

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vs C te D
Zaak : Geneeskundige zorg, plastische-chirurgie, correctie bovenoogleden
Zaaknummer : ANO.317
Zittingsdatum : 7 november 2007

Zaak: ANO07.317, geneeskundige zorg, plastische-chirurgie, correctie bovenoogleden

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2007, art. 10 en 11 Zvw, 2.1, 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

Verzoeker komt op tegen het besluit van de zorgverzekeraar van 21 februari 2007 inzake het niet vergoeden van een behandeling van plastisch-chirurgische aard, te weten de correctie van de bovenoogleden.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker is bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Basisverzekering, een verzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw) (hierna: de zorgverzekering), en een aanvullende verzekering.
- 3.2. Bij brief van 21 februari 2007 heeft de zorgverzekeraar verzoeker medegedeeld dat de door hem gewenste correctie van de bovenoogleden niet ten laste van de zorgverzekering wordt vergoed.
- 3.3. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 3 mei 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker meegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. Bij brief van 25 mei 2007 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de onderhavige ingreep te vergoeden.
- 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 13 augustus 2007 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 28 augustus 2007 aan verzoeker gezonden.

- 3.7. Bij brief van 14 september 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen verzocht om advies, een en ander conform artikel 114 lid 3 van de Zvw.
- 3.8. Bij brief van 14 september 2007 zijn partijen in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Van de mogelijkheid zich te doen horen is door verzoeker en de zorgverzekeraar gebruik gemaakt.
- 3.9. Het College voor zorgverzekeringen heeft op 16 oktober 2007 zijn advies gegeven. Een afschrift hiervan is op 17 oktober 2007 aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 7 november 2007 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het College voor zorgverzekeringen.
- 3.11. Bij brief van 9 november 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden. In vervolg hierop heeft de commissie op 14 november 2007 van het College voor zorgverzekeringen bericht ontvangen dat hetgeen in de hoorzitting naar voren is gebracht geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies.

4. Het standpunt van verzoeker

- 4.1. Verzoeker is een 55-jarige man. Door zijn behandelend medisch-specialist is een correctie van beide bovenoogleden aangevraagd in verband met een limbus-margof afstand kleiner dan 7 mm met subjectieve klachten van vermoeidheid door hangende bovenoogleden. Deze aanvraag is door de zorgverzekeraar afgewezen.
- 4.2. Verzoeker kan zich niet vinden in deze afwijzing. Hij heeft in de avonduren last van schaduwen in zijn gezichtsveld en van tranende ogen. De mogelijkheid om zijn omgeving scherp waar te nemen komt eveneens steeds meer in de knel. Voorts geeft hij aan dat zijn moeder jarenlang met dezelfde klachten heeft rondgelopen. Zijn oogarts heeft vastgesteld dat deze klachten alles te maken hebben met zijn verslachte oogleden.
- 4.3. Verzoeker stelt dat het uitgangspunt van de gezondheidszorg is dat stoornissen die kunnen leiden tot verdere en te verwachte grotere functiestoornissen, direct en adequaat behoren te worden aangepakt en, indien nodig, direct te worden behandeld. De geconstateerde verslachte of verlamde bovenoogleden hebben zijns inziens weldegelijk een aantoonbare lichamelijke functiestoornis tot gevolg. Verzoeker komt tot de conclusie dat de onderhavige behandeling dient te worden vergoed.

5. Het standpunt van de zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar geeft aan dat de correctie van verlamde of verslachte boenoogleden slechts ten laste van de zorgverzekering worden vergoed indien dat het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening. Bij verzoeker blijkt hiervan geen sprake te zijn, zodat de zorgverzekeraar tot de conclusie komt dat de door verzoeker verzochte ingreep niet voor vergoeding in aanmerking komt.

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 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 restitutiepolis, zodat de verzekerde gebruik kan maken van niet-gecontracteerde zorg. Medisch-specialistische zorg is geregeld in artikel 2 van de 'lijst van aanspraken' van de zorgverzekering. Artikel 2 c bepaalt wanneer aanspraak op plastische-chirurgie bestaat en onder welke voorwaarden. Onder de uitsluitingen zijn enkele behandelingen expliciet vermeld, waaronder de correctie van de bovenoogleden.

Eerder genoemd artikel luidt, voor zover hier van belang als volgt:

“Op behandeling van plastisch-chirurgische aard bestaat slechts aanspraak indien de behandeling strekt tot correctie van:

(...)

c. verlamde of verslapte bovenoogleden die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;

(...)

Uitsluitingen:

- behandeling voor correctie van verslapte of verlamde bovenoogleden, behoudens in geval de verslapping of verlamming het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;

(...)”

- 7.3. De regeling van artikel 2 van de 'lijst van aanspraken' is volgens artikel 4 van de algemene voorwaarden 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 zorg of overige diensten waaraan hij behoefte heeft.

De aanspraak op geneeskundige zorg is, conform artikel 11, lid 3, van de Zvw, naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 van het Bzv. Lid 1, onderdeel b, van laatstvermeld artikel bepaalt dat een plastisch-chirurgische ingreep slechts onder de geneeskundige zorg valt, indien die strekt tot de correctie van de in dat artikel in subonderdeel 1 tot en met 5 genoemde aandoeningen. In subonderdeel 3 is de correctie van verlamde of verslachte bovenoogleden die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening genoemd.

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, onderdeel 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.

- 7.5. In de toelichting bij de wijziging van Regeling medisch-specialistische zorg Ziekenfondswet, waarnaar in de toelichting op de Rzv wordt verwezen, wordt 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. Gesteld, noch gebleken is dat verzoekster verkeert in de situatie dat bij haar sprake is van het BPES-syndroom, dan wel van een daaraan gelijk te stellen aandoening.
- 7.6. Gesteld noch gebleken is dat het verslachte bovenooglid van verzoekster het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening. Gezien voorgaande bestaat op grond van artikel 2 sub c van de Lijst van aanspraken van de zorgverzekering geen aanspraak op de aangevraagde bovenooglidcorrectie ten laste van de zorgverzekering.
- 7.7. Met betrekking tot de stelling van verzoekster 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 verslachte 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, 17 november 2007,

Voorzitter