

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vs. C te D
Zaak : Geneeskundige zorg, plastische-chirurgie, correctie bovenoogleden
Zaaknummer : ANO06.81
Zittingsdatum : 22 november 2006

Zaak: ANO06.81, 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)

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

1. Partijen

A te B, hierna te noemen verzoekster, in deze vertegenwoordigd door C

tegen

D te E, hierna te noemen de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen het besluit van de zorgverzekeraar van 26 juni 2006 inzake de afwijzing van de aanvraag voor een correctie van de bovenoogleden.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster is bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de ZorgVerzorgd zorgverzekering, een verzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw) (hierna: de zorgverzekering). Het betreft hier een naturapolis. Tevens heeft verzoekster bij de zorgverzekeraar een aanvullende verzekering afgesloten.
- 3.2. Bij brief van 26 juni 2006 heeft de zorgverzekeraar verzoekster bericht dat de aangevraagde correctie van de bovenoogleden niet voor verstrekking in aanmerking komt.
- 3.3. Verzoekster heeft om heroverweging gevraagd. Bij brief van 31 juli 2006 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster meegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. Bij brief van 15 augustus 2006 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is toestemming te geven voor de correctie van de bovenoogleden.
- 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 29 september 2006 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt.
- 3.7. Op 2 oktober 2006 is verzoekster een afschrift van de reactie van de zorgverzekeraar gezonden. Tevens zijn partijen in de gelegenheid gesteld zich te doen horen.
- 3.8. Partijen zijn op 22 november 2006 telefonisch gehoord.
- 3.9. Bij brief van 23 november 2006 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen verzocht om advies, een en ander conform artikel 114 van de Zvw.

- 3.10. Het College voor zorgverzekeringen heeft op 18 december 2006, op de voet van artikel 114 lid 3 van de Zvw, haar advies gegeven. Een afschrift hiervan is aan partijen gezonden.

4. Het standpunt van verzoekster

- 4.1. Verzoekster geeft aan dat zij met staar (cataract) geboren is. In verband daarmee heeft zij in de periode 1964-1970 veertien operaties ondergaan. Daarbij zijn haar lenzen verwijderd en is haar iris beschadigd. Na de operaties heeft zij voor het voortbewegen een bril nodig met een sterkte van +14 en voor het lezen een bril met een sterkte van +17.
- 4.2. Verder geeft verzoekster aan dat ze thans last heeft van haar afzakkende bovenoogleden, waardoor haar toch al slechte zicht verder wordt belemmerd. Omdat de hinder voor haar groot was, heeft zij haar bovenoogleden inmiddels op eigen kosten laten corrigeren.
- 4.3. Verzoekster stelt dat de aanwezige congenitale cataract en de daaruit voortvloeiende gezichtsveldbeperking, geen verdere beperking van het gezichtsveld toelaten. Verzoekster is dan ook van mening dat de zorgverzekeraar de uitgevoerde correctie van de bovenoogleden dient te vergoeden.

5. Het standpunt van de zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar wijst erop dat slechts aanspraak bestaat op een ooglidcorrectie, indien sprake is van verlamde of verslachte bovenoogleden die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening. De zorgverzekeraar baseert zich daarbij op artikel 8.4 lid 1 onderdeel b en artikel 8.4 lid 2 van de verzekeringsvoorwaarden en artikel 2.1 van de Regeling zorgverzekering.
- 5.2. Volgens de zorgverzekeraar is niet gebleken dat vorenbedoelde situatie zich bij verzoekster voordoet. Mitsdien is de zorgverzekeraar van mening dat verzoekster geen aanspraak kan maken op (vergoeding van) de aangevraagde behandeling; ook niet als er sprake zou zijn van aantoonbare lichamelijke functiestoornissen.
- 5.3. De zorgverzekeraar vraagt dan ook het verzoek af te wijzen.

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. Tussen partijen is met ingang van 1 januari 2006 een verzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het BW tot stand gekomen. Slechts voor zover de verzekering voldoet aan de wettelijke eisen – dat wil zeggen niet meer en niet minder biedt dan daaromtrent in de wet- en regelgeving is bepaald – is sprake van een ‘zorgverzekering’ in de zin van artikel 1 onder d van de Zvw. De aard en omvang van de in de zorgverzekering op te nemen verzekerde prestaties zijn omschreven in 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). Waar het ver-

volgens gaat om de onderhavige kosten, geldt het volgende.

- 7.2. Op grond van artikel 8.1 van de polisvoorwaarden heeft de verzekerde aanspraak op zorg of andere diensten, zoals omschreven in de artikelen 8.4 tot en met 8.17 van de polisvoorwaarden. Behandelingen van plastisch-chirurgische aard zijn geregeld in artikel 8.4 lid 1 onder b van de polisvoorwaarden. Verder bepaalt artikel 8.4 lid 2 van de polisvoorwaarden het volgende:

“Indien in de Regeling zorgverzekering vormen van zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden, worden uitgezonderd, dient hetgeen in die Regeling zorgverzekering is bepaald te worden aangemerkt als onderdeel van deze overeenkomst. De Regeling zorgverzekering is te raadplegen op de website van de zorgverzekeraar en wordt op verzoek toegezonden.”

- 7.3. Ten aanzien van het aan haar voorgelegde geschil overweegt de commissie als volgt.

Op grond van artikel 11 lid 1 onderdeel a van de Zvw bestaat aanspraak op zorg en overige diensten. Waar het gaat om geneeskundige zorg is een en ander, conform artikel 11 lid 3 van de Zvw, naar aard en omvang omschreven in artikel 2.4 van het Bzv. 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 vervolgens 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 hierover verder te lezen dat het in genoemd artikel 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. Vervolgens blijkt uit de toelichting bij laatstgenoemde regeling dat de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport bewust gekozen heeft bij de uitsluitingen geen onderscheid te maken tussen medisch noodzakelijk versus niet-medisch noodzakelijk. Dat betekent dat behalve behandelingen met primair een cosmetisch doel – die toentertijd 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.

De in artikel 2 lid 2 onder a van de Regeling medisch-specialistische zorg Ziekenfondswet genoemde uitsluitingsgrond voor de behandeling van bovenoogleden komt overeen met die van artikel 2.1 onder a Rzv.

- 7.4. De commissie stelt vast dat artikel 8.4 leden 1 en 2 van de polisvoorwaarden in deze strookt met de van toepassing zijnde wet- en regelgeving.

- 7.5. Het is de commissie gebleken dat de behandelend medisch-specialist in de aanvraag de DBC-prestatiecode 01110002550031 vermeldt. Deze code ziet blijkens de DBC-tariefapplicatie van de Nederlandse Zorgautoriteit op de diagnose “dermatochalazis”. Waar het gaat om een verslapping van (de huid van) het bovenooglid, kan op grond van artikel 8.4 lid 2 van de verzekeringsvoorwaarden alleen aanspraak worden gemaakt op correctie daarvan, indien de verslapping het gevolg is van een aangeboren afwijking of van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening. Hoewel verzoekster bekend is met staar – hetgeen een aandoening aan de ogen is – is door haar niet aannemelijk gemaakt dat in haar situatie (ook) sprake is van een aangeboren aandoening aan haar bovenoogleden.

Overigens brengt de uitsluiting van artikel 8.4 lid 2 van de verzekeringsvoorwaarden met zich dat deze ook geldt als er sprake is van één van de indicaties als genoemd in artikel 8.4 lid 1 onder b van de verzekeringsvoorwaarden, zoals bijvoorbeeld aan-

toonbare lichamelijke functiestoornissen (gezichtsveldbeperking).

- 7.6. Gezien het voorgaande en gelet op artikel 8.4 leden 1 en 2 van de polisvoorwaarden en artikel 2.1 van de Rzv, is de commissie van oordeel dat de correctie van de bovenoogleden van verzoekster in dit geval niet valt onder de geneeskundige zorg die op grond van de polis voor verstrekking in aanmerking komt.
- 7.7. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
- 8. Het bindend advies
- 8.1 De commissie wijst het verzoek af

Zeist, 3 januari 2007,

Voorzitter