in de polisvoorwaarden voor 2007 wel een aanspraak voor plastische-chirurgie is opgenomen. Verzoekster zegt bij de zorgverzekeraar navraag te hebben gedaan of zij in aanmerking kan komen voor de opgenomen vergoeding van € 500,00. Dat bleek niet het geval.
- 4.4. Voorts geeft verzoekster aan dat zij al enige keren een vetophoping in haar lies en handen heeft laten weghalen. Haar vorige verzekeraar heeft daar nooit een probleem van gemaakt.
- 4.5. Verzoekster stelt zich op het standpunt dat de zorgverzekeraar toestemming dient te geven voor het laten weghalen van de vetophoping boven haar oog.
5. Het standpunt van de zorgverzekeraar
- 5.1. De zorgverzekeraar zegt dat de plastisch-chirurg van verzoekster eerst een blepharoplastiek heeft aangevraagd. Op grond van artikel 8.4 lid 2 van de zorgverzekering juncto artikel 2.1 van de Regeling zorgverzekering (Rzv) is de behandeling van verlamde of verslapte bovenoogleden anders dan als gevolg van een aangeboren afwijking of van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening, van aanspraak uitgesloten. Volgens de zorgverzekeraar is bij verzoekster geen sprake van verlamde of verslapte bovenoogleden die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening, zodat verzoekster derhalve geen aanspraak heeft op een bovenooglidcorrectie ten laste van de zorgverzekering.
- 5.2. Vervolgens heeft de plastisch-chirurg een aanvraag ingediend voor een behandeling bestaande uit een excisie van een benigne tumor. De daarbij door de plastisch-chirurg vermelde DBC-prestatiecode komt neer op het verwijderen van moedervlekken en andere huidtumoren. De zorgverzekeraar zegt dat op grond van de zorgverzekering aanspraak bestaat op een excisie van een tumor als deze behandeling strekt tot correctie van afwijking in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen of verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval van geneeskundige verrichting. Volgens de zorgverzekeraar is daarvan uit de aanvraag niet gebleken. Verder is medisch adviseur van de zorgverzekeraar van mening dat de aangevraagde DBC-code niet in verhouding staat met de mogelijke zorgbehoefte van de verzekerde. De zorgverzekeraar is dan ook van mening dat de verzoekster op basis van zorginhoudelijke criteria naar inhoud en omvang niet is aangewezen op de door de behandelend arts voorgestelde zorgvorm. Daarbij baseert de zorgverzekeraar zich op artikel 10 van de zorgverzekering.
- 5.3. De zorgverzekeraar concludeert dat verzoekster geen aanspraak heeft op de aangevraagde behandeling ten laste van de zorgverzekering.
6. De bevoegdheid van de commissie

Voor zover het onderhavige geschil betrekking heeft op de zorgverzekering, acht de commissie zich bevoegd daarvan kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. De commissie is daarentegen niet bevoegd ten aanzien van de aanvullende verzekering.

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. De commissie constateert dat in deze twee behandelingen zijn aangevraagd. Eerst is door de plastisch-chirurg een machtiging aangevraagd voor een bovenooglidcorrectie (DBC-code: 04110001310022). Deze aanvraag is door de zorgverzekeraar afgewezen. Vervolgens is op 23 oktober 2006 door de plastisch-chirurg een aanvraag ingediend voor de excisie van een benigne tumor in het gelaat (DBC-code: 04110000340022). Ook deze aanvraag is door de zorgverzekeraar afgewezen.
- 7.2. De vraag of in dit geval aanspraak bestaat op de aangevraagde behandelingen, moet worden beantwoord aan de hand van de tussen partijen ten tijde van de onderhavige aanvraag bestaande verzekeringsovereenkomst, te weten de zorgverzekering.
- 7.3. Uit de overgelegde stukken maakt de commissie niet op dat in de situatie van verzoekster het vermoeden bestaat dat sprake is van een kwaadaardige aandoening. De plastisch-chirurg schrijft in de aanvraag van 23 oktober 2006 zelfs dat het een benigne (=goedaardige) tumor betreft. Een en ander betekent dat de aangevraagde behandelingen moeten worden getoetst aan de voorwaarden voor behandelingen van plastisch-chirurgische aard.
- 7.4. Artikel 8.1 van de zorgverzekering bepaalt dat verzoekster recht heeft op zorg of andere diensten zoals omschreven in de artikelen 8.4 tot en met 8.17. In artikel 8.4 lid 1 onderdeel b van de zorgverzekering is vervolgens de aanspraak op plastische-chirurgie opgenomen. Voor zover hier van belang luidt deze bepaling als volgt:
- “b. behandeling van plastisch-chirurgische aard slechts onder de zorg valt indien die strekt ter correctie van:*
1. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
2. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
3. verlamde of verslapte bovenoogleden die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
(...)”
- 7.5. De zorgverzekering – en daarmee de regeling van de artikelen 8.1 en 8.4 – vindt volgens artikel 2 van de zorgverzekering zijn grondslag in de Zvw, de daarop gebaseerde uitvoeringsbesluiten, en het door verzekeringnemer ingevulde aanvraagformulier.
- 7.6. De commissie constateert dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling ten aanzien van de correctie van bovenoogleden inhoudelijk overeenkomt met het daaromtrent bepaalde in de artikelen 10 en 11 Zvw, artikel 2.4 Bzv en artikel 2.1 Rzv.
- 7.7. Uit de aanvragen van de plastisch-chirurg van 11 september 2006 en 23 oktober 2006 blijkt niet dat verzoekster bekend is met verlamde of verslapte bovenoogleden. Mitsdien mist het bepaalde in artikel 8.4 lid 1 onderdeel b sub 3 in deze toepassing.

De vraag of in deze aanspraak bestaat op de aangevraagde behandelingen, moet dan ook worden beantwoord aan de hand van het bepaalde in de artikelen 8.4 lid 1 onderdeel b sub 1 en sub 2 van de zorgverzekering.

- 7.8. Gesteld, noch gebleken is dat verzoekster verkeert in de situatie dat bij haar sprake is van een afwijking in het uiterlijk, die gepaard gaat met een aantoonbare lichamelijke functiestoornis als bedoeld in artikel 8.4 lid 1 onderdeel b sub 1 van de zorgverzekering.
- 7.9. Resteert de vraag of bij verzoekster kan worden gesproken van een verminking die het gevolg is van ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting. Ten aanzien van dat laatste overweegt de commissie als volgt.
Van verminkingen is volgens vaste jurisprudentie van de commissie sprake indien het een ernstige deformiteit betreft, die, al dan niet met weefseldefecten gepaard gaande, direct in het oog springt en in het normale dagelijkse verkeer niet is te camoufleren. De commissie is niet gebleken dat in de situatie van verzoekster sprake is van een ernstige deformiteit als hiervoor bedoeld.
- 7.10. Gezien het voorgaande is de commissie van oordeel dat verzoekster niet in de situatie verkeert dat zij, ingevolge artikel 8.4 lid 1 onderdeel b van de zorgverzekering, aanspraak kan maken op de aangevraagde plastisch-chirurgische behandelingen.
- 7.11. Verzoekster heeft nog aangevoerd dat in de polisvoorwaarden 2007 wel een aanspraak is opgenomen voor behandelingen van plastisch-chirurgische aard. De commissie is gebleken dat het hier de aanvullende verzekering betreft. Ten aanzien van de aanvullende verzekering is de commissie niet bevoegd.
- 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, 22 augustus 2007,

Voorzitter