

Bindend Advies

Partijen : A te B versus C te D
Zaak : geneeskundige zorg, plastische-chirurgie, bovenooglidcorrectie
Zaaknummer : 2007.02206
Zittingsdatum : 13 februari 2008

VOORLEGGER

Zaak: 2007.02206. geneeskundige zorg, plastische-chirurgie, bovenooglidcorrectie

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. Al.M. van Mierlo (voorzitter), mr. J.H.A Teulings en mr. drs. P.J.J. Vonk)

(Voorwaarden zorgverzekering 2007, 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 23 augustus 2007 inzake de afwijzing van een machtiging voor een bovenooglidcorrectie

3 Ontstaan en verloop van het geding

3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de ZorgVerzorgd polis, een verzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw) (hierna: de zorgverzekering). Ook zijn er aanvullende verzekeringen afgesloten.

3.2. Bij brief van 23 augustus 2007 heeft de zorgverzekeraar verzoekster medegedeeld dat zij niet in aanmerking komt voor een bovenooglid correctie ten laste van de basisverzekering.

3.3. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 18 september 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster meegedeeld zijn standpunt te handhaven.

3.4. Bij brief van 22 oktober 2007 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is een machtiging af te geven voor een bovenooglid correctie.

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 27 november 2007 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 19 december 2007 aan verzoekster toegezonden.

- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 8 januari 2008 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De zorgverzekeraar heeft op 21 januari 2008 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden .
- 3.8. Bij brief van 19 december 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, van de Zvw, gevraagd. Het CVZ heeft bij brief van 11 januari 2008 zijn voorlopige advies gegeven en heeft de commissie geadviseerd de aanspraak van verzoeker af te wijzen. Een afschrift hiervan is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 17 januari 2008 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 13 februari 2008 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ ..
- 3.10. Bij brief van 12 maart 2008 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting toegezonden met het verzoek mede te delen of het verslag aanleiding geeft tot aanpassing van het voorlopige advies. In reactie daarop heeft het CZV bij brief van 14 maart 2008 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopige advies als definitief kan worden beschouwd.
4. Het standpunt van verzoekster
- 4.1. Verzoekster heeft last van een verminderd zicht tengevolge van een hangend linker bovenooglid. De oorzaak hiervan is te vinden in een van de oogkas losgeraakt spier-tje. Verzoekster ondervindt hinder bij het lezen, borduren, computeren ed.
- 4.2. Verzoekster benadrukt dat het hier geen cosmetische ingreep betreft en stelt dat deze ingreep onder de zorgverzekering moet vallen .
- 4.3. Verzoekster heeft begrepen dat andere verzekeringsmaatschappijen met soortgelijke problemen anders omgaan.
- 4.4. Verzoekster stelt in aanmerking te komen voor een machtiging tot correctie van het linker bovenooglid.
5. Het standpunt van de zorgverzekeraar
- 5.1. De zorgverzekeraar is zich ervan bewust dat de wens van verzoekster om een ooglidcorrectie te ondergaan, niet is gebaseerd po een cosmetische verfraaiing.
- 5.2. De zorgverzekeraar verwijst voor de afwijzing van de aanvraag naar de relevante wetgeving en de polisvoorwaarden van de zorgverzekering. De correctie van de bovenoogleden wordt expliciet genoemd in artikel 8.4 lid 1 sub b van de polisvoorwaarden. Hierin komt naar voren aanspraak bestaat op vergoeding van de behandeling van verslapte bovenoogleden, doch uitsluitend wanneer sprake is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening. In de situatie van verzoekster is dit niet aan de orde. Naar aanleiding van de hoorzitting heeft een tweede consultatie van de medisch adviseur van de zorgverzekeraar plaatsgevonden Deze heeft dezelfde uitkomst.

5.3. De zorgverzekeraar stelt dat er geen grondslag is om over te gaan tot vergoeding .

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 ten aanzien van de aanvullende verzekering .

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.

7.2. Het betreft hier een naturaverzekering. Waar het vervolgens gaat om de onderhavige kosten, geldt dat vergoeding voor plastisch-chirurgische ingrepen is geregeld in artikel 8.4 van de zorgverzekering. Uit lid 1 onderdeel 3 van dit artikel volgt dat de behandeling van verlamde of verslapte bovenoogleden, anders dan als gevolg van een aangeboren afwijking of van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening, uitgesloten is van vergoeding.

7.3. Op grond van artikel 2 van het Algemene deel van de voorwaarden, vindt de zorgverzekering zijn grondslag in de Zvw, de daarop gebaseerde uitvoeringsbesluiten en het door verzekeringnemer ingevulde aanvraagformulier. De inhoud van de verzekeringsovereenkomst is weergegeven in de modelovereenkomst en de zorgpolis. Deze worden geacht te voldoen aan de Zvw. In geval van strijdigheid prevaleert het bepaalde bij of krachtens de Zvw.

7.4. Voor de beoordeling van het onderhavige geschilpunt zijn de navolgende wettelijke bepalingen 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 zorg of overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Waar het gaat om geneeskundige zorg is een en ander, conform lid 3 van artikel 11 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 die strekt tot de correctie van de onder sub 1 tot en met 5 genoemde aandoeningen.

- 7.5. Artikel 2.4 lid 2 van het Bzv bepaalt dat bij ministeriële regeling, te weten de Rzv, bepaalde vormen van zorg kunnen worden uitgezonderd. In artikel 2.1 onder a van het Rzv wordt vervolgens de behandeling van bovenoog-leden 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 hierover verder te lezen dat het in genoemd artikel gaat om de uitsluitingen zoals die met ingang van 1 januari 2005 zijn gaan gelden in-gevolge (artikel 2 van de Regeling medisch-specialistische zorg Ziekenfondswet. Blij-kens de toelichting bij de wijziging van laatstgenoemde regeling heeft de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport destijds bewust gekozen bij deze uitsluitingen geen onderscheid te maken tussen medisch noodzakelijk versus niet-medisch nood-zakelijk. Dat betekent dat behalve behandelingen met primair een cosmetisch doel - die toentertijd al van vergoeding waren uitgesloten - in een aantal gevallen ook be-handelingen van vergoeding zijn uitgesloten die een geneeskundig doel hebben, waaronder de correctie van verlamde of verslapte bovenoogleden.
- De in artikel 2 lid 2 onder a van de Regeling medisch-specialistische zorg Zieken-fondswet genoemde uitsluitinggrond voor de behandeling van bovenoogleden komt overeen met die welke is geregeld in artikel 2.1 onder a Rzv.
- 7.6. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.7. In de toelichting bij de eerdergenoemde wijziging van de Regeling medisch-specialistische zorg Ziekenfondswet, waarnaar in de toelichting op de Rzv wordt ver-wezen, wordt als voorbeeld van een aangeboren afwijking het BPES-syndroom ge-noemd. Dit syndroom kan een dusdanige verslapping van de bovenoogleden tot ge-volg hebben dat het gezichtsveld van jonge kinderen ernstig kan worden beperkt. Kinderen met zulke aangeboren afwijkingen aan de oogleden hebben op dat moment nog niet in alle gevallen een gezichtsveldbeperking maar krijgen die wel door de af-wijking .
- 7.8. Het beroep op het gelijkheidsbeginsel faalt. Zorgverzekeraars dienen op basis van de polisvoorwaarden te toetsen of een verzekerde in aanmerking komt voor (vergoeding van) zorg of overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Alle zorgverzekeraars in Nederland zijn voor wat betreft de inhoud van de zorgverzekering gebonden aan de-zelfde wet- en regelgeving. Zij mogen niet meer of minder bieden dan de regelgeving hen toestaat. Zulks brengt met zich dat een zorgverzekeraar niet gehouden is over te gaan tot vergoeding of verstrekking van zorg als de polisvoorwaarden van de zorg-verzekering daarvoor geen dekking bieden, ook niet als andere zorgverzekeraars dat - om welke reden ook - wel doen. Slechts indien de zorgverzekeraar van verzoekster zelf een beleid voert waarbij meer wordt vergoed of verstrekt dan volgens de regel-geving inzake de zorgverzekering is toegestaan kan een verzekerde van die zorgver-zekeraar op dat beleid een beroep doen. Aangezien verzoekster zich slechts beroept op het beleid van een andere zorgverzekeraar, kan haar dat niet baten .
- 7.9. De commissie stelt vervolgens vast dat gesteld noch gebleken is dat bij verzoekster sprake is van een aangeboren afwijking of van een bij de geboorte aanwezige chro-nische aandoening als bedoeld in artikel 8.4 lid 1 onderdeel 3 van de zorg-verzekering. De correctie van het linkerboven ooglid valt derhalve niet onder de ge-neeskundige zorg die op grond van de zorgverzekering voor vergoeding in aanmer-king komt.

7.10. Het voorgaande leidt ertoe dat verzoek moet worden afgewezen.

8. Het bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 26 maart 2008,


Voorzitter