

Vergaderjaar 2012–2013

29 689

Herziening Zorgstelsel

Nr. 446

VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 24 mei 2013

In de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport bestond er bij enkele fracties behoefte een aantal vragen en opmerkingen voor te leggen aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 6 maart 2013 inzake Vergoeding voor operatie oogleden (2013D09105).

De op 28 maart 2013 toegezonden vragen en opmerkingen zijn met de door de minister bij brief van 22 mei 2013 toegezonden antwoorden hieronder afgedrukt.

De voorzitter van de commissie,
Neppérus

Adjunct-griffier van de commissie,
Sjerp

I.	Vragen en opmerkingen vanuit de fracties	2
II.	Reactie van de minister	4

I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties

Vragen en opmerkingen van de PvdA-fractie

De leden van de PvdA-fractie hebben kennisgenomen van de brief van de minister over de vergoeding van een operatie van oogleden. Deze leden hebben een aantal vragen en opmerkingen aan de minister.

Op dit moment worden ooglidcorrecties niet vergoed, met uitzondering van twee specifieke gevallen. Indien er sprake is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening komen patiënten voor vergoeding in aanmerking. Op dit moment bepalen verzekeraars of de aandoening van een patiënt tot één van deze categorieën behoort en daarmee voor vergoeding in aanmerking komt of niet. Genoemde leden hechten groot belang aan maatwerk, maar vragen of dat op deze manier wel goed geregeld is. In de casus die aan de minister is voorgelegd, stelt een oogarts dat sprake is van een aangeboren afwijking. De verzekeraar in kwestie heeft vergoeding van de volgens de arts noodzakelijke ingreep afgewezen. Is er controle op dit soort beslissingen van verzekeraar? Zo ja, wie ziet daar op toe en zo nee, waarom niet?

De leden van de PvdA-fractie vinden het van groot belang dat patiënten een daadwerkelijke tegenmacht vormen voor grote zorgverzekeraars. Zij vragen de minister hoe zij de zwakke positie van de patiënt ten opzichte van de machtige zorgverzekeraar ziet? Kan de minister dit toelichten? Patiënten kunnen bezwaar maken tegen beslissingen van zorgverzekeraars bij de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ). Hoeveel klachten worden er jaarlijks bij de SKGZ ingediend die betrekking hebben op de vergoeding van een ingreep die volgens de behandelend arts vergoed zou moeten worden, maar volgens de verzekeraar niet? Hoeveel klachten in deze categorie worden gegrond verklaard? Wie maakt de afweging tussen het standpunt van de arts en het standpunt van de verzekeraar? Op welke gronden neemt de SKGZ een beslissing? Kunnen patiënten ondersteuning krijgen bij het indienen van een klacht bij de SKGZ? Zo ja door wie en op welke wijze? Zo nee, op welke concrete mogelijkheden ziet de minister om de positie van de patiënt te versterken? Is de minister van mening dat verzekeraars in staat zijn te concluderen of een aandoening al dan niet aangeboren is? Is de Zorgverzekeringswet en daarop gebaseerde regelgeving op dit punt accuraat genoeg? Zo ja, waar blijkt dat uit? Zo nee, op welke wijze kan dit worden aangepast? Zijn er duidelijke criteria om aandoeningen te indiceren als aangeboren of chronisch aanwezig vanaf de geboorte?

Sinds 2005 wordt de ooglidcorrectie niet langer vanuit het basispakket vergoed. Naar aanleiding van opmerkingen van de leden van de PvdA-fractie heeft toenmalig minister Klink in 2008 de toezegging gedaan dat het College voor zorgverzekeringen (CVZ) alsnog een standpunt zou opstellen over de vergoeding van ooglidcorrecties. Is dit standpunt opgesteld en zo ja, hoe luidde dit?

Genoemde leden vinden het onwenselijk dat verzekeraars steeds meer medische beslissingen nemen, waarbij vertrouwelijke informatie over patiënten aan verzekeraars geleverd moet worden. Hoe beoordeelt de minister bijvoorbeeld de uitzonderlijke gevallen dat een arts oordeelt dat schaamlipcorrectie medisch noodzakelijk is, maar de zorgverzekeraar vraagt om een onderbouwing geïllustreerd met foto's van de schaamstreek? Vindt de minister dat patiënten deze informatie aan zorgverzekeraars moeten aanleveren? Kan de minister dat toelichten?

De leden van de PvdA-fractie verwachten dat verzekeraars zich minder rigoreus zullen opstellen als er een cultuurverandering komt. Artsen moeten hun verantwoordelijkheid nemen, er moeten duidelijke richtlijnen zijn over wat medisch noodzakelijk en niet-medisch noodzakelijk is en er moet intercollegiaal overleg over casussen zijn. Deelt de minister deze mening en zo ja, op welke wijze kan zij deze cultuurverandering stimuleren? Zo nee, waarom niet?

Deze leden hebben ook nog een aantal vragen over ooglidcorrecties in algemene zin. Hoeveel ooglidcorrecties worden er jaarlijks in Nederland uitgevoerd? Bij hoeveel ooglidcorrecties wordt op grond van de uitzonderingscriteria de verzekeraar om een vergoeding gevraagd? In hoeveel gevallen wordt die vergoeding gegeven? Zijn er grote verschillen tussen verzekeraars op dit punt?

Veel ooglidcorrecties en andere cosmetische ingrepen vinden plaats in private klinieken. Genoemde leden vinden het belangrijk dat de patiëntveiligheid ook in private klinieken op orde is, en dat daar aan dezelfde eisen wordt voldaan als in publieke voorzieningen. De minister heeft de toezegging gedaan dat de Kamer in het voorjaar zal worden geïnformeerd over te treffen maatregelen en te hanteren richtlijnen inzake cosmetische operaties. De minister zal de Kamer informeren over haar voorstellen om de risico's in de cosmetische sector te verkleinen. Wat is de stand van zaken en wanneer kan de Kamer de informatie en de voorstellen tegemoet zien?

Vragen en opmerkingen van de PVV-fractie

De leden van de PVV-fractie hebben kennisgenomen van de reactie van de minister op een ingekomen brief over de vergoeding van een operatie van oogleden. Naar aanleiding hiervan hebben deze leden nog een aantal opmerkingen en een aanvullende vraag.

De Zorgverzekeringswet staat vergoeding van een operatie aan de oogleden slechts in twee uitzonderingsgevallen toe. Namelijk bij een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening. Er schijnt in deze betreffende casus onduidelijkheid te bestaan over wat wel of niet aangeboren is. De leden van de PVV-fractie zijn van mening dat hier duidelijkheid over moet komen en dat zorgvuldige toetsing op zijn plaats is. Aan de ene kant zien deze leden dat zorgverzekeraars in de «oorsmeergate» blindelings belachelijk hoge bedragen vergoeden en aan de andere kant weigeren ze vergoeding omdat er onduidelijkheid bestaat over het criterium aangeboren. Logisch dus dat verzekerden gaan twijfelen aan de deskundigheid van de zorgverzekeraar. Genoemde leden vinden dat de minister zich er wel heel gemakkelijk van af maakt door naar de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekering te verwijzen (SKGZ). Deze bureaucratische weg kan beter vermeden worden. Is de minister van plan om de toetsing aan te scherpen of de richtlijnen te verduidelijken zodat alle partijen voortaan beter op de hoogte zijn? Hierop krijgen de leden van de PVV-fractie graag een toelichting.

Vragen en opmerkingen van de SP-fractie

De leden van de SP-fractie hebben afwijzend kennisgenomen van de brief van de minister.

Zij staan afwijzend tegenover de keuze van de minister om de correctie van verslakte of verlamde oogleden niet te vergoeden ook als daar een medische noodzaak voor is. De minister schrijft dat ooglidcorrecties niet worden vergoed vanuit het basispakket omdat de medische noodzakelijkheid moeilijk is aan te tonen. Genoemde leden betwijfelen of dat zo is en willen van de minister een nadere onderbouwing. Zij willen van de minister weten waarom zij die mening is toegedaan en waarom het niet

mogelijk is om criteria vast te stellen welke hinder iemand moet onder- vinden wil deze patiënt in aanmerking komen voor vergoeding. De leden van de SP-fractie willen van de minister weten of zij erkent dat mensen flink last kunnen hebben van verslapt of verlamde oogleden.

Is hier niet sprake van willekeur om financiële redenen? Wordt niet juist deze plastisch chirurgische behandeling uit het pakket gehouden omdat ze op een hoop worden gegooid met niet medisch noodzakelijke cosmetische chirurgie?

Genoemde leden willen van de minister weten hoe duur een ooglidcor- rectie is, voorts willen zij weten of de minister erkent dat deze ingreep voor veel mensen te duur is. Tot slot willen deze leden weten welke gevolgen dit volgens de minister voor deze mensen heeft en of de zij deze gevolgen acceptabel vindt.

II. Reactie van de minister

PvdA-fractie

De leden van de PvdA-fractie geven aan dat in de casus die aan de minister is voorgelegd, een oogarts stelt dat sprake is van een aange- boren afwijking. De verzekeraar in kwestie heeft vergoeding van de volgens de arts noodzakelijke ingreep afgewezen. Is er controle op dit soort beslissingen van de verzekeraar? Zo ja, wie ziet daar op toe en zo nee, waarom niet?

De zorgverzekeraar is verantwoordelijk voor de uitvoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw). De zorgverzekeraar draagt er zorg voor dat zorg uit het basispakket uit de Zvw wordt vergoed. Aan de andere kant hebben zorgverzekeraars ook de taak om zorg die niet in het basispakket zit, niet uit de Zvw te vergoeden.

De zorgverzekeraar laat de afweging of een aandoening van een indivi- duele patiënt wel of geen Zvw-zorg betreft over aan de zorgaanbieder. Doorgaans zullen de zorgverzekeraars de zienswijze van de zorgaanbieder overnemen. Hierop houdt de zorgverzekeraar, in zijn rol als uitvoerder van de Zvw, wel toezicht om zodoende fraude, upcoding en verkeerde declaraties door de zorgaanbieder tegen te gaan. Als blijkt dat zorg door de aanbieder, volgens de zorgverzekeraar, onterecht uit de Zvw wordt gedeclareerd, zal de zorgverzekeraar deze zorg niet vergoeden. Indien de zorgaanbieder het hiermee niet eens is, zou de zorgaanbieder aan het College voor zorgverzekeringen (CVZ) kunnen vragen een duiding uit te brengen. Een dergelijke duiding van het CVZ is voor zowel de verzekerde, de zorgaanbieder en zorgverzekeraar bindend. Indien de verzekerde het hier niet mee eens is, kan hij een klacht indienen bij de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ). Hierop wordt in de volgende vraag ingegaan.

De leden van de PvdA-fractie vragen de minister hoe zij de zwakke positie van de patiënt ten opzichte van de machtige zorgverzekeraar ziet? Kan de minister dit toelichten?

Het is natuurlijk vervelend voor de patiënt als de behandelend arts de indruk wekt dat de zorg vergoed zal worden door zijn zorgverzekeraar en dit achteraf niet het geval blijkt te zijn. Een verzekerde wordt door zijn zorgverzekeraar in de polisvoorwaarden zo goed mogelijk geïnformeerd over wat wel en wat niet zal worden vergoed. Bij onduidelijkheid of twijfel kan de verzekerde ook vooraf aan zijn zorgverzekeraar vragen of de zorg zal worden vergoed. Het is immers de zorgverzekeraar die exact weet wat voor zijn verzekerde wordt vergoed en niet de behandelend arts. Vooraf uitsluitel vragen bij de zorgverzekeraar kan vervelende situaties voorkomen.

Mocht er toch een geschil ontstaan tussen de verzekerde en de zorgverzekeraar, dan kan de verzekerde naar de SKGZ stappen en daar de beslissing van de zorgverzekeraar aanvechten. De verzekerde kan daarnaast naar de zorgaanbieder stappen en daar een klacht indienen met betrekking tot het onjuist opgewekte vertrouwen dat de zorg vergoed zou worden.

De leden van de PvdA-fractie willen weten hoeveel klachten er jaarlijks bij de SKGZ worden ingediend die betrekking hebben op de vergoeding van een ingreep die volgens de behandelend arts vergoed zou moeten worden, maar volgens de verzekeraar niet? Hoeveel klachten in deze categorie worden gegrond verklaard? Wie maakt de afweging tussen het standpunt van de arts en het standpunt van de verzekeraar? Op welke gronden neemt de SKGZ een beslissing? Kunnen patiënten ondersteuning krijgen bij het indienen van een klacht bij de SKGZ? Zo ja door wie en op welke wijze? Zo nee, op welke concrete mogelijkheden ziet de minister om de positie van de patiënt te versterken?

De SKGZ geeft aan dat het niet mogelijk is om aan te geven hoeveel klachten er jaarlijks bij de SKGZ worden ingediend die betrekking hebben op de vergoeding van een ingreep die volgens de behandelend arts vergoed zou moeten worden, maar volgens de verzekeraar niet. Dit aspect van een zaak wordt niet apart geregistreerd. Het is overigens wél de ervaring van de SKGZ dat de beoordeling van de arts dat de ingreep noodzakelijk is, in de meeste gevallen door verzekerde als argument wordt gebruikt.

De Geschillencommissie Zorgverzekeringen van de SKGZ hanteert bij de geschillenbeslechting het juridisch kader zoals neergelegd in regelgeving (o.a. Zvw en Besluit zorgverzekering) en de polisvoorwaarden. Voor wat betreft de behandeling van verlamde of verslaptte bovenoogleden geeft de SKGZ aan dat de wetgever in artikel 2.1, onder a, van de Regeling zorgverzekeringen een expliciete uitsluiting heeft opgenomen voor de «behandeling van bovenoogleden die verlamd of verslapt zijn, anders dan als gevolg van een aangeboren afwijking of van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening». Zoals uit de jurisprudentie van de toenmalige Ziekenfondsraad en de Geschillencommissie Zorgverzekeringen valt op te maken, is een erfelijke aanleg voor afhangende bovenoogleden niet als een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening te beschouwen.

De SKGZ stelt dat uit het voorgaande volgt dat de Geschillencommissie Zorgverzekeringen in voorkomend geval op verzoeken betreffende een bovenooglidcorrectie in het algemeen afwijzend zal moeten beslissen. De wet laat immers vrijwel geen ruimte voor interpretatie.

Voor wat betreft juridische ondersteuning aan de verzekerde geldt dat de SKGZ een onafhankelijke en onpartijdige organisatie is. Juridische ondersteuning door de SKGZ zelf aan verzekerden past hier niet bij en wordt dus ook niet aangeboden door de SKGZ. Wel is het voor verzekerden mogelijk zelf (juridische) bijstand te organiseren. Dit gebeurt in de praktijk ook op vrij ruime schaal. De bijstand varieert van professionele ondersteuning door een advocaat, al dan niet geregeld vanuit een rechtsbijstandsverzekering, tot een persoonlijke relatie van de verzekerde.

De leden van de PvdA-fractie vragen of de minister van mening is dat verzekeraars in staat zijn te concluderen of een aandoening al dan niet aangeboren is? Is de Zorgverzekeringswet en daarop gebaseerde regelgeving op dit punt accuraat genoeg? Zo ja, waar blijkt dat uit? Zo nee, op welke wijze kan dit worden aangepast? Zijn er duidelijke criteria om aandoeningen te indiceren als aangeboren of chronisch aanwezig vanaf de geboorte?

De regelgeving in de Zvw stelt dat behandeling voor correctie van verslachte of verlamde bovenoogleden geen deel uitmaakt van het basispakket. Hiervoor is gekozen omdat bij deze behandeling het hanteren van een onderscheid medisch noodzakelijk versus niet-medisch noodzakelijk, aanleiding zou kunnen zijn voor oneigenlijke of niet-aanmelijke argumentaties om te bereiken dat de behandeling toch door de verzekering vergoed wordt. Dat zou in de praktijk tot toename van het aantal bezwaar- en beroepsprocedures leiden en tot veel extra werk.

Hierop is een uitzondering gemaakt voor de behandeling van verlamde of verslachte bovenoogleden die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening die het gezichtsveld beperkt. Aangeboren betekent dat de aandoening bij de geboorte aanwezig is. Dit criterium wordt vaker gehanteerd in de Zvw. In principe is het dan ook voor de zorgverzekeraar goed mogelijk om aan de hand van de informatie die de behandelend arts aanlevert, te controleren of de aandoening direct bij de geboorte aanwezig is. Ik zie daarom geen reden om dit criterium verder te verduidelijken of aan te passen.

De leden van de PvdA-fractie geven aan dat toenmalig minister Klink in 2008 de toezegging heeft gedaan dat het College voor zorgverzekeringen (CVZ) alsnog een standpunt zou opstellen over de vergoeding van ooglidcorrecties. Is dit standpunt opgesteld en zo ja, hoe luidde dit?

Mijn voorganger heeft de Tweede Kamer toegezegd dat hij de vraag of de beperking van de medisch-specialistische behandeling van bovenoogleden niet tot ongewenste effecten leidt, aan het CVZ zal voorleggen. Dit is gedaan bij brief van 26 februari 2009 (Kamerstuk 29 689, nr. 251). In deze brief werd het CVZ ook gewezen op de voorwaarde dat cosmetische ooglidcorrecties niet alsnog opgenomen dienen te worden in het pakket. Verder is in de brief gewezen op de voorwaarde dat een eventuele oplossing voor de zorgverzekeraars relatief gemakkelijk uitvoerbaar en controleerbaar is. Helaas is het nog niet mogelijk geweest om te achterhalen wat de reactie van het CVZ is geweest. Ik kom daar zo spoedig mogelijk op terug.

De leden van de PvdA fractie vragen hoe de minister bijvoorbeeld de uitzonderlijke gevallen beoordeelt dat een arts oordeelt dat schaamlipcorrectie medisch noodzakelijk is, maar de zorgverzekeraar vraagt om een onderbouwing geïllustreerd met foto's van de schaamstreek? Vindt de minister dat patiënten deze informatie aan zorgverzekeraars moeten aanleveren? Kan de minister dat toelichten?

Ik vind het in principe een goede zaak dat zorgverzekeraars door het hanteren van machtigingsprocedures toezien op de vraag of een behandeling in een specifieke situatie tot het verzekerde pakket behoort. Als de zorgverzekeraar niet in de gelegenheid is om de gewenste toetsing uit te voeren, is deze ook niet gehouden de behandeling te vergoeden. Alle betrokken partijen hebben er dus belang bij dat dit proces doelmatig wordt ingericht. De zorgverzekeraar kan dat individuele beoordelingsproces op verschillende wijzen inrichten. De adviserend geneeskundige van de zorgverzekeraar kan daarvoor spreekuren houden waarbij de verzekerde gezien wordt. In andere gevallen kan er volstaan worden met schriftelijke informatie en foto's. Ook een onderbouwing door de behandelend arts met foto's wordt bij de zorgverzekeraar behandeld door de adviserend geneeskundige en zijn team. Omdat deze onderbouwende gegevens onder verantwoordelijkheid van de adviserend geneeskundige vallen, is het medisch beroepsgeheim van de adviserend geneeskundige daarop van toepassing. Dat biedt waarborg dat gegevens niet ter kennis komen van medewerkers van de zorgverzekeraar op wie het medisch

beroepsgeheim niet van toepassing is. Ook wordt in dergelijke situaties door de behandelaar aangegeven dat de informatie onder het medisch beroepsgeheim valt; die vermelding staat in principe ook op de envelop waarmee de informatie aan de adviserend geneeskundige van de verzekeraar wordt gestuurd. Gelet daarop ben ik van mening dat er geen reden is waarom de verzekerde c.q. haar behandelaar deze informatie niet aan de zorgverzekeraar zou kunnen verstrekken.

De leden van de PvdA-fractie verwachten dat verzekeraars zich minder rigoreus zullen opstellen als er een cultuurverandering komt. Artsen moeten hun verantwoordelijkheid nemen, er moeten duidelijke richtlijnen zijn over wat medisch noodzakelijk en niet-medisch noodzakelijk is en er moet intercollegiaal overleg over casussen zijn. Deelt de minister deze mening en zo ja, op welke wijze kan zij deze cultuurverandering stimuleren? Zo nee, waarom niet?

Ik deel de mening dat artsen tot goede en heldere richtlijnen moeten komen over wat medisch noodzakelijke en niet-medisch noodzakelijke zorg betreft. Om dit te stimuleren wordt het Kwaliteitsinstituut opgericht. Het Kwaliteitsinstituut helpt en stimuleert beroepsgroepen om met hun eigen standaarden en richtlijnen te komen. Ook biedt het een kader waaraan deze standaarden en protocollen aan dienen te voldoen.

De leden van de PvdA-fractie vragen hoeveel ooglidcorrecties er jaarlijks in Nederland worden uitgevoerd? Bij hoeveel ooglidcorrecties wordt op grond van de uitzonderingscriteria de verzekeraar om een vergoeding gevraagd? In hoeveel gevallen wordt die vergoeding gegeven? Zijn er grote verschillen tussen verzekeraars op dit punt?

Het is niet mogelijk om aan te geven hoeveel ooglidcorrecties er in Nederland worden gedaan. Dit komt doordat een groot aantal ooglidcorrecties niet wordt gedeclareerd bij de zorgverzekeraars en/of wordt uitgevoerd door privéklinieken. Wel lijkt het mogelijk om bij Vektis geaggregeerde cijfers te achterhalen, hoeveel declaraties van ooglidcorrecties bij alle verzekeraars zijn binnengekomen. Ik zal deze cijfers bij Vektis uitvragen en aan de Kamer toesturen. Echter, zoals aangegeven vormen deze declaraties slechts een deel van het totaal aantal uitgevoerde ooglidcorrecties en zijn deze cijfers dus niet representatief.

De leden van de PvdA-fractie geven aan dat de minister de toezegging heeft gedaan dat de Kamer in het voorjaar zal worden geïnformeerd over te treffen maatregelen en te hanteren richtlijnen inzake cosmetische operaties. De minister zal de Kamer informeren over haar voorstellen om de risico's in de cosmetische sector te verkleinen. Wat is de stand van zaken en wanneer kan de Kamer de informatie en de voorstellen tegemoet zien?

De verschillende initiatieven die ik wil ondernemen of wil laten ondernemen om de risico's in de cosmetische sector te verkleinen worden nu uitgewerkt in een actieplan voor de cosmetische sector. In voorbereiding hierop heb ik het wettelijke kader rond cosmetische ingrepen laten inventariseren en heb ik een quick-scan laten uitvoeren naar de aard en omvang van de cosmetische sector. Daarnaast ben ik het gesprek gestart met de betrokken brancheorganisaties in de cosmetische sector. Het uitgewerkte actieplan zal ik u voor de zomer toesturen.

PVV-fractie

De leden van de PVV-fractie vragen of de minister van plan is om de toetsing aan te scherpen of de richtlijnen te verduidelijken zodat alle partijen voortaan beter op de hoogte zijn?

Voor het antwoord op deze vraag verwijs ik naar het antwoord op een soortgelijke vraag van de PvdA-fractie (pagina 3).

SP-fractie

De leden van de SP-fractie willen van de minister weten waarom zij de mening is toegedaan dat ooglidcorrecties niet worden vergoed vanuit het basispakket omdat de medische noodzakelijkheid moeilijk is aan te tonen en waarom het niet mogelijk is om criteria vast te stellen welke hinder iemand moet ondervinden wil deze patiënt in aanmerking komen voor vergoeding.

Ook willen de leden van de SP-fractie van de minister weten of zij erkent dat mensen flink last kunnen hebben van verslachte of verlamde oogleden. Is hier niet sprake van willekeur om financiële redenen? Wordt niet juist deze plastisch chirurgische behandeling uit het pakket gehouden omdat ze op een hoop worden gegooid met niet medisch noodzakelijke cosmetische chirurgie?

Voor het antwoord op deze vraag verwijs ik naar het antwoord op een soortgelijke vraag van de PvdA-fractie (pagina 3).

De leden van de SP-fractie willen van de minister weten hoe duur een ooglidcorrectie is, voorts willen zij weten of de minister erkent dat deze ingreep voor veel mensen te duur is. Tot slot willen deze leden weten welke gevolgen dit volgens de minister voor deze mensen heeft en of de zij deze gevolgen acceptabel vindt.

Er zijn geen vaste tarieven voor een behandeling voor correctie van verslachte of verlamde bovenoogleden. Aangezien er veel verschillende aanbieders zijn, waaronder privéklinieken, kunnen de kosten voor een dergelijke correctie sterk uiteenlopen. Hierdoor loont het voor een verzekerde om goed te kijken waar hij de behandeling wil ondergaan. Het is vervolgens aan de verzekerde om te beslissen of hij deze behandeling wil ondergaan en of hij deze zelf wil betalen dan wel een aanvullende verzekering hiervoor wil afsluiten.