

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B vs C te D
Zaak	: Geneeskundige zorg, plastische-chirurgie, correctie bovenoogleden
Zaaknummer	: ANO06.150
Zittingsdatum	: 22 november 2006

Zaak: ANO06.150, 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 16 maart 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 ZorgVerzorgd polis, een verzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw) (hierna: de zorgverzekering).
- 3.2 Bij brief van 16 maart 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 22 juni 2006 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4 Bij brief van 27 juli 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 29 september 2006 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt.
- 3.7 Op 3 oktober 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 Van de mogelijkheid zich te doen horen is door verzoekster en de zorgverzekeraar gebruik gemaakt. Partijen zijn op 22 november 2006 telefonisch gehoord.

- 3.9 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.
- 3.10 Het College voor zorgverzekeringen heeft de commissie op 8 januari 2007 op de voet van artikel 114 lid 3 van de Zvw, zijn advies gegeven. Een afschrift hiervan is aan partijen gezonden.
- 3.11 Bij brief van 9 februari 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen verzocht zijn stelling "Gelet op de stukken en hetgeen door partijen is aangevoerd is het College van mening dat er door het handelen van verweerder dusdanige verwachtingen zijn gewekt waardoor verzoeker erop mocht vertrouwen dat de operatiekosten op grond van de basisverzekering vergoed zouden worden" nader toe te lichten. Het College van zorgverzekeringen heeft hierop niet meer gereageerd.

4. Het standpunt van verzoekster

- 4.1 Verzoekster is een 45-jarige vrouw die last had van 'hangende' oogleden (blepharochalasia). Blijkens de aanvraag van de behandelend plastisch-chirurg leidde dit tot een evidente blikveldbeperking. Begin 2006 is verzoekster hieraan geopereerd.
- 4.2 Verzoekster heeft daarop de rekening voor de onderhavige ingreep bij de zorgverzekeraar ingediend. De zorgverzekeraar heeft op basis van de voorwaarden van de zorgverzekering geweigerd deze rekening te vergoeden.
- 4.3 Verzoekster kan zich hier niet in vinden. In het jaar 2005 was zij tegen ziektekosten verzekerd bij een andere zorgverzekeraar, die deze ingreep wél zou vergoeden, voor rekening van de aanvullende verzekering. Eind 2005 heeft verzoekster via de werkgever van haar echtgenoot een aantrekkelijk aanbod van haar huidige zorgverzekeraar gekregen. Omdat de operatie aan de oogleden voor haar erg belangrijk was, heeft zij telefonisch bij de klantenservice van de zorgverzekeraar geïnformeerd naar de vergoeding van deze ingreep. Haar is toen medegedeeld dat de ingreep, op basis van een medische indicatie, vergoed zou worden. Dagen later heeft verzoekster voor de zekerheid nogmaals gebeld. Na enige tegenstrijdige berichten, heeft zij een persoon te spreken gekregen die haar overtuigend wist mede te delen dat deze ingreep vergoed zou worden. Op basis van deze informatie heeft verzoekster de overstap voor 2006 naar haar huidige zorgverzekeraar gemaakt.
- 4.4. Verzoekster is het dan ook niet eens met de weigering van de zorgverzekeraar de rekening van de onderhavige ingreep te vergoeden. Zij stelt misleid te zijn door medewerkers van de zorgverzekeraar. De herhaalde toezegging van een vergoeding was voor haar van essentieel belang in haar keuze voor deze zorgverzekeraar. Zij is van oordeel dat de zorgverzekeraar de rekening voor de correctie van de bovenoogleden dient te vergoeden.

5. Het standpunt van de zorgverzekeraar

- 5.1 De zorgverzekeraar stelt zich op het standpunt dat op basis van de voorwaarden van de zorgverzekering de correctie van de bovenoogleden niet voor vergoeding in aanmerking komt.
- 5.2 Ten aanzien van de telefonisch gedane toezeggingen merkt de zorgverzekeraar op dat algemeen bekend is dat mondeling of telefonisch gedane mededelingen bewijsproblemen opleveren. Gezien het belang dat verzoekster kennelijk had bij de aanspraak op deze behandeling en de kosten die hiermee gemoeid zouden zijn, had het op haar weg gelegen van een eventuele toezegging een schriftelijke bevestiging te vragen.

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. Behandelingen van plastisch-chirurgische aard zijn geregeld in artikel 8.4 lid 1 onder b van de polisvoorwaarden van de zorgverzekering. Artikel 8.4 lid 2 sluit, in aansluiting op lid 1 onder b, door verwijzing naar het Rzv een aantal behandelingen uit.
- Artikel 11 onder b van de polis regelt de vergoeding van de kosten van niet-gecontracteerde zorg, voor zover deze vallen onder de dekking, en luidt als volgt:
- “Voor zover verzekerde die zorg of een andere dienst betreft van een niet-gecontracteerde aanbieder, heeft hij recht op vergoeding van de kosten van deze zorg of andere diensten overeenkomstig hetgeen hieronder bij ‘Vergoeding bij niet gecontracteerde aanbieder’ is bepaald.”*
- 7.3 De regeling van de artikelen 8.4 leden 1 en 2, en 11 onder b, is volgens de algemene voorwaarden, artikel 2 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 Zvw, naar aard en omvang omschreven in artikel 2.4 Bzv. In artikel 2.4 lid 1 onder b Bzv is vervolgens bepaald dat een plastisch-chirurgische ingreep slechts onder de geneeskundige zorg valt indien deze 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 lid 1 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 uitsluitingsgronden voor ooglidcorrectie zijn identiek aan die van artikel 2.1 onder a Rzv. Artikel 13 lid 1 van de Zvw regelt dat indien een verzekerde bepaalde vormen van zorg van een andere zorgaanbieder betreft, dan de zorgaanbieder waarmee de zorgverzekeraar een overeenkomst tot het leveren van zorg gesloten heeft, het de zorgverzekeraar is die de vergoeding van de voor deze zorg gemaakte kosten vaststelt.
- 7.6 De commissie constateert dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.7 De commissie constateert vervolgens op basis van de diagnose van de behandelend medisch-specialist dat in geval van verzoekster geen sprake is van een aangeboren afwijking of van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening, zodat geen sprake is van een medische indicatie als bedoeld in artikel 8.4 lid 2 van de zorgverzekering. De door haar ondergane correctie van de bovenoogleden valt derhalve niet onder de geneeskundige zorg die op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering voor verstrekking, respectievelijk vergoeding in aanmerking komt.
- 7.8 De commissie is tot slot van oordeel dat verzoekster niet voldoende aannemelijk heeft gemaakt dat haar, in afwijking van bovenstaande verzekeringsvoorwaarde, een mondelinge toezegging is gedaan, waaruit zij onmiskenbaar en ondubbelzinnig mocht opmaken dat, ondanks het ontbreken van een medische indicatie als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering, de onderhavige ingreep voor vergoeding in aanmerking zou komen. Veeleer is sprake van miscommunicatie, nu de zorgverzekeraar met de gebezigde term 'medische indicatie' niet anders bedoeld kan hebben dan de medische indicatie zoals die in de zorgpolis staat aangegeven en die wél tot vergoeding van de onderhavige ingreep leidt. De commissie is van oordeel dat

zodanige miscommunicatie geen grond kan vormen de verzekeraar te verplichten om tot vergoeding over te gaan. Nu verzoekster kennelijk heeft gemeend dat er in haar geval sprake was van een medische indicatie, en de vergoeding van de onderhavige kosten voor haar wezenlijk was bij de beslissing de verzekering bij de zorgverzekeraar onder te brengen, had het, mede gelet op de tegenstrijdige telefonische berichtgeving die zij daarover heeft ontvangen, op haar weg gelegen een schriftelijke bevestiging van antwoorden die zij naar aanleiding van haar vragen ontving te vragen.

7.9 Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

8. Het bindend advies

8.1 De commissie wijst het verzoek af

Zeist, 26 maart 2007,

Voorzitter