

Partijen : A te B vs C te D
Zaak : Geneeskundige zorg, plastische-chirurgie, bovenooglidcorrectie
Zaaknummer : 2007.01662
Zittingsdatum : 9 januari 2008

VOORLEGGER

Zaak: 2007.01662 (Geneeskundige zorg, plastische-chirurgie, bovenooglidcorrectie)

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2007, art. 10, 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen verzoeker,

tegen

C te D, hierna te noemen de zorgverzekeraar.

De bestreden beslissing

- 2 Verzoeker komt op tegen het besluit van de zorgverzekeraar van 18 juli 2007 inzake het niet vergoeden van een bovenooglidcorrectie.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de ZorgVerzorgd polis, een verzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw) (hierna: de zorgverzekering), alsmede op basis van een tweetal aanvullende verzekeringen.
- 3.2. Bij brief van 18 juli 2007 heeft de zorgverzekeraar verzoeker medegedeeld dat een bovenooglidcorrectie niet voor vergoeding in aanmerking komt.
- 3.3. Bij brief van 30 juli 2007 heeft verzoeker de commissie gevraagd te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de bovenooglidcorrectie alsnog te vergoeden (hierna: het verzoek).
- 3.4. Namens verzoeker heeft de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 10 september 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker meegedeeld zijn standpunt te handhaven .
- 3.5. 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.
- 3.6. De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie op 26 oktober 2007 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt.

- 3.7. Bij brief van 19 november 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies als bedoeld in artikel 114, lid 3, van de Zvw .
- 3.8. Op 19 november 2007 is verzoeker een afschrift van de reactie van de zorgverzekeraar gezonden. Tevens zijn partijen in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Van de mogelijkheid zich te doen horen is door verzoeker op 21 november 2007 afgezien, terwijl de zorgverzekeraar op 8 januari 2008 heeft kenbaar gemaakt niet te willen worden gehoord.
- 3.9. Het CVZ heeft bij brief van 17 december 2007 de commissie geadviseerd het verzoek af te wijzen, op de grond dat de verzochte behandeling is uitgesloten van vergoeding ten laste van de zorgverzekering. Een afschrift hiervan is op 9 januari 2007 met dit bindend advies aan partijen gezonden.
4. Het standpunt van verzoeker
- 4.1. Verzoeker is een 43-jarige man. Blijkens een verklaring van zijn huisarts heeft hij de laatste tijd in toenemende mate last van een overschot aan huid in zijn bovenoogleden, zodanig dat hij in de loop van de middag steeds minder ziet. De behandelend medisch-specialist heeft blepharochalasis geconstateerd en een bovenooglidcorrectie geïndiceerd.
- 4.2. Verzoeker concludeert dat de ingreep vergoed dient te worden daar sprake is van een medische noodzaak. Tevens stelt hij dat hij door de medisch adviseur van de zorgverzekeraar onderzocht had moeten worden.
5. Het standpunt van de zorgverzekeraar
- 5.1. De zorgverzekeraar verwijst voor de afwijzing van de aanvraag naar de voorwaarden van de zorgverzekering. In artikel 2.1 van de Regeling zorgverzekering en artikel 8.4 van de polisvoorwaarden is bepaald wanneer een verzekerde in aanmerking komt voor vergoeding van een ooglidcorrectie. Hierin komt naar voren dat aanspraak bestaat op vergoeding van de behandeling van verlamde of verslakte bovenoogleden, doch uitsluitend wanneer sprake is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening. Een voorbeeld hiervan is het blepharophimosis-syndroom (BPES). Uit de aanvraag van de medisch-specialist blijkt niet dat bij verzoeker sprake is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening. De door verzoeker gestelde klachten zijn volgens de zorgverzekeraar geen afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met objectieveerbare functiestoornissen.
- 5.2. De zorgverzekeraar merkt voorts op dat een verzekerde uitsluitend voor onderzoek door de medisch adviseur wordt uitgenodigd, indien de adviseur gezien de omstandigheden niet op een andere manier tot een juiste beoordeling kan komen. In dit geval ligt de zaak heel duidelijk, daar geen sprake is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening. Een uitnodiging op het spreekuur werd dan ook niet zinvol geacht.

5.3. De zorgverzekeraar concludeert dat hij vergoeding van de ingreep terecht heeft afgewezen.

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 verzekeringen.

7. De beoordeling van het geschil

7.1. De relatie tussen partijen wordt beheerst door een verzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het BW. Deze verzekeringsovereenkomst betreft een zorgverzekering.

Een 'zorgverzekering' in de zin van artikel 1 onder d van de Zvw, dient te voldoen aan de wettelijke eisen van de Zorgverzekeringswet. De aard en omvang van de in de zorgverzekering op te nemen verzekerde prestaties zijn geregeld in Hoofdstuk 3, de artikelen 10 tot en met 14a van de Zvw en de daarop gebaseerde regelgeving, met name het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv). Slechts voor zover de verzekering voldoet aan de wettelijke eisen - dat wil zeggen niet meer en niet minder biedt - is sprake van een zorgverzekering en heeft de verzekerde, door deze verzekering te sluiten, voldaan aan de op hem rustende verzekeringsplicht.

7.2. Het betreft hier een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel gebruik dient te maken van gecontracteerde zorg. Vergoeding voor geneeskundige zorg is geregeld in artikel 8.4 van de zorgverzekering. Lid 1 sub b van dit artikel regelt wanneer aanspraak op behandelingen van plastisch-chirurgische aard bestaat en onder welke voorwaarden. Voor zover relevant, stelt artikel 8.4 lid 1 sub b dat:

"behandeling van plastisch-chirurgische aard slechts onder de zorg valt indien die strekt tot correctie van:

1. (...);

2. (...);

3. verlamde of verslachte bovenoogleden die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening; (...)"

Verder is in artikel 8.4 lid 2 een verwijzing naar de Rzv opgenomen ter zake van de uitgezonderde vormen van zorg.

7.3. De regeling van artikel 8.4 is volgens artikel 2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Bzv en de Rzv.

7.4. Artikel 11 lid 1 onderdeel a van de 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. Geneeskundige zorg is, conform lid 3 van artikel 11 van de Zvw, naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 van het Bzv. In lid 1 onder b is geregeld dat een plastisch-chirurgische ingreep slechts onder de geneeskundige zorg valt indien die strekt tot de correctie van

de onder sub 1 tot en met 5 genoemde aandoeningen. Sub 3 vermeldt de correctie van verlamde of verslapte bovenoogleden die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening .

- 7.5. Artikel 2.4 lid 2 van het Bzv bepaalt dat bij ministeriële regeling, te weten de Rzv, bepaalde vormen van zorg kunnen worden uitgezonderd. In artikel 2.1 onder a van het Rzv wordt de behandeling van bovenoogleden die verlamd of verslapt zijn uitgesloten, tenzij dit een gevolg is van een aangeboren afwijking of van 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. Daarbij merkt de commissie op dat in de toelichting bij de wijziging van Regeling medisch-specialistische zorg Ziekenfondswet, waarnaar in de toelichting op de Rzv wordt verwezen, 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.
- 7.7. Uit de aanvraag van de plastisch-chirurg, die in dit verband leidend is, blijkt dat verzoeker bekend is met blepharochalasis van de beide bovenoogleden, of anders gezegd: verslapping van de bovenoogleden. Gesteld, noch gebleken is dat verzoeker verkeert in de situatie dat bij hem sprake is van het BPES-syndroom, dan wel van een daaraan gelijk te stellen aandoening. Ook overigens is de commissie niet gebleken 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 8.4 van de zorgverzekering geen aanspraak op de aangevraagde bovenooglidcorrectie ten laste van de zorgverzekering.

Met betrekking tot de stelling van verzoeker dat de zorgverzekeraar tot vergoeding dient over te gaan, aangezien het hier een medisch noodzakelijk ingreep betreft, oordeelt de commissie als volgt. In de toelichting op de Rzv wordt over de in artikel 2.1, onderdeel a, van het Rzv genoemde uitsluitingsgronden opgemerkt dat die overeenkomen met de uitsluitingen zoals die met ingang van 1 januari 2005 geregeld waren in artikel 2, lid 2 en artikel 5 van de Regeling medisch-specialistische zorg Ziekenfondswet. In de toelichting bij laatstgenoemde regeling wordt opgemerkt dat de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport welbewust heeft gekozen bij de uitsluitingen geen onderscheid te maken tussen medisch noodzakelijke versus niet-medisch noodzakelijke behandelingen. Dat betekent dat behalve behandelingen met primair een cosmetisch doel - die destijds al van vergoeding waren uitgesloten - in een aantal gevallen ook behandelingen van vergoeding zijn uitgesloten die een geneeskundig doel hebben, waaronder de correctie van verlamde of verslapte bovenoogleden. Ook deze stelling treft derhalve geen doel.

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

8. Het bindend advies

8.1 De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 9 januari 2008,

Voorzitter,