# ANONIEM
# BINDEND ADVIES

| | |
|---|---|
| Partijen | : A te B versus C te D |
| Zaak | : Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, bovenooglidcorrectie en wenkbrauwlift |
| Zaaknummer | : 2008.01988 |
| Zittingsdatum | : 17 december 2008 |

Zaak: 2008.01988 (Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, bovenooglidcorrectie en wenkbrauwlift)

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2008, artt. 10 en 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 de beslissing van de zorgverzekeraar van 9 april 2008 inzake het niet vergoeden van een bovenooglidcorrectie en wenkbrauwlift.

3. Ontstaan en verloop van het geding

3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Basispolis Basic (hierna: de zorgverzekering). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW) en betreft een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw).

3.2. De behandelend oogarts heeft bij verzoeker de volgende diagnose gesteld:”hinderlijke blefarochalasis die een belemmering geeft van het gezichtsvermogen”. De oogarts heeft naar aanleiding van de gestelde diagnose bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op verstrekking van de door verzoeker gewenste zorg bestaande uit een “operatieve correctie van de blefarochalasis”, ten laste van de zorgverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 9 april 2008 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat zijn aanspraak is afgewezen.

3.3. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 21 mei 2008 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te handhaven.

3.4. Bij brief van 27 augustus 2008 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar 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 verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 37,00 voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek is

een afschrift van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

3.6. De zorgverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief van 15 oktober 2008 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 6 november 2008 aan verzoeker gezonden.

3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 10 november 2008 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.

3.8. Bij brief van 4 november 2008 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 2 december 2008 heeft het CVZ bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat bij verzoeker geen sprake is van verlamde of verslapte bovenoogleden die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening. Een afschrift van het CVZ-advies is op 3 december 2008 aan partijen gezonden.

3.9. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 17 december 2008 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.

3.10. Bij brief van 18 december 2008 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 voorlopige advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 19 december 2008 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopige advies als definitief kan worden beschouwd.

4. <u>Het standpunt en de conclusie van verzoeker</u>

4.1. Verzoeker stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat in dit geval sprake is van een aangeboren afwijking. Hij licht toe dat hij als kind jarenlang onder behandeling heeft gestaan van het Ooglijdersgasthuis. Wegens ontstekingen zijn de oogharen van verzoeker verwijderd. Hij geeft aan last te hebben van pijn aan de ogen.

4.2. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling het volgende aangevoerd. In het verleden heeft hij veel last gehad van zijn ogen. Uiteindelijk zijn de oogharen verwijderd, omdat zij naar binnen groeiden. Verzoeker geeft aan dat naar zijn mening sprake is van een aangeboren afwijking. Verzoeker geeft aan dat de kosten van de wenkbrauwlift voor zijn rekening blijven.

4.3. Verzoeker komt tot de conclusie dat zijn verzoek dient te worden toegewezen.

5. <u>Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar</u>

5.1. De zorgverzekeraar stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat in het geval van verzoeker niet is gebleken dat de verslapte bovenoogleden het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening, als bedoeld in artikel 2, onderdeel c, van de ‘Lijst van aanspraken’ van de zorgverzekering.

5.2. Ter zitting is door de zorgverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat bij verzoeker geen sprake is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening. Wel zou verzoeker een aanspraak kunnen hebben op grond van een eventuele aanvullende verzekering. Deze is door verzoeker echter niet afgesloten.

5.3. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoeker terecht is afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

Voor zover het onderhavige geschil betrekking heeft op de zorgverzekering, is de commissie bevoegd daarvan kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. De beoordeling van het geschil

7.1. Het betreft hier een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. Artikel 2 sub c van de 'Lijst van aanspraken' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op plastisch-chirurgische behandeling bestaat. Genoemd artikel luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

*"Omschrijving*
*op behandeling van plastisch-chirurgische aard bestaat slechts aanspraak indien de behandeling strekt tot correctie van:*
*a. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;*
*b. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;*
*c. verlamde of verslapte bovenoogleden die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;*
*d. (…)*
*e. (…)*

*Uitsluitingen*
- *Behandeling voor correctie van verslapte of verlamde bovenoogleden, behoudens in geval de verslapping of verlamming het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;*
- *(..)"*

7.2. De regeling in artikel 2 sub c van de 'Lijst van aanspraken' van de zorgverzekering is volgens artikel 4 lid 1 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

7.3. 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 verzekerd risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Behandeling van plastisch-chirurgische aard is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 lid 1 onder b Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.1 Rzv.

7.4. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.

7.5. Het geschil betreft in de eerste plaats de vraag of bij verzoeker sprake is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening op grond waarvan hij aanspraak kan maken op vergoeding van een bovenooglidcorrectie ten laste van de zorgverzekering. Ten aanzien hiervan overweegt de commissie als volgt.

7.6. Door verzoeker zijn geen stukken aangevoerd waaruit blijkt dat bij hem sprake is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening als bedoeld in artikel 2 sub c van de 'Lijst van aanspraken' van de zorgverzekering. Het enkele feit dat hij als kind onder behandeling heeft gestaan van het Ooglijdersgasthuis is onvoldoende om tot die conclusie te komen.

7.7. Waar het gaat om de wenkbrauwlift verklaart de commissie zich onbevoegd. De zorgverzekeraar is, conform de regelgeving op dit punt, uitgegaan van de aanvraag, waar enkel om een bovenooglidcorrectie wordt gevraagd. Pas nadat de aanvraag voor een wenkbrauwlift bij de zorgverzekeraar is gedaan, en deze, na een eventuele afwijzing, een heroverweging heeft uitgevoerd, is de commissie bevoegd uitspraak te doen.

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

8. Het bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 14 januari 2008

Voorzitter