

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B vs C te D
Zaak	: Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, correctie bovenoogleden
Zaaknummer	: ANO06.73
Zittingsdatum	: 1 november 2006

ANONIEM BINDEND ADVIES

Zaak ANO06.73, geneeskundige zorg, plastische chirurgie, ooglidcorrectie

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

(art. 11 Zvw, 2.4 Bzv, 2.1 Rzv)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen verzoeker,

tegen

C te D, hierna te noemen de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen het besluit van de zorgverzekeraar d.d. 28 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 Verzoeker 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 13 maart 2006 heeft de zorgverzekeraar verzoeker bericht dat de ingediende aanvraag tot vergoeding van een plastisch-chirurgische ingreep, te weten een correctie van de bovenoogleden, is afgewezen.
- 3.3 Verzoeker heeft de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd, waarna deze hem bij brief van 9 mei 2006 heeft medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4 Bij brief van 24 mei 2006 heeft verzoeker 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 verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 37,00 voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren.
- 3.6 De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie op 3 augustus 2006 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt.
- 3.7 Op 7 augustus 2006 is verzoeker een afschrift van de reactie van de zorgverzekeraar gezonden. Tevens zijn verzoeker 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 1 november 2006 in persoon gehoord.

3.9 Bij brief van 2 november 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 5 december 2006, op de voet van artikel 114 lid 3 van de Zvw, advies gegeven. Een afschrift hiervan is aan partijen gezonden.

4. Het standpunt van verzoeker

4.1 Verzoeker geeft aan dat hij zich bij de wijziging van het zorgstelsel met ingang van 1 januari 2006 ten aanzien van de dekking en premies van de verschillende maatschappijen georiënteerd heeft. In dat verband heeft verzoeker telefonisch contact gehad met de zorgverzekeraar en gevraagd of de ingreep in aanmerking komt voor vergoeding, waarop bevestigend werd geantwoord. Vervolgens heeft hij de keuze gemaakt voor deze zorgverzekeraar. Verzoeker geeft nog aan dat hij zich niet kan voorstellen dat de gesprekken niet opgenomen zijn.

4.2 Verzoeker stelt verder verbaasd te zijn over de mededeling van de zorgverzekeraar dat aan een telefoongesprek met een medewerker geen rechten kunnen worden ontleend. Dit heeft tijdens de campagne van de zorgverzekeraar nergens vermeld gestaan.

4.3 Verzoeker is van mening dat hij, door de afwijzing van de zorgverzekeraar, aanzienlijke schade lijdt. Hij stelt zich op het standpunt dat, aangezien deze schade voortvloeit uit misleiding, de zorgverzekeraar gehouden is deze te vergoeden, onder aftrek van de méérpremie die verzoeker bij zijn vorige zorgverzekeraar zou hebben moeten betalen. Diens aanvullende verzekering kende namelijk wél dekking voor de onderhavige kosten.

5. Het standpunt van de zorgverzekeraar

5.1 De zorgverzekeraar stelt dat artikel 8.4 van de polisvoorwaarden bepaalt dat behandeling van plastisch-chirurgische aard slechts onder de (geneeskundige) zorg valt indien deze strekt tot correctie van verlamde of verslaptte bovenoogleden die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening. Nu uit de aanvraag van de specialist niet is gebleken dat verzoeker een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening heeft, komt verzoeker niet in aanmerking voor vergoeding van de correctie van de bovenoogleden.

5.2 De zorgverzekeraar geeft aan het te betreuren dat verzoeker zich misleid voelt door informatie, afkomstig van een van zijn medewerkers. De mededeling dat een ooglidcorrectie op medische indicatie voor vergoeding in aanmerking komt, impliceert niet dat er in alle gevallen vergoeding plaatsvindt. Beoordeling van het recht op vergoeding dient volgens de zorgverzekeraar te geschieden aan de hand van de polisvoorwaarden en op grond van de Zorgverzekeringswet. Vervolgens stelt hij dat, met betrekking tot vragen over vergoedingen, nimmer zonder meer kan worden afgegaan op telefonisch verstrekte informatie. Afgezien van eventuele bewijsproblemen kan zich altijd een situatie voordoen dat een onvolledig beeld ontstaat doordat niet alle relevante informatie is gegeven, gevraagd of verduidelijkt. Het beroep, door verzoeker, op het vertrouwensbeginsel kan niet slagen omdat er geen ondubbelzinnige en bewijsbare toezeggingen zijn gedaan. Evenmin is er sprake van misleiding.

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.
- 7.3 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 het eerste lid, onderdeel b onder 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.
- 7.4 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.
- 7.5 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 zorgverzekerder 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 het derde lid van artikel 11 Zvw, naar aard en omvang omschreven in artikel 2.4 van het Bzv. In 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 het tweede lid wordt bepaald dat bij mini-steriële regeling bepaalde vormen van zorg kunnen worden uitgezonderd. Op grond hiervan is in artikel 2.1 van het Rzv een aantal ingrepen expliciet uitgezonderd. Onder a wordt de behandeling van bovenoogleden die verlamd of verslap zijn uitgesloten, tenzij dit een gevolg is van een aangeboren afwijking of van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening.
- 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 verzoeker niet aannemelijk heeft gemaakt dat er in zijn situatie sprake is van een aangeboren afwijking of van een bij de geboorte

aanwezige chronische aandoening als bedoeld in artikel 8.4 lid 1 onderdeel b onder 3 van de zorgverzekering. In zijn advies van 5 december 2006, concludeert het Cvz hier ook toe.

- 7.8 Verzoeker heeft evenwel , alvorens de zorgverzekering af te sluiten, informatie ingewonnen bij de zorgverzekeraar over de vergoeding van een ooglidcorrectie. Daarbij heeft verzoeker expliciet gevraagd of een dergelijke ingreep door de zorgverzekeraar vergoed zou worden. Hierop is bevestigend geantwoord. Op de zitting heeft de gemachtigde van de zorgverzekeraar beaamd dat deze lezing plausibel is.
- 7.9 Op grond hiervan is de commissie van mening dat aan verzoeker een toezegging is gedaan die onvoldoende door de zorgverzekeraar is betwist en derhalve nagekomen dient te worden.
- 7.10 Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen.
- 8. Het bindend advies
- 8.1 De commissie wijst het verzoek toe.
- 8.2 De zorgverzekeraar dient het entreebedrag van € 37,00 aan verzoeker te vergoeden.

Zeist, 27 december 2006

Voorzitter