

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vs C te D
Zaak : Geneeskundige zorg, plastische-chirurgie, correctie bovenoogleden
Zaaknummer : ANO07.024
Zittingsdatum : 7 februari 2007

Zaak: ANO07.024, 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)

(Voorwaarden zorgverzekering 2006, 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 4 juli 2006 inzake de afwijzing van het verstrekken 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 Basisverzekering, een verzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw) (hierna: de zorgverzekering).
- 3.2. Bij brief van 4 juli 2006 heeft de zorgverzekeraar verzoekster bericht dat haar aanvraag niet voldoet aan de voorwaarden waaronder aanspraak bestaat op een correctie van de bovenoogleden.
- 3.3. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 8 december 2006 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster meegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. Bij brief van 31 oktober 2006 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de onderhavige ingreep, te weten de correctie van de bovenoogleden, 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 8 december 2006 (abusievelijk gedateerd op 8 november 2006) zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt.

- 3.7. Op 11 december 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. Bij brief van 20 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 verzoekster op 18 december 2006 afgezien, terwijl de zorgverzekeraar op 2 januari 2007 heeft aangegeven niet te willen worden gehoord.
- 3.10. Het College voor zorgverzekeringen heeft op 25 januari 2007, op de voet van artikel 114 lid 3 van de Zvw, zijn advies gegeven. Een afschrift hiervan wordt met het bindend advies meegezonden.

4. Het standpunt van verzoekster

- 4.1. Verzoekster is een 56-jarige vrouw. Zoals blijkt uit de aanvraag van de machtiging is haar gezichtsveld beperkt en heeft haar behandelend plastisch-chirurg een blepharoplastiek van de bovenoogleden (DBC-code 04.11.0.131.22) geadviseerd.
- 4.2. Verzoekster geeft aan dat zij, door de zwaar overhangende oogleden, veel last heeft van tranende ogen alsook van regelmatig terugkerende oogontstekingen. Naar haar oordeel is dan ook geen sprake van een cosmetische ingreep, maar betreft het hier een medisch noodzakelijke behandeling.
- 4.3. Voorts wijst verzoekster op een zin in een brief van haar zorgverzekeraar van 4 juli 2006, waarin wordt vermeld:

“dat er in artikel 4.4 is vastgelegd dat er slechts aanspraak bestaat indien er sprake is van verlamde of verslapte oogleden *anders* dan die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening.”

Nu zij verlamde of verslapte oogleden heeft; anders dan als gevolg van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening, meent zij dat de zorgverzekeraar op basis van deze zin is gehouden de onderhavige ingreep te vergoeden.

5. Het standpunt van de zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar is van mening dat de door verzoekster gevraagde correctie van de bovenoogleden op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering niet voor vergoeding in aanmerking komt, nu geen sprake is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening.
- 5.2. Ten aanzien van de bewuste zin in de brief van 4 juli 2006 merkt de zorgverzekeraar het volgende op. De polisvoorwaarden zijn in deze brief niet juist verwoord. Nu echter uit de brief duidelijk naar voren komt dat niet positief op de aanvraag kan worden gereageerd én de aanspraak in de voorwaarden van de zorgverzekering, die verzoekster heeft ontvangen, wel correct is omschreven, kan deze brief niet als een toewij-

zing worden aangemerkt.

- 5.3. Tot slot voegt de zorgverzekeraar toe dat verzoekster, nu de ingreep nog niet is uitgevoerd, door de verschrijving geen schade heeft geleden.

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 naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg.

Vergoeding voor plastisch-chirurgische ingrepen is geregeld in de artikelen 4.4 en 4.5 van de polisvoorwaarden van de zorgverzekering. Artikel 4.4 regelt wanneer aanspraak op plastisch-chirurgische behandelingen bestaat en onder welke voorwaarden. Artikel 4.5 sluit in aansluiting op artikel 4.4 expliciet een aantal plastisch-chirurgische behandelingen uit, waaronder de "behandeling van verlamde of verslapte 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 4.4 en 4.5 is volgens het Algemeen deel, artikel 20.1 van de polisvoorwaarden 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 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 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 uitsluitingsgrond voor een ooglidcorrectie is identiek aan die van artikel 2.1 onder a Rzv.
- 7.6. De commissie constateert dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.7. De commissie stelt vervolgens vast dat verzoekster niet aannemelijk heeft gemaakt dat er in haar geval sprake is van 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 vergoeding in aanmerking komt.
In de onder punt 4.3 aangehaalde zin uit de brief van de zorgverzekeraar van 4 juli 2006 ziet de commissie geen aanleiding de gevraagde vergoeding aan verzoekster toe te wijzen nu deze zin, blijkens de context van de brief, berust op een kennelijke verschrijving, door daar waar conform de polisvoorwaarden had moeten staan “geen aanspraak” te stellen “slechts aanspraak”. Uit niets is aannemelijk geworden dat de zorgverzekeraar de bedoeling moet hebben gehad in dit doorsnee geval een uitzondering op de voorwaarden van de zorgverzekering te hebben willen maken, nu overigens in de bedoelde brief wordt opgemerkt “Helaas kunnen we **niet** positief op uw verzoek reageren”.
- 7.8. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
8. Het bindend advies
- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 28 maart 2007,

Voorzitter