

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vs. C te D
Zaak : Geneeskundige zorg, plastische-chirurgie, Boven ooglidcorrectie linkeroog
Zaaknummer : ANO07.140
Zittingsdatum : 4 juli 2007

Zaak: ANO07.140, geneeskundige zorg, plastische chirurgie, bovenooglidcorrectie linkeroog.

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, art. 11 Zvw, 2.4 Bzv, 2.1 Rzv)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen verzoeker,

tegen

C te D, hierna te noemen de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen het besluit van de zorgverzekeraar van 10 augustus 2006 inzake het niet vergoeden van een bovenooglidcorrectie van het linkeroog, en de (telefonische) mededeling van 7 september 2006 inzake het niet vergoeden van een second opinion om de aangeboren oorzaak van het hangende bovenooglid te laten bevestigen.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker is bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de ZorgVerzorgd polis, een verzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw) (hierna: de zorgverzekering).
- 3.2. Bij brief van 10 augustus 2006 heeft de zorgverzekeraar verzoeker bericht dat de aanvraag voor de bovenooglidcorrectie van het linkeroog is afgewezen. Op 7 september 2006 is verzoeker telefonisch medegedeeld dat de gevraagde second opinion evenmin voor vergoeding in aanmerking komt.
- 3.3. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 25 september 2006 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt met betrekking tot de second opinion te handhaven. Bij brief van 10 oktober 2006 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker meegedeeld zijn standpunt met betrekking tot de bovenooglidcorrectie van het linkeroog te handhaven.
- 3.4. Bij brief van 22 februari 2007 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de onderhavige ingreep, te weten de correctie van het bovenooglid van het linker oog, alsook de second opinion ter vaststelling van de aangeboren aanleg hiervan, ten laste van de zorgverzekering 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 24 april 2007 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt.
- 3.7. Op 3 mei 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 en de zorgverzekeraar gebruik gemaakt.
- 3.8. Bij brief van 15 mei 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 5 juni 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.
- 3.10. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 4 juli 2007 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het College voor zorgverzekeringen. Verzoeker heeft van deze mogelijkheid geen gebruik gemaakt. De zorgverzekeraar heeft aanleiding gezien tot het geven van een reactie.
- 3.11. Bij brief van 5 juli 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden. In vervolg hierop heeft de commissie 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 47-jarige man. Door de behandelend oogarts is een bovenooglidcorrectie voor het linkeroog aangevraagd, met DBC-code 01.11.00.0254.0032. Uit de aanvraag blijkt dat verzoeker een ptosis heeft van het linker bovenooglid tot halverwege de pupil, met een verticale lidspleet van 6 mm. De verticale lidspleet van het rechteroog bedraagt 10 mm.
Uit de brief van de behandelend oogarts van 1 september 2006 valt op te maken dat in verband met de unilaterale ptosis van het linker bovenooglid, bij een neurologisch onderzoek in het verleden geconstateerd zou zijn dat sprake is van een myasthenia gravis als oorzaak. De oogarts meent echter dat zowel de anamnese als het klinische beeld niet erg suggestief zijn voor deze aandoening. De vrij kenmerkende lidtwitch ontbreekt en ook de anamnese is atypisch. Wel kan mogelijk gedacht worden aan een CPEO (chronisch progressieve externe ophthalmoplegia).
- 4.2. Verzoeker geeft zelf aan dat het zicht in het linkeroog door het sterk hangende bovenooglid dusdanig is verminderd dat hij er niet mee kan lezen, het hem ernstig beperkt in het waarnemen van diepte én hij hinder ondervindt in zijn werk en bij de verkeersdeelname, met name op het gebied van veiligheid, omdat hij objecten van links niet tijdig kan waarnemen. Verzoeker geeft hiermee aan dat de bovenooglidcorrectie geen cosmetische, maar een medische ingreep betreft. Dit zou kunnen worden onderbouwd met behulp van een second opinion.
- 4.3. Op 12 oktober 2006 is door de behandelend neuroloog van verzoeker een brief naar de zorgverzekeraar gezonden. In deze brief wordt gesteld dat verzoeker een oculaire

vorm van myasthenia gravis heeft, die medicamenteus niet te beïnvloeden is. Voorts geeft de neuroloog aan dat gesproken kan worden van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis in de zin van de voorwaarden van de zorgverzekering, omdat de functie van het linkeroog is verminderd ten gevolge van het hangende ooglid.

- 4.4. Tegen de achtergrond van bovenstaande is de verzoeker van oordeel dat de door hem gevraagde behandeling, alsmede de second opinion voor vergoeding in aanmerking komt.

5. Het standpunt van de zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar is op basis van de voorwaarden van de zorgverzekering van oordeel dat correctie van verlamde of verslachte bovenoogleden niet voor vergoeding in aanmerking komt, tenzij dit het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening.
- 5.2. Uit het dossier van verzoeker maakt de zorgverzekeraar op dat wordt gesproken van twee aandoeningen, te weten myasthenia gravis en CPEO. Uit de stukken van de twee neurologen blijkt sprake te zijn van myasthenia gravis. De oogarts noemt CPEO als mogelijke differentiaal diagnose. Deze aandoening is echter nooit bij verzoeker vastgesteld.
- 5.3. Myasthenia gravis is volgens de medisch adviseur van de zorgverzekeraar een verworven aandoening, zodat hiermee niet is voldaan aan de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 5.4. Met betrekking tot de aanvraag voor een second opinion is de zorgverzekeraar van oordeel dat van een dergelijke aanvraag geen sprake is geweest, althans dat hij niet begrepen heeft, of hoefde te begrijpen, dat het een aanvraag voor een second opinion betrof.
Daarenboven is de zorgverzekeraar van mening dat een second opinion niet doelmatig is, nu de wetgever een ooglidcorrectie, anders dan ten gevolge van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening, van vergoeding heeft uitgesloten.
- 5.5. De zorgverzekeraar blijft bij zijn standpunt dat de onderhavige behandeling niet ten laste van de zorgverzekering 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.

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. Behandelingen van plastisch-chirurgische aard zijn geregeld in artikel 8.4 lid 1 onder b van de polisvoorwaarden van de zorgverzekering. Hierin wordt, voor zover hier relevant, het volgende bepaald:

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

(...)

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

(...)"

Artikel 8.4 lid 2 sluit, in aansluiting op lid 1 onder b, door verwijzing naar het Rzv een aantal behandelingen uit.

- 7.3. De regeling van artikel 8.4 leden 1 en 2 is volgens de algemene voorwaarden, artikel 2 van de polisvoorwaarden, 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 geneeskundige zorg is een en ander, conform artikel 11 lid 3 Zvw, naar aard en omvang omschreven in artikel 2.4 Bzv. In artikel 2.4 lid 1 onder b Bzv is vervolgens bepaald dat een plastisch-chirurgische ingreep slechts onder de geneeskundige zorg valt indien deze strekt tot de correctie van de onder sub 1 tot en met 5 genoemde aandoeningen. In lid 2 wordt bepaald dat bij ministeriële regeling bepaalde vormen van zorg kunnen worden uitgezonderd.
- 7.5. Op grond hiervan is in artikel 2.1 Rzv een aantal ingrepen expliciet uitgezonderd. Onder a 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.
- In de toelichting op de Rzv valt te lezen dat het gaat om 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. Blijkens de toelichting op de des-

betreffende wijziging van die ministeriële regeling ging het daarbij toen om een reeks, vanwege de budgettaire problematiek van het systeem van de gezondheidszorg noodzakelijke pakketbeperkingen. Ten aanzien van de behandeling van verlamde of verslapte bovenoogleden gold voor de onderhavige beperking dat de behandeling daarvan in de meeste gevallen niet medisch noodzakelijk zijn.

De in artikel 2, lid 1 onder a van de Regeling medisch-specialistische zorg Ziekenfondswet genoemde uitsluitingsgrond voor ooglidcorrectie zijn identiek aan die van artikel 2.1 onder a Rzv.

- 7.6 De commissie constateert dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.7 Op grond van de hiervoor weergegeven regelgeving is in de daarop gebaseerde polisvoorwaarden is uitdrukkelijk bepaald dat geen vergoeding kan worden gegeven voor een correctie van de bovenoogleden, zelfs niet in het geval dat sprake is van een medisch noodzakelijke ingreep. Op de expliciete uitsluiting is slechts uitzondering gemaakt indien sprake is van een aangeboren afwijking of van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening. Niet gebleken is dat in de situatie van verzoeker van een zodanige uitzonderingssituatie sprake is. Bij de gestelde indicatie myasthenia gravis betreft het namelijk een verworven aandoening. De diagnose CPEO is niet gesteld. De conclusie uit het bovenstaande kan dan ook geen andere zijn dan dat de aangevraagde correctie van de bovenoogleden niet tot de geneeskundige zorg behoort die op grond van de zorgverzekering voor vergoeding in aanmerking komt.
- 7.9 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 juli 2007,

Voorzitter