

ANONIEM

Bindend advies

Partijen : A te B vs. C te D
Zaak : Geneeskundige zorg, plastische-chirurgie, correctie bovenoogleden.
Zaaknummer : ANO7.160
Zittingsdatum : 8 augustus 2007

Zaak: ANO07.160, geneeskundige zorg, plastische-chirurgie, correctie bovenoogleden.

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2006, art. 10, 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 28 december 2006 inzake de afwijzing van de aanvraag voor de correctie van haar bovenoogleden.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster is bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Basisverzekering, een verzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw) (hierna: de zorgverzekering).
- 3.2. Bij brief van 28 december 2006 heeft de zorgverzekeraar verzoekster bericht dat de door haar gevraagde correctie van de bovenoogleden niet ten laste van de zorgverzekering wordt vergoed.
- 3.3. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 23 maart 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster meegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. Bij brief van 1 mei 2007 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de onderhavige behandeling 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 21 juni 2006 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt.
- 3.7. Bij brief van 26 juni 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen verzocht om advies, een en ander conform artikel 114 van de Zvw.
- 3.8. Op 29 juni 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 verzoekster en de zorgverzekeraar gebruik gemaakt.

- 3.9. Het College voor zorgverzekeringen heeft op 6 juli 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. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 8 augustus 2007 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het College voor zorgverzekeringen. Verzoekster heeft van deze mogelijkheid gebruik gemaakt en haar standpunt nog eens herhaald. De zorgverzekeraar heeft geen aanleiding gezien tot het geven van een reactie.
- 3.11. Bij brief van 9 augustus 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 verzoekster

- 4.1. Verzoekster is een 51-jarige vrouw. Haar plastisch-chirurg heeft bij brief van 14 juli 2006 aangegeven dat bij verzoekster sprake is van een evidente bleparochalasis van de bovenoogleden, tot over de wimpers. De wenkbrauw staat op de supra-orbitaalrand. Zij heeft last van een moe en zwaar gevoel van de bovenoogleden. Er bestaat een gezichtsveldbeperking aan de laterale zijde, hetgeen familiair aanwezig is bij verzoekster.
De plastisch-chirurg vraagt ter behandeling van bovenstaande een machtiging aan voor een correctie van de bovenoogleden met DBC-code 04.11.00.0131.0022.
- 4.2. Zelf geeft verzoekster aan dat zij 's avonds last heeft van een kleine zwarte balk en brandende en prikkende ogen. Zij stelt dat in haar geval sprake is van een familiale kwestie. Al drie familieleden zijn haar voorgedaan en allen hebben zij de operatie van hun zorgverzekeraar vergoed gekregen.
- 4.3. Voorts is verzoekster van mening dat de medisch adviseur van de zorgverzekeraar onvoldoende nauwkeurig heeft onderzocht of zij in aanmerking komt voor een correctie van beide bovenoogleden. Zij concludeert dat de zorgverzekeraar de onderhavige behandeling dient te vergoeden.

5. Het standpunt van de zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar is van oordeel dat in de situatie van verzoekster niet gesproken kan worden van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening of van een aangeboren afwijking. Verzoekster voldoet daarom niet aan de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 5.2. De situatie van verzoekster voldoet naar het oordeel van de medisch adviseur van de zorgverzekeraar, die verzoekster op 12 maart 2007 heeft gezien, evenmin aan de criteria die door hem worden gehanteerd om de directie een tegemoetkoming in de kos-

ten te adviseren.

- 5.3. Tegen deze achtergrond blijft de zorgverzekeraar bij zijn standpunt dat de onderhavige behandeling 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 te adviseren inzake een mogelijke coulancevergoeding.

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 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 gecombineerde polis. Op grond van artikel 6 lid 2 van de zorgverzekering heeft een verzekerde aanspraak op verlening van zorg door een gecontracteerde zorgverlener, zodat de verzekerde daar in beginsel gebruik dient te maken. Vergoeding voor geneeskundige zorg staat vermeld in de artikelen 11 e.v. van de voorwaarden van de zorgverzekering.

Artikel 12 lid 1 juncto lid 2 onder c bepaalt wanneer aanspraak op behandelingen van plastisch-chirurgische aard bestaat en onder welke voorwaarden. Artikel 12 lid 2 onder d sluit in aansluiting op artikel 12 lid 2 onder c expliciet een aantal plastisch-chirurgische behandelingen uit, waaronder de behandeling van verlamde of verslapte bovenoogleden anders dan als gevolg van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening.

In artikel 12 lid 2 onder c van de zorgverzekering is, voor zover hier van belang, het volgende bepaald:

“Op behandeling van plastisch-chirurgische aard bestaat, indien vooraf en minstens binnen drie weken schriftelijke toestemming bij de zorgverzekeraar is aangevraagd, slechts aanspraak indien die strekt ter correctie van:

(...)

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

(...).”

Voorts is in artikel 12 lid 2 onder d van de zorgverzekering opgenomen dat geen aanspraak bestaat op:

*“- behandeling van verlamde of verslapt bovenoogleden anders dan als gevolg van een aangeboren afwijking of van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening.
- (...)”*

- 7.3. De regeling van de artikelen 6, 11 en 12 is volgens artikel 2 lid 2 van de zorgverzekering, 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, conform artikel 11 lid 3 van de Zvw, naar aard en omvang omschreven in artikel 2.4 van het Bzv. In lid 1 onder b is vervolgens geregeld 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 van de 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 artikel 2.1 van de Rzv valt te lezen dat het gaat om de uitsluiting zoals die met ingang van 1 januari 2005 geregeld was in artikel 2 lid 2 en artikel 5 van de Regeling medisch-specialistische zorg Ziekenfondswet. Uit de toelichting bij laatstgenoemde regeling blijkt dat destijds uitdrukkelijk tot uitsluiting van deze behandelingen is besloten omdat anders op grond van het eerste lid van voornoemd artikel een aantal van de genoemde behandelingen alsnog voor vergoeding in aanmerking kunnen komen.
De in artikel 2, lid 1 onder a van de Regeling medisch-specialistische zorg Ziekenfondswet genoemde uitsluitingsgrond voor een ooglidcorrectie is identiek aan die van artikel 2.1 onder a van de 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 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. Een familiair bepaalde neiging tot het ontwikkelen van een blepharochalasis kan niet gelijk worden gesteld met een aangeboren afwijking of met een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening, nu deze aandoening eerst op latere leeftijd manifest wordt. De conclusie kan dan ook geen andere zijn dat de aangevraagde correctie van de bovenoogleden niet tot de geneeskundige zorg behoort die op grond van de zorgverzekering voor vergoeding in aanmerking komt.

Nader medisch onderzoek is dan ook overbodig.

- 7.8. Voor zover het verzoek ziet op een (gedeeltelijke) vergoeding op basis van coulance, neemt de commissie het gestelde voor kennisgeving aan, nu zij niet bevoegd is daar over te oordelen.
- 7.9. Ook de stelling van verzoekster dat drie familieleden dezelfde ingreep wel vergoed hebben gekregen, kan tot geen andere conclusie leiden nu hieruit niet blijkt door welke zorgverzekeraar, op welke basis en op grond van welke indicatie die vergoeding heeft plaatsgevonden.
- 7.10. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
- 8. Het bindend advies
- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 22 augustus 2007

Voorzitter