

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vertegenwoordigd door E te F tegen C te D
Zaak : Plastische chirurgie, ooglidcorrectie
Zaaknummer : 2010.02349
Zittingsdatum : 16 maart 2011

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2010, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2010)

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door E te F

tegen

C te D

hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] Zorgverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw), en een schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering GezondheidsServices afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Deze is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van een bovenooglidcorrectie beiderzijds (hierna: de aanspraak), welke aanspraak bij beslissing van 9 april 2010 is afgewezen.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 7 mei 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.4. Bij brief van 13 december 2010 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stuk-

ken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 4 februari 2011 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 8 februari 2011 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 16 februari 2011 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 9 maart 2011 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 8 februari 2011 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 11 februari 2011 heeft het CVZ (zaaknummer 2011017569) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat geen sprake is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 16 maart 2011 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 18 maart 2011 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of het verslag aanleiding geeft tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 22 maart 2011 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. De behandelend oogarts heeft bij verzoekster een “forse aponeurogene blepharoptosis bdz. t.g.v. langdurig CL-gebruik” geconstateerd.
- 4.2. Volgens verzoekster stelt de ziektekostenverzekeraar ten onrechte dat *uitsluitend* in geval van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige aandoening aanspraak bestaat op een ooglidcorrectie. Een zodanige beperking is niet in de verzekeringsvoorwaarden opgenomen.
Onder verwijzing naar artikel 20.4.1. lid a van de verzekeringsvoorwaarden voert verzoekster aan dat bij haar sprake is van een afwijking in het uiterlijk, die aantoonbaar lichamelijke functiestoornissen veroorzaakt. Zij heeft namelijk problemen met haar zicht, terwijl daarnaast het constant optrekken van het voorhoofd zeer vermoeiend is. De in de voorwaarden opgenomen uitsluiting kan op basis van redelijkheid en billijkheid hier niet van toepassing zijn. De “algemene gezondheidszorg met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen gaat boven deze uitsluiting uit”, aldus verzoekster. Tot slot is, gezien haar leeftijd, het feit dat de oogleden gaan hangen een aangeboren afwijking. Aangeboren, in die zin dat het afhangen van de oogleden niet wordt veroorzaakt door een van buiten komende (plotselinge) invloed die de afwijking heeft veroorzaakt.

- 4.3. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling het volgende aangevoerd. Door haar erfelijke aanleg is zij aangewezen op contactlenzen. Het dragen van deze lenzen veroorzaakt de overhang van de oogleden. Dit is een ouderdomsklacht. Het is tevens een aangeboren afwijking, omdat een externe oorzaak ontbreekt. De polisvoorwaarden beogen cosmetische ingrepen uit te sluiten, maar daarvan is hier geen sprake. Verzoekster stelt dat de ziektekostenverzekeraar een private organisatie is met private polisvoorwaarden. De verwijzing naar de bedoelingen van de wetgever is daarom niet valide. Daarbij gaat het om gewone medische kosten.
- 4.4. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt, onder verwijzing naar artikel 20, leden 4 en 5 van de verzekeringsvoorwaarden dat, nu geen sprake is van een aangeboren afwijking of een aangeboren chronische aandoening, geen aanspraak bestaat op een bovenooglidcorrectie. De ziektekostenverzekeraar tekent hierbij aan dat een medische indicatie niet hetzelfde is als een verzekeringsindicatie.
- 5.2. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar, onder verwijzing naar artikel 20.5 onder b van de polisvoorwaarden, ter aanvulling aangevoerd dat een bovenooglidcorrectie in alle andere gevallen onder de uitsluiting valt. Een verzekeringsindicatie is er zodoende alleen bij de situatie als bedoeld onder c van dit artikel. De wetgever heeft niet alleen cosmetische operaties willen uitsluiten. Een bovenooglidcorrectie, ook als deze medisch noodzakelijk is, in beginsel uitgesloten, tenzij in het zeldzame geval dat sprake is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige aandoening. De ziektekostenverzekeraar merkt op dat hij weldegelijk is gebonden aan de onderliggende wetgeving. Deze regelt immers de aard en omvang van de verzekerde zorg.
- 5.3. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.
6. De bevoegdheid van de commissie
- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.
7. Het geschil
- 7.1. In geschil is of verzoekster aanspraak heeft op een bovenooglidcorrectie beiderzijds ten laste van de zorgverzekering.
8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving
- 8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.
- 8.2. De zorgverzekering betreft een restitutiepolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is ge-

regeld in de artikelen 19 tot en met 42 van de zorgverzekering.

Artikel 20.4 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op behandelingen van plastisch-chirurgische aard bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“Wij vergoeden behandelingen die plastisch-chirurgisch van aard zijn, als ze zijn bedoeld om de volgende zaken te corrigeren:

- a. afwijkingen in uw uiterlijk die aantoonbare lichamelijke functiestoornissen veroorzaken;*
- b. verminkingen die zijn ontstaan door ziekte, een ongeval of een geneeskundige verrichting (bijvoorbeeld een operatie);*
- c. verlamde of verslakte bovenoogleden die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of van een chronische aandoening die al bij de geboorte aanwezig was; (...)”*

Artikel 20.5 van de zorgverzekering sluit de volgende zorg uit van vergoeding:

- “b. behandeling van verlamde of verslakte bovenoogleden als geen sprake is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening. (...)”*

- 8.3. De artikelen 20.4 en 20.5 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2.1 van de ‘algemene voorwaarden’ van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.4. Artikel 11, lid 1, onderdeel a Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Plastische chirurgie is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.1 Rzv.
- 8.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Anders dan verzoekster meent, is in artikel 20.4 van de zorgverzekering sprake van een limitatieve opsomming van (verzekerings)indicaties. In de situatie van verzoekster zou kunnen worden gedacht aan de indicaties genoemd onder a, b, en c. De vraag naar de aanwezigheid van een van deze indicaties kan evenwel onbeantwoord blijven, nu een bovenooglidcorrectie, op grond van artikel 20.5 van de zorgverzekering, zonder meer is uitgesloten van vergoeding, tenzij sprake is van een aangeboren afwijking dan wel van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening. De stelling dat het hier een aangeboren afwijking betreft omdat deze is ontstaan zonder invloed van buiten, snijdt geen hout. Het afhangen van de oogleden is een aspect van het verouderingsproces in samenhang met de zwaartekracht. Gezien de leeftijd van verzoekster moet ook in haar geval worden vermoed dat die combinatie als oorzaak moet worden beschouwd. Dat dat vermoeden onjuist is heeft verzoekster niet aannemelijk gemaakt in zodanige situatie is geen sprake van een ‘afwijking’ in de zin van artikel 20.4 onder c.

Werking privaatrecht

- 9.2. Door verzoekster is betoogd dat het beroep van de ziektekostenverzekeraar op de uitsluiting van artikel 20.5 van de voorwaarden van de zorgverzekering niet mag worden gehonoreerd omdat in dit geval toepassing hiervan naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is.
- De commissie vermag dit niet in te zien. Het afhangen van de bovenoogleden is een zeer vaak voorkomend verschijnsel. Met het opnemen van de uitsluiting in artikel 2.1. onder a Rzv heeft de wetgever welbewust en duidelijk ervoor gekozen dat uitsluitend in de situatie dat sprake is van een aangeboren afwijking dan wel van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening een aanspraak op een vergoeding ontstaat. Die situatie doet zich hier niet voor, zoals onder 9.1 is overwogen.
- Door verzoekster zijn ook voor het overige geen feiten en omstandigheden aangevoerd die haar geval zo bijzonder maken dat met succes een beroep zou kunnen worden gedaan op artikel 6:248 lid 2 BW.

Conclusie

- 9.3. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 30 maart 2011,

Voorzitter