

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B vs C te D
Zaak	: Geneeskundige zorg, plastische-chirurgie, correctie bovenoogleden
Zaaknummer	: ANO07.141
Zittingsdatum	: 18 juli 2007

Zaak ANO07.141, 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 10 augustus 2006 inzake de afwijzing van vergoeding van de kosten 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 Zorgverzekering naturapolis, een verzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw) (hierna: de zorgverzekering). Verzoekster heeft ook een aanvullende verzekering bij de zorgverzekeraar.

3.2 Bij brief van 10 augustus 2006 heeft de zorgverzekeraar verzoekster bericht dat de ingediende aanvraag tot vergoeding van de kosten van een plastisch-chirurgische ingreep, te weten een correctie van de bovenoogleden, is afgewezen.

3.3 Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 5 maart 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn standpunt te handhaven.

3.4 Bij brief van 15 maart 2007 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 april 2007 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt.

3.7 Bij brief van 25 april 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen verzocht om advies, een en ander conform artikel 114 Zvw.

3.8 Op 2 mei 2007 is verzoekster een afschrift van de reactie van de zorgverzekeraar gezonden. Tevens zijn partijen in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Van de

mogelijkheid zich te doen horen is door verzoekster op 5 mei 2007 afgezien, terwijl de zorgverzekeraar op 16 mei 2007 heeft aangegeven niet te willen worden gehoord.

- 3.9 Het College voor zorgverzekeringen heeft op 3 mei 2007, op de voet van artikel 114 lid 3 van de Zvw, zijn advies gegeven. Een afschrift hiervan is aan partijen gezonden.

4. Het standpunt van verzoekster

- 4.1 In verband met klachten aan haar ogen, is verzoekster in oktober 2006 naar de huisarts gegaan. Deze constateerde dat de klachten te wijten waren aan de ruime huid van de bovenoogleden. In de verklaring van de plastisch-chirurg (van 3 augustus 2006) wordt een blepharoplastiek geïndiceerd. Verzoekster geeft aan dat het haar verbaast dat deze ingreep niet door de zorgverzekeraar wordt vergoed, te meer omdat andere zorgverzekeraars de ingreep, op basis van een medische indicatie, volledig vergoeden.

5. Het standpunt van de zorgverzekeraar

- 5.1 Volgens de zorgverzekeraar kan de behandeling niet vergoed worden, daar sprake is van uitgesloten zorg. Hierop bestaat weliswaar een uitzondering, maar verzoekster voldoet niet aan de daarbij gestelde eisen. Een gedeeltelijke vergoeding is mogelijk vanuit een aanvullende verzekering. Verzoekster heeft echter niet de juiste aanvullende verzekering afgesloten, waardoor ook op grond hiervan geen (gedeeltelijke) vergoeding kan plaatsvinden.

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 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 Zvw. 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, zodat verzoekster in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg. Waar het vervolgens gaat om de onderhavige kosten, geldt dat vergoeding voor plastisch-chirurgische ingrepen is geregeld in artikel 19 van de zorgverzekering. In artikel 19 lid 3 van de zorgverzekering staat, voor zover hier van belang, het volgende:

"Behandeling van plastisch-chirurgische aard valt slechts onder de zorg indien die strekt tot correctie van:

- a. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;*
- b (...);*
- c. verlamde of verslapte bovenoogleden die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening”.*

Artikel 19 lid 2 onder d van de zorgverzekering bepaalt, voor zover hier van belang, het volgende:

“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 Op grond van artikel 3 van de voorwaarden is de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Bzv en de Rzv met inbegrip van de daarbij behorende toelichtingen en het door de verzekeringnemer ingevulde aanmeldingsformulier.
- 7.4 Voor de beoordeling van het onderhavige geschil 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 Zvw, naar aard en omvang omschreven in artikel 2.4 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. Onder 1 zijn de aantoonbare functiestoornissen vermeld en onder 3 de correctie van verlamde of verslapte bovenoogleden die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening.
- 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 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 hierover verder te lezen dat het in genoemd artikel 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. Vervolgens blijkt uit de toelichting bij laatstgenoemde regeling dat de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport bewust gekozen heeft bij de uitsluitingen geen onderscheid te maken tussen medisch noodzakelijk versus niet-medisch noodzakelijk. Dit betekent dat behalve behandelingen met primair een cosmetisch doel – die toentertijd al van vergoeding waren uitgesloten – in een aantal gevallen ook behandelingen 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 Ziekenfondswet genoemde uitsluitingsgrond voor de behandeling van bovenoogleden komt overeen met 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 in de situatie van verzoekster niet is gebleken van een aangeboren afwijking of van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening zodat de uitsluiting van artikel 19 lid 2 onder d van de zorgverzekering onverkort van toepassing is. De correctie van de bovenoogleden van verzoekster valt derhalve niet onder de geneeskundige zorg die op grond van de zorgverzekering voor vergoeding in aanmerking komt.
- 7.8 Het voorgaande leidt ertoe het verzoek dient te worden afgewezen.
8. Het bindend advies
- 8.1 De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 23 juli 2007

Voorzitter