

# **ANONIEM BINDEND ADVIES**

Partijen : A te B, tegen C te D  
Zaak : Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, ooglidcorrectie  
Zaaknummer : 2012.00284  
Zittingsdatum : 15 augustus 2012

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 2011, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.4 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2011)

---

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

C te D, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] Zorg Geregeld Polis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Extra Zorg Polis Goed afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De eveneens afgesloten verzekering Tand Beter Pakket is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een bovenooglidcorrectie beiderzijds (hierna: de aanspraak). Bij brief van 10 mei 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 16 augustus 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. Nadat verzoeker de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen had benaderd, heeft de Ombudsman Zorgverzekeringen hem op 22 februari 2012 medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling. Verzoeker is daarbij geweest op de mogelijkheid de kwestie voor bindend advies voor te leggen aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen.
- 3.4. Met het klachtenformulier van 28 februari 2012 heeft verzoeker 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 dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).

- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 37,- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 14 mei 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 16 mei 2012 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 21 mei 2012 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 10 augustus 2012 medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 16 mei 2012 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 6 juni 2012 heeft het CVZ (zaaknummer 2012065306) de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat geen sprake is van verlamde of verslakte bovenoogleden ten gevolge van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening. Een afschrift van het CVZ-advies is op 7 juni 2012 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 15 augustus 2012 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 16 augustus 2012 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 21 augustus 2012 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 verzoeker

- 4.1. De behandelend plastisch chirurg heeft in zijn brief van 27 april 2011 medegedeeld dat verzoeker functionele klachten ondervindt als gevolg van dermatochalasis van de bovenoogleden, welke klachten ondermeer bestaan uit een zwaar en vermoeid gevoel en hoofdpijn. Tevens is sprake van een gezichtsveldbelemmering die hem hindert bij bijvoorbeeld het autorijden. Ook is regelmatig sprake van smetten. Bij lichamelijk onderzoek blijkt een forse dermatochalasis te bestaan, waarbij het huidsurplus tot op de wimpers reikt. Er is geen ptosis van de musculus levator of vertherniatie. Laagstand van de wenkbrauwen is voornamelijk aan de laterale zijde (ongeveer 5 mm).
- 4.2. De behandeling waarop verzoeker aanspraak maakt, heeft inmiddels, overeenkomstig de wijze zoals in de aanvraag vermeld, plaatsgevonden.
- 4.3. Verzoeker heeft door zijn steeds slechter wordende zicht tweemaal een verkeersongeval gehad. Door de bovenooglidcorrectie is zijn zicht aanzienlijk verbeterd. Het is

een medisch en maatschappelijk verantwoorde operatie. De veiligheid van andere verkeersdeelnemers is hierdoor vergroot. Ook voelt verzoeker zich een stuk zekerder naar andere mensen toe.

4.4. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat hij de maatschappij al ruim € 10.000,- heeft gekost vanwege zijn slechte ogen. De ziektekostenverzekeraar zou daarom voor hem een uitzondering moeten maken. Verzoeker heeft de ingreep reeds voor eigen rekening laten uitvoeren. Hij heeft voor de ingreep € 1.000,- betaald. Als hij de ingreep met toestemming van de ziektekostenverzekeraar had laten uitvoeren, zou dezelfde ingreep € 3.500,- hebben gekost. De ziektekostenverzekeraar zou daar eens naar moeten kijken.

4.5. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

#### 5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Er bestaat alleen aanspraak op een bovenooglidcorrectie ten laste van de zorgverzekering, indien sprake is van verlamde of verslachte oogleden die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening. Dit speelt bij verzoeker niet. Daarom heeft hij op grond van de zorgverzekering geen aanspraak op een bovenooglidcorrectie. Dat verzoeker de ingreep heeft aangevraagd, omdat deze van groot belang was voor de veiligheid van andere verkeersdeelnemers en verzoeker zich tevens zekerder voelt naar andere mensen toe, maakt het voorgaande niet anders.

5.2. In de aanvullende ziektekostenverzekering is geen vergoeding opgenomen voor een bovenooglidcorrectie.

5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat hij begrijpt dat verzoeker heel veel klachten heeft door zijn overhangende bovenoogleden. Verzoeker voldoet echter niet aan de polisvoorwaarden, omdat bij hem geen sprake is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening.

5.4. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

#### 6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 10 van de zorgverzekering en 7 van de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.

#### 7. Het geschil

7.1. In geschil is of verzoeker aanspraak heeft op een bovenooglidcorrectie beiderzijds ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

#### 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 naturapolis, 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 geregeld in de artikelen 11 e.v. van de zorgverzekering.  
 Artikel 18 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op plastische chirurgie bestaat, en luidt, voor zover hier van belang:
- “Uw recht op geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 13 (Medisch specialistische zorg) omvat behandeling van plastisch-chirurgische aard, als het gaat om correctie van:*
- 1. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;*
  - 2. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, een ongeval of een geneeskundige verrichting;*
  - 3. verlamde of verslachte bovenoogleden die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;*
- (...)*  
*U hebt geen recht op:*
- a. behandeling van verlamde of verslachte bovenoogleden als er geen sprake is van een aangeboren afwijking of van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;*
- (...)*”
- 8.3. Artikel 18 van de zorgverzekering is volgens de artikelen 2.3, 2.9 en 2.10 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. De Zvw, het daarop gebaseerde Bzv en de Rzv, schrijven dwingend voor welke prestaties onder de zorgverzekering verzekerd dienen te zijn. De verzekerde die een zorgverzekering sluit heeft recht op niet meer of minder dan deze prestaties. De zorgverzekering is in dit opzicht een bijzondere, van overheidswege gereguleerde vorm van schadeverzekering. Het staat de ziektekostenverzekeraar niet vrij een dekking te bieden die hetzij ruimer dan wel beperkter is dan op grond van het bij of krachtens de Zvw bepaalde is voorgeschreven.  
 De hiervoor beschreven regeling, zoals opgenomen in de zorgverzekering, strookt met de toepasselijke regelgeving.

## 9. Beoordeling van het geschil

### **Ten aanzien van de zorgverzekering**

- 9.1. Artikel 18 van de zorgverzekering bevat een limitatieve opsomming van (verzekerings)indicaties. Volgens verzoeker is bij hem sprake van aantoonbare lichamelijke functiestoornissen. De vraag naar de aanwezigheid van deze of één van de andere

indicaties kan evenwel onbeantwoord blijven, nu een bovenooglidcorrectie, op grond van hetzelfde artikel, zonder meer is uitgesloten van vergoeding, tenzij in geval van een aangeboren afwijking dan wel van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening. Verzoeker heeft niet aannemelijk gemaakt dat bij hem een dergelijke afwijking of aandoening aan de orde is.

- 9.2. De commissie concludeert dat verzoeker geen aanspraak heeft op vergoeding van een bovenooglidcorrectie beiderzijds ten laste van de zorgverzekering.

#### **Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering**

- 9.3. Het is de commissie gebleken dat de aanvullende ziektekostenverzekering geen dekking biedt voor het gevraagde, zodat de bespreking hiervan achterwege kan blijven.

#### **Conclusie**

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

#### 10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 29 augustus 2012,

Voorzitter