

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B vs. C te D
Zaak	: geneeskundige zorg, plastische chirurgie, correctie bovenoogleden
Zaaknummer	: ANO06.45
Zittingsdatum	: 18 oktober 2006

Zaak: ANO06.45, 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,

tegen

C te D, 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 vergoeding van geneeskundige zorg, te weten 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 Naturapolis, een verzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), (hierna: de zorgverzekering), in combinatie met een aanvullende verzekering.
- 3.2. Bij brief van 26 juni 2006 heeft de zorgverzekeraar verzoekster bericht dat de aanvraag voor de operatieve behandeling van de bovenoogleden is afgewezen.
- 3.3. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 26 juli 2006 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster meegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. Bij brief van 27 augustus 2006 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd te bepalen dat de zorgverzekeraar de bovengenoemde ingreep dient te vergoeden.
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, heeft 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 19 september 2006 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt.
- 3.7. Op 21 september 2006 is verzoekster een afschrift van de reactie van de zorgverzekeraar gezonden. Tevens zijn verzoekster en de zorgverzekeraar in de gelegenheid gesteld zich te doen horen.
- 3.8. Verzoekster heeft aangegeven dat zij telefonisch gehoord wenst te worden. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 18 oktober 2006 telefonisch gehoord.

3.9. Bij brief van 23 oktober 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 9 november 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, een 59-jarige vrouw, kampt sinds enige tijd met gezakte bovenoogleden. Hierdoor krijgt zij in de loop van de dag last van hoofdpijn. Vanwege deze klachten heeft haar huisarts haar doorverwezen naar een plastisch-chirurg.

4.2. Verzoekster licht toe dat deze situatie recent is ontstaan, nadat zij in juni 2005 een forse gordelroos in haar gezicht heeft gehad. Zij erkent dat er in haar geval niet kan worden gesproken van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige, chronische aandoening. Dit is echter niet anders voor bijvoorbeeld een versleten heup. De kosten van de behandeling daarvan worden wel vergoed. Verzoekster vraagt zich dan ook af wat nog het nut is van het sluiten van een ziektekostenverzekering.

4.3. Zij tekent voorts aan dat de kosten van een ooglidcorrectie vorig jaar nog wel werden vergoed, indien er althans sprake was van een medische indicatie. Verzoekster verwijst naar de door de behandelend medisch-specialist ingediende aanvraag, waaruit de medische noodzaak (gezichtsveldbeperking) blijkt.

5. Het standpunt van de zorgverzekeraar

5.1. De zorgverzekeraar stelt zich, onder verwijzing naar artikel 25 van de zorgverzekering, op het standpunt dat een ooglidcorrectie alleen dan voor vergoeding in aanmerking komt wanneer de verlamde of verslapte bovenoogleden het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte reeds aanwezige aandoening. Er kan hierbij worden gedacht aan afwijkingen die bij de geboorte al aanwezig en zichtbaar zijn, dan wel aan aandoeningen die niet direct bij de geboorte zichtbaar zijn, doch gezien de aard van de aandoening in de eerste levensjaren tot een gezichtsveldbeperking zullen leiden, zoals bijvoorbeeld het BPES-syndroom. Uit de ingediende aanvraag blijkt niet van een aangeboren afwijking, dan wel een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening, zoals ook door verzoekster wordt erkend. De zorgverzekeraar verklaart overigens niet te twijfelen aan het medisch oordeel van de behandelend arts.

5.2. Ten aanzien van het nut van een verzekering tegen ziektekosten, geeft de zorgverzekeraar aan dat een groot deel van de zorg die door zorgverleners wordt verleend onder de dekking van de zorgverzekering valt. Soms zijn aan de verstrekking evenwel voorwaarden verbonden, zoals in dit geval. Het beeld dat verzoekster, als gevolg van de afwijzing, heeft stemt niet overeen met de werkelijkheid. De kosten van de onderhavige ingreep kwamen ook vorig jaar niet zonder meer voor vergoeding in aanmerking. Sinds 1 januari 2005 golden voor ziekenfondsverzekerden dezelfde indicatie-eisen als thans.

5.3. De zorgverzekeraar brengt nog onder de aandacht dat door hem afspraken zijn gemaakt met enkele zelfstandige behandelcentra, alwaar verzoekster de ingreep voor eigen rekening, tegen een gereduceerd tarief, kan laten uitvoeren.

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 is 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.

7.2. Het betreft hier een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorg. Vergoeding voor plastisch-chirurgische behandelingen staat vermeld in artikel 25 van de zorgverzekering. Genoemd artikel bepaalt – voor zover in dit verband relevant – het volgende:

“Omschrijving: de verzekerde heeft aanspraak op geneeskundige zorg omvattende behandeling van plastisch-chirurgische aard, uitsluitend als deze strekt tot correctie van:

- 1. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare functiestoornissen;*
- 2. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, een ongeval of een geneeskundige verrichting;*
- 3. verlamde of verslapte bovenoogleden die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;*

(...)

Geen aanspraak bestaat onder meer op:

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

(...)”

7.3. De zorgverzekering is, volgens artikel 1 onder 56, een tussen de zorgverzekeraar en de verzekeringnemer ten behoeve van een verzekeringsplichtige gesloten schadeverzekering, die voldoet aan hetgeen daarover bij of volgens de Zvw is geregeld, en waarvan de verzekerde prestaties het bij of volgens de wet geregelde niet te boven gaan. In geval van strijdigheid prevaleren de wettelijke bepalingen, aldus is geregeld in artikel 2.6 van de zorgverzekering.

7.4. Ten aanzien van het aan haar voorgelegde geschil overweegt de commissie als volgt. 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 de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Waar het gaat om geneeskundige zorg is een en ander, conform lid 3 van artikel 11 Zvw, naar aard en omvang om-

schreven in artikel 2.4 Bzv. In het eerste lid onder b is vervolgens bepaald dat een plastisch-chirurgische ingreep slechts onder de geneeskundige zorg valt indien die strekt tot de correctie van de onder sub 1 tot en met 5 genoemde aandoeningen. In het tweede lid 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.
- 7.6. 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. Uit de toelichting bij laatstgenoemde regeling blijkt dat 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 uitsluiting voor de correctie van bovenoogleden is identiek aan die van artikel 2.1 onder b Rzv.
- 7.7. De commissie constateert dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.8. De commissie stelt vervolgens vast dat, ervan uitgaande dat een indicatie als bedoeld in artikel 25 van de zorgverzekering aanwezig is, vervolgens getoetst moet worden aan de in dat artikel onder a opgenomen uitsluiting. Met betrekking daartoe geldt dat verzoekster niet aannemelijk heeft gemaakt dat er in haar geval sprake is van één van de genoemde uitzonderingen daarop, te weten een aangeboren afwijking of van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening. De correctie van de bovenoogleden valt derhalve niet onder de geneeskundige zorg die op grond van de polis voor verstrekking in aanmerking komt.
- 7.8. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek wordt afgewezen.
- 8. Het bindend advies
- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 15 november 2006

Voorzitter