

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B vs. C te D
Zaak	: Geneeskundige zorg, plastische-chirurgie, correctie boven- en onder-oogleden
Zaaknummer	: ANO07.034
Zittingsdatum	: 21 maart 2007

Zaak: ANO07.034 (Geneeskundige zorg, plastische-chirurgie, correctie boven- en onderoogleden)

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2006, artt. 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 1 maart 2006 inzake de afwijzing van de aanvraag voor de correctie van de boven- en onderoogleden.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster is bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Basisverzekering Naturapolis, een verzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw) (hierna: de zorgverzekering).
- 3.2. Bij brief van 1 maart 2006 heeft de zorgverzekeraar verzoekster bericht dat op de door haar behandelend medisch-specialist ingediende aanvraag voor de correctie van de boven- en onderoogleden afwijzend is beslist.
- 3.3. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 25 augustus 2006 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. Bij brief van 11 september 2006 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de kosten van de correctie van de boven- en onderoogleden te vergoeden.
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 37,00 voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren.
- 3.6. De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie op 7 november 2006 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt.
- 3.7. Op 9 november 2007 is verzoekster 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 partijen gebruik gemaakt.

- 3.8. Bij brief van 15 januari 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen verzocht om advies, een en ander conform artikel 114 van de Zvw.
- 3.9. Het College voor zorgverzekeringen heeft op 13 maart 2007, op de voet van artikel 114 lid 3 van de Zvw, zijn advies gegeven. Een afschrift hiervan is op 14 maart 2007 aan partijen gezonden.
- 3.10. Partijen zijn op 21 maart 2007 telefonisch gehoord.
- 3.11. Bij brief van 26 maart 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 op 28 maart 2007 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 een 52-jarige vrouw die in 1985 is getroffen door een facialisparalyse. Hierop zijn verschillende operaties gevolgd, de laatste in 1992. Haar is toen medegedeeld dat het herstel niet blijvend zou zijn en dat binnen tien tot vijftien jaar een volgende operatie nodig zou zijn. Destijds heeft een reconstructie plaatsgehad door middel van een musculus temporalistranspositie links. Volgens verzoekster zijn haar rechteroogleden intussen zodanig uitgezakt dat medisch ingrijpen noodzakelijk is, anders komt er een moment waarop zij niet meer kan zien. Ook de linkeroogleden zijn er volgens haar niet best aan toe. Verzoekster voelt zich gesteund door haar huisarts en door de behandelend medisch-specialist. Volgens verzoekster hebben deze aangegeven dat de operatie noodzakelijk is en wordt vergoed door de zorgverzekeraar. Verzoekster kan niet begrijpen waarom de onderhavige behandeling, die het gevolg is van een herseninfarct, niet ten laste van de zorgverzekering komt.
- 4.2. Het bevreemdt verzoekster, gelet op de uiteindelijke afwijzingsgrond, dat de zorgverzekeraar haar heeft gevraagd foto's in te zenden, foto's waarop vanzelfsprekend te zien is dat de oogleden dringend correctie behoeven.
- 4.3. Verzoekster vraagt verder aandacht voor het kostenaspect. Met de behandeling is een bedrag van € 15.000,00 tot € 20.000,00 gemoeid, hetgeen een zware financiële belasting betekent.
- 4.4. Het is verzoekster tot slot niet duidelijk waarom de zorgverzekeraar verwijst naar wetgeving die lang na haar ziekte in werking is getreden.

5. Het standpunt van de zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar stelt, onder verwijzing naar de artikelen 4.4 en 4.5 onderdeel a van de zorgverzekering en artikel 2.4 eerste lid, onderdeel b, van het Besluit zorgverzekering, alsmede artikel 2.1 onder a van de Regeling zorgverzekering, dat geen aanspraak bestaat op de behandeling van verlamde of verslachte bovenoogleden, anders dan als gevolg van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige

chronische aandoening. In de situatie van verzoekster is daarvan volgens de medisch adviseur geen sprake nu de verslapte bovenoogleden zijn ontstaan na het herseninfarct.

De zorgverzekeraar licht toe dat tot 1 januari 2005 ziekenfondsverzekerden, in geval van een aantoonbare beperking van het gezichtsveld, aanspraak konden maken op een correctie van de bovenoogleden. De daaropvolgende pakketbeperking was het gevolg van een doelbewuste bezuiniging.

- 5.2. Ten aanzien van de onderoogleden concludeert de zorgverzekeraar dat niet kan worden gesproken van een afwijking in het uiterlijk als bedoeld in artikel 4.4 onderdeel a van de zorgverzekering, respectievelijk artikel 2.4 van voornoemd besluit. Zo er al sprake zou zijn van een afwijking in het uiterlijk, gaat deze niet gepaard met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen. Dergelijke functiestoornissen dienen namelijk van vrij ernstige aard te zijn. Dit valt op te maken uit de toelichting op de regelgeving in het kader van de Ziekenfondswet. Bij de introductie van de Zorgverzekeringswet heeft de wetgever aangegeven geen verandering te beogen in de omvang van de aanspraken op basis van de ziekenfondsverzekering. Als onderscheidend criterium geldt het al dan niet aanwezig zijn van een ernstige bewegingsbeperking. De zorgverzekeraar verwijst hiervoor naar de Nota van toelichting bij het Besluit zorgverzekering en naar een uitspraak van de rechtbank Rotterdam van 22 maart 2001 (RZA 2001/65).

- 5.3. Evenmin betreft het hier een verminking in de zin van artikel 4.4 onderdeel b van de zorgverzekering. Onder een verminking wordt namelijk volgens de professionele richtlijn van medisch adviseurs verstaan een ernstige deformiteit, al of niet met weefseldefecten gepaard gaande, die direct in het oog springt en die in het normale dagelijkse verkeer niet is te camoufleren. De zorgverzekeraar haalt in dit verband de jurisprudentie ter zake aan, onder andere een uitspraak van de Centrale Raad van Beroep (RZA1999/188), alsmede de toelichting bij de vroegere Regeling niet-klinische plastisch-chirurgische hulp ziekenfondsverzekering. Uit de toelichting valt op te maken dat bedoeld is op zeer ernstige misvormingen door brandwonden en reconstructie van geamputeerde ledematen etc.

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.

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. Tussen partijen is met ingang van 1 januari 2006 een verzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het BW tot stand gekomen. 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 omschreven 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. Waar het vervolgens gaat om de onderhavige kosten, geldt het volgende.

- 7.2. Het betreft hier een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg. De aanspraak op plastische-chirurgie is opgenomen in artikel 4.4 van de zorgverzekering. Voor zover hier van belang bepaalt dit artikel het volgende:

Er bestaat slechts aanspraak voor plastisch chirurgische behandelingen indien deze behandelingen strekken 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 verslachte bovenoogleden die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;*
- (...)*

Artikel 4.5, inzake uitgesloten behandelingen, bepaalt voor zover in dit kader relevant het volgende:

Geen aanspraak bestaat op:

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

- 7.3. De zorgverzekering, en daarmee de regeling van de artikelen 4.4. en 4.5, is volgens de algemene voorwaarden, artikel 20.1, gebaseerd op de Zvw, het Bzv en de Rzv.

- 7.4. In het kader van het onderhavige geschil is de volgende regelgeving relevant. 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. Waar het gaat om plastische-chirurgie, is een en ander naar aard en omvang omschreven in artikel 2.4 van het Bzv. Voor zover hier van belang bepaalt artikel 2.4 lid 1 onder b het volgende:

Behandeling van plastisch-chirurgische aard valt slechts onder de zorg in dien 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 verslachte bovenoogleden die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;*
- (...)*

Op grond van artikel 2.1 van de Rzv omvat de zorg, bedoeld in artikel 2.4 van het Bzv niet de behandeling van bovenoogleden die verlamd of verslapt zijn, anders dan als

gevolg van een aangeboren afwijking of van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening.

- 7.5. De commissie constateert dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.6. Waar het gaat om de aangevraagde correctie van de bovenoogleden is de commissie niet gebleken dat verzoekster in de situatie verkeert dat bij haar sprake is van een indicatie als bedoeld in artikel 4.4 van de zorgverzekering. Met name is door haar niet aannemelijk gemaakt dat sprake is van een aangeboren afwijking of van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening, als genoemd in artikel 4.4 onderdeel c. Nu verzoekster, in haar brief van 11 september 2006 bevestigt, dat haar huidige klachten hun oorzaak vinden in het herseninfarct in 1985, is de uitsluiting van artikel 4.5 onder a derhalve onverkort van toepassing.
- 7.7. Ten aanzien van de aangevraagde correctie van de onderoogleden geldt dat deze in de eerste plaats dient te worden getoetst aan artikel 4.4 onderdeel a van de zorgverzekering. Een indicatie is aanwezig in geval van afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen. Naar het oordeel van de commissie kan daarvan eerst worden gesproken bij een objectiveerbare functiestoornis van vrij ernstige aard. In de situatie van verzoekster is daar niet van gebleken. Voorts dient de beoordeling plaats te vinden tegen de achtergrond van artikel 4.4 onderdeel b. Met betrekking daartoe is het oordeel van de commissie dat van een verminking eerst kan worden gesproken in geval van een ernstige deformiteit, al of niet gepaard gaande met weefsedefecten, die direct in het oog springt en die in het normale dagelijkse verkeer niet is te camoufleren door bijvoorbeeld kleding. Zulks is in de situatie van verzoekster niet aan de orde.
- 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, 18 april 2007,

Voorzitter