

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vs C te D
Zaak : Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, bovenooglidcorrectie rechter oog
Zaaknummer : ANO07.010
Zittingsdatum : 7 februari 2007

Zaak: ANO07.010, geneeskundige zorg, plastische-chirurgie, bovenooglidcorrectie

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 27 juli 2006 inzake het niet vergoeden van een bovenooglidcorrectie.

3. Ontstaan en verloop van het geding

3.1. Verzoeker is bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorgzaam Polis, een verzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw) (hierna: de zorgverzekering).

3.2. Bij brief van 27 juli 2006 heeft de zorgverzekeraar verzoeker bericht dat de gevraagde bovenooglidcorrectie niet voor vergoeding in aanmerking komt.

3.3. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 28 augustus 2006 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker meegedeeld zijn standpunt te handhaven.

3.4. Bij brief van 18 oktober 2006 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de bovenooglidcorrectie 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 14 november 2006 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt.

3.7. Op 17 november 2006 is verzoeker een afschrift van de reactie van de zorgverzekeraar gezonden. Tevens zijn partijen in de gelegenheid gesteld zich te doen horen.

3.8. Bij brief van 11 december 2006 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen verzocht om advies, een en ander conform artikel 114 van de Zvw.

- 3.9. Van de mogelijkheid zich te doen horen is door partijen gebruik gemaakt. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 7 februari 2007 telefonisch gehoord.
- 3.10. Het College voor zorgverzekeringen heeft op 9 maart 2007, op de voet van artikel 114 lid 3 van de Zvw, zijn advies gegeven. Een afschrift hiervan is met het bindend advies aan partijen gezonden.
- 3.11. Bij brief van 13 maart 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 geen bericht ontvangen dat hetgeen in de hoorzitting naar voren is gebracht aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies.

4. Het standpunt van verzoeker

- 4.1. Verzoeker is een 56-jarige man die, blijkens de aanvraag door zijn plastisch-chirurg, een visusbeperking heeft door ptosis aan het rechteroog. Deze behandelend medisch-specialist vraagt daarom een levatorplastiek aan voor het rechteroog met DBC-code 04.11.000.133.00.22.
- 4.2. Naar eigen zeggen heeft verzoeker volgens zijn neuroloog het syndroom van Horner. Hij geeft aan dat zijn rechter bovenooglid voor de helft over zijn pupil zakt waardoor operatief ingrijpen medisch noodzakelijk is. Zorgvuldige samenwerking tussen zijn neuroloog en zijn oogarts heeft volgens hem geresulteerd in “een aanvraag operatief ingrijpen door de oogarts”.
- 4.3. Verzoeker brengt voorts in dat hij gemeenteraadslid is en wekelijks vele stukken moet lezen. Hij ondervindt enorme hinder van het hangende ooglid, hetgeen zijn werk niet ten goede komt.
Hij maakt tevens bezwaar tegen het feit dat de medisch adviseur van de zorgverzekeraar geen contact heeft opgenomen met hem of zijn behandelend medisch-specialisten.
Ook geeft verzoeker aan dat de beperking, voortvloeiend uit het overhangen van het rechterbovenooglid over de pupil, een verworven aandoening is waar hij op de ochtend van 21 februari 2006 ineens mee werd geconfronteerd.

5. Het standpunt van de zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar stelt, onder verwijzing naar de voorwaarden van de zorgverzekering, dat de correctie van het bovenooglid expliciet van vergoeding is uitgesloten, tenzij sprake is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening. Het feit dat verzoeker wellicht een andere medische indicatie heeft voor de correctie van het rechterbovenooglid maakt dit niet anders.
- 5.2. Naar het oordeel van de medisch adviseur van de zorgverzekeraar is het syndroom van Horner niet te beschouwen als een aangeboren afwijking en evenmin als een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening.

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 restitutiepols met gecontracteerde zorg, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg. Vergoeding voor geneeskundige zorg staat vermeld in artikel 4 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Artikel 4.2.4. bepaalt wanneer aanspraak op behandelingen van plastisch-chirurgische aard bestaat en onder welke voorwaarden. Artikel 4.2.5. sluit in aansluiting op artikel 4.2.4. expliciet een aantal behandelingen van plastisch-chirurgische aard uit en bepaalt, voor zover relevant:

“Geen aanspraak bestaat op het vergoeden van kosten voor:

- behandeling van verlamde of verslachte 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 4.2.4. en 4.2.5. is volgens de algemene voorwaarden, artikel 2.2. 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 b 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 vergoeding van de kosten van 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 van de Zvw, naar aard en omvang omschreven in artikel 2.4 van het Bzv. In artikel 2.4 lid 1 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 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 Rege-

ling 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 uitsluitingsgrond voor de correctie van bovenoogleden is identiek aan die van artikel 2.1 onder b Rzv.

- 7.5. De commissie constateert dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.6. De commissie stelt vast dat in het geval van verzoeker geen sprake is van een aangeboren afwijking of van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening. De aangevraagde correctie van de bovenoogleden valt derhalve niet onder de geneeskundige zorg die op grond van de polis voor verstrekking in aanmerking komt. De stelling dat volgens de behandelend neuroloog sprake is van het syndroom van Horner – dat wil zeggen dat het overhangen van het ooglid mogelijk het gevolg is van een verlamming van de halssympathicus – maakt dit niet anders, nu deze indicatie niet wordt genoemd als een van de uitzonderingen op de expliciete uitsluitingen van artikel 4.2.5 van de zorgverzekering.
- 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, 27 maart 2007,

Voorzitter