

Anoniem

Bindend advies

Partijen	: A te B vs C te D
Zaak	: Geneeskundige zorg, plastische-chirurgie, correctie boven oogleden
Zaaknummer	: ANO06.24
Zittingsdatum	: 28 juni 2006

ANONIEM BINDEND ADVIES

Zaak ANO06.24, geneeskundige zorg, plastische-chirurgie, correctie bovenoogleden

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), prof. mr. T. Hartlief en mr. J.H.A. Teulings)

(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 d.d. 6 februari 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 Basisverzekering Naturapolis, een verzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw) (hierna: de zorgverzekering).
- 3.2 Bij brief van 6 februari 2006 heeft de zorgverzekeraar verzoekster bericht dat de ingediende aanvraag tot vergoeding van een plastisch-chirurgische ingreep, te weten een correctie van de bovenoogleden, is afgewezen.
- 3.3 Verzoekster heeft de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd, waarna deze haar bij brief van 15 maart 2006 heeft medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4 Bij brief van 16 april 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 10 mei 2006 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt.
- 3.7 Op 15 mei 2006 is verzoekster een afschrift van de reactie van de zorgverzekeraar gezonden. Tevens zijn verzoekster en de zorgverzekeraar in de gelegenheid gesteld zich te doen horen.
- 3.8 Van de mogelijkheid zich te doen horen is door beide partijen gebruik gemaakt. Beide partijen zijn op 28 juni 2006 gehoord.

- 3.9 Bij brief van 21 september 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 op 9 oktober 2006, op de voet van artikel 114, derde lid van de Zvw, haar advies uitgebracht. Een afschrift hiervan is aan partijen gezonden.

4. Het standpunt van verzoekster

- 4.1 Verzoekster is een vrouw die kampt met overhangende bovenoogleden. Zij geeft aan dat de operatie volgens haar een noodzakelijk kwaad is; zij ondergaat de ingreep niet voor haar plezier. Het probleem is dat zij steeds meer klachten krijgt van haar overhangende oogleden en er de hele dag door last van heeft. Verzoekster stelt dat zij zwaar overhangende oogleden heeft, zozeer zelfs dat haar zicht wordt beperkt. Daarnaast is het erg vermoeiend voor verzoekster omdat haar oogleden op haar ogen drukken en zij vaker last heeft van hoofdpijn en slecht zicht. Verzoekster geeft vervolgens aan dat zij aanleg heeft voor overhangende oogleden. Zij vraagt zich af of men dat niet kan zien als een aangeboren afwijking. Bij haar kinderen ziet zij het ook. Verzoekster is van mening dat zij niet serieus wordt genomen, omdat haar aanvraag is afgewezen zonder de situatie beoordeeld te hebben.
- 4.2 Verzoekster geeft aan dat haar telefonisch is toegezegd dat zij de ooglidcorrectie vergoed zou krijgen. Zij is daarom ook naar een plastisch chirurg gegaan. Naar aanleiding van de behandeling ter zitting zijn door verzoekster overzichten aangeleverd waaruit blijkt dat er op 17 januari 2006 om 10.55 uur en op 19 januari 2006 om 15.35 uur telefonisch contact is geweest met de zorgverzekeraar.
- 4.3 Verzoekster vindt het onterecht dat zij maandelijks een groot bedrag aan premie betaalt aan de zorgverzekeraar en alsnog deze operatie zelf moet bekostigen. Verzoekster is van mening dat de zorgverzekeraar de ingreep dient te vergoeden. Verzoekster sluit foto's van haar bovenoogleden in.

5. Het standpunt van de zorgverzekeraar

- 5.1 De zorgverzekeraar stelt dat hij in de artikel 12 lid 2 onder c en d van de Polisvoorwaarden van de zorgverzekering de regelgeving in het kader van de Zvw en de uitvoeringsbesluiten heeft gevolgd. De correctie van de bovenoogleden wordt expliciet genoemd in artikel 2.4, eerste lid onder b, sub 3 van het Besluit Zorgverzekering en in artikel 2.1 onder a van de Regeling zorgverzekering. Hierin komt naar voren dat geen aanspraak bestaat op vergoeding van een behandeling van verslachte bovenoogleden, omdat er geen sprake is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening.
- 5.2 Ten aanzien van de telefonische contacten verklaart de zorgverzekeraar dat er op 19 december 2005 om 16.48 uur met verzoekster is gesproken over toezending van de verzekeringsvoorwaarden en declaratieformulieren. Volgens de zorgverzekeraar worden door medewerkers van het call-centre geen concrete toezeggingen gedaan. In voorkomend geval wordt geadviseerd een schriftelijke aanvraag te doen. Dit geldt zeker voor verstrekkingen die moeten worden aangevraagd en waarvoor goedkeuring van de medisch adviseur vereist is, zoals een ooglidcorrectie.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1 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(en).

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 is 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 natura verzekering, zodat verzoekster in beginsel is aangewezen op de door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorg. Waar het vervolgens gaat om de onderhavige kosten, geldt het volgende.
Vergoeding voor plastisch chirurgische ingrepen is geregeld in artikel 12, tweede lid onder c en d van de polisvoorwaarden van de zorgverzekering. Artikel 12, tweede lid onder c regelt wanneer aanspraak op plastisch-chirurgische behandelingen bestaat en onder welke voorwaarden. Artikel 12, tweede lid onder d sluit in aansluiting op artikel 12, tweede lid onder c, expliciet een aantal plastisch chirurgische behandelingen uit, waaronder de “behandeling van verlamde of verslaptte bovenoogleden anders dan als gevolg van een aangeboren afwijking of van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening”.
- 7.3 De regeling van de artikel 12 is volgens het Algemeen deel, artikel 2, eerste lid van de polisvoorwaarden gebaseerd op de Zvw, het Bzv en de Rzv.
- 7.4 Vanuit genoemde regelgeving heeft het volgende te gelden. Op grond van artikel 11, eerste lid onderdeel a van de Zvw bestaat aanspraak op zorg en overige diensten. Waar het gaat om geneeskundige zorg is een en ander, conform het derde lid van artikel 11 Zvw, naar aard en omvang omschreven in artikel 2.4 Bzv. In het eerste lid 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 het tweede lid 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.
De in artikel 2.1 onder a Rzv genoemde uitsluitingsgrond voor een ooglidcorrectie is identiek aan die van artikel 2, eerste lid onder a van de Regeling medisch-specialistische zorg Ziekenfondswet.
- 7.6 In de toelichting op de Rzv valt te lezen dat, waar het gaat om de uitsluitingen zoals die met ingang van 1 januari 2005 geregeld waren in artikel 2, tweede lid, en artikel 5 van de Regeling medisch-specialistische zorg Ziekenfondswet, 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.
- 7.7 De commissie constateert dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.8 De commissie stelt vervolgens vast dat in de situatie van verzoekster niet is gebleken 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.
- 7.9 Ten aanzien van de stelling van verzoekster dat, in afwijking hiervan, telefonisch is toegezegd dat de behandeling wordt vergoed, merkt de commissie het volgende op. Door verzoekster is aangetoond dat een tweetal gesprekken heeft plaatsgevonden. Dat bij die gelegenheid een ondubbelzinnige en ongeclausuleerde toezegging is gedaan, valt weliswaar niet uit te sluiten, maar is niet aannemelijk, zoals blijkt uit het verdere verloop. Bedoelde gesprekken vonden plaats op 17 en 19 januari 2006. Daarna – te weten op 1 februari 2006 – is door de behandelend plastisch-chirurg bij de zorgverzekeraar een machtiging aangevraagd. Voor zover dit verzoekster niet reeds uit hoofde van de polis, dan wel op basis van de informatie van de zorgverlener, bekend zou zijn, is in het betreffende formulier nadrukkelijk opgenomen: “Deze aanvraag bevat al de noodzakelijke informatie die de verzekerings-geneeskundige nodig heeft om te kunnen bepalen of de ingreep in aanmerking komt voor vergoeding door de zorgverzekeraar”. Hieruit blijkt dat nog een medisch-inhoudelijke beoordeling volgt, met de mogelijkheid op een afwijzende beslissing.
- 7.10 Het voorgaande leidt ertoe het verzoek wordt afgewezen.
8. Het bindend advies
- 8.1 De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 28 juni 2006

Voorzitter