



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen Menzis Zorgverzekeraar N.V. en Menzis N.V. , beide te Wageningen  
Zaak : Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, bovenooglidcorrectie  
Zaaknummer : 201501255  
Zittingsdatum : 18 november 2015

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden zorgverzekering 2014, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2014)

---

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

- 1) Menzis Zorgverzekeraar N.V. te Wageningen, en
  - 2) Menzis N.V. te Wageningen,
- hierna gezamenlijk 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 verzekering ZorgVerzorgd (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringwet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering ExtraVerzorgd 3 afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De eveneens afgesloten aanvullende verzekering TandVerzorgd 750 is niet in geschil en blijft daarom verder buiten beschouwing.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een bovenooglidcorrectie beiderzijds (hierna: de aanspraak). Bij brief van 25 februari 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 18 maart 2015 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 10 augustus 2015 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 dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 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 stukken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 1 oktober 2015 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 2 oktober 2015 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 5 oktober 2015 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 4 november 2015 per e-mailbericht medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10, lid 9 van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat de onderhavige zaak enkelvoudig wordt afgedaan.
- 3.9. Bij brief van 2 oktober 2015 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 13 oktober 2015 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2015121745) 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 advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoekster is op 18 november 2015 in persoon gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch aan de hoorzitting deelgenomen. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.11. Bij brief van 19 november 2015 heeft de commissie het Zorginstituut een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 23 november 2015 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen en nagekomen stukken geen aanleiding vormen tot aanpassing van het 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 ten aanzien van verzoekster het volgende verklaard: "*Verzoekster [...] is uitgebreid bekend op de afdeling Oogheelkunde van het MST. Zij is bekend met low tension glaucoom ODS waarvoor een trabeculectomie ODS in 2008/2014. Hierna zijn de oogdrukken beiderzijds onder de 10mmHg. Wel bestaat er beiderzijds gezichtsvelduitval ten gevolge van dit glaucoom. De laatste jaren is er een duidelijke (...) blepharochalasis met browptosis bij gekomen. Deze zorgen voor verdere beperking van het gezichtsveld. De visus is beiderzijds 0.9 met correctie. Patiënte komt mijns inziens in aanmerking voor een blepharochalasis correctie en een browptosis correctie*".
- 4.2. Verzoekster is vanaf 2008 onder behandeling van de oogarts die na diverse onderzoeken concludeerde dat verzoekster aan beide ogen leed aan 'normal tension glaucoma'. In 2008 is verzoekster aan haar linkeroog geopereerd en in 2013 aan haar rechteroog. In 2014 werd vanwege complicaties een hersteloperatie aan haar rechteroog verricht. Na deze operaties kreeg verzoekster pijn en irritaties aan haar ogen.
- 4.3. Verzoekster is van mening dat haar klachten het gevolg zijn van de eerder uitgevoerde oogoperaties. De voor de behandeling van deze klachten aangewezen ingreep valt daarom niet, zoals ziektekostenverzekeraar stelt, onder de in de zorgverzekering vermelde uitsluiting. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster verzocht om een verwijzing van de oogarts en de plastisch chirurg. Aan dit verzoek heeft verzoekster voldaan. Zowel de oogarts als de plastisch chirurg vindt dat de ingreep medisch noodzakelijk is om onder andere schade in de toekomst te voorkomen. De ziektekostenverzekeraar heeft, door te vragen naar een verwijzing, bij verzoekster

de suggestie gewekt dat ruimte bestond voor vergoeding. Er volgde echter een afwijzing. Ook het verzoek om een coulanceregeling werd afgewezen.

4.4. Ter zitting heeft verzoekster haar stellingen herhaald. Volgens haar is de afwijzende beslissing van achter het bureau genomen en had een bezoek aan het spreekuur van de medisch adviseur duidelijkheid kunnen bieden. De operatie heeft intussen plaatsgevonden. Desgevraagd is door verzoekster verklaard dat een bovenooglidcorrectie beiderzijds is uitgevoerd.

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

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

5.1. Een bovenooglidcorrectie kan alleen vanuit de zorgverzekering worden vergoed indien sprake is van behandeling van verlamde of verslachte bovenoogleden die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening. Aangezien verzoekster niet aan dit criterium voldoet, komt zij niet in aanmerking voor een bovenooglidcorrectie beiderzijds ten laste van de zorgverzekering.

5.2. Een bovenooglidcorrectie is niet gedekt in de aanvullende ziektekostenverzekering. De ziektekostenverzekeraar is voorts van mening dat geen sprake is van een dusdanig ernstige situatie dat een coulancevergoeding is aangewezen. Bovendien zou het maken van een uitzondering in dit geval betekenen dat ook in soortgelijke situaties altijd coulance moet worden betracht.

5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat serieus naar de zaak is gekeken. De beslissing is inderdaad van achter het bureau genomen, hetgeen mogelijk was omdat de voorwaarden vanuit de overheid duidelijk zijn. Ook de stukken van de artsen waren helder. Het is dan niet zinvol iemand op te roepen voor het spreekuur van de medisch adviseur. De ziektekostenverzekeraar benadrukt dat het Zorginstituut de afwijzing onderschrijft.

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 A17 van de zorgverzekering en 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 de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen 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 zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de voorwaarden van de zorgverzekering.

8.3. De zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op behandeling van plastisch-chirurgische aard bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

*“U heeft recht op behandelingen van plastische chirurgische aard als het gaat om correctie van:*

- *afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen,*
- *verminderingen die gevolg zijn van een ziekte, ongeval of een geneeskundige verrichting,*
- *verlamde of verslakte bovenoogleden die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening,*

*(...)*

*U heeft geen recht op behandelingen van plastische chirurgische aard als het gaat om:*

- *correctie van verlamde of verslakte bovenoogleden die niet het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening,*

*(...)*

*U heeft alleen recht op plastische chirurgie als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van uw huisarts, medisch specialist of specialist ouderengeneeskunde (verpleeghuisarts).*

*(...)*

- 8.4. De voorwaarden van de zorgverzekering zijn gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.5. 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.
- 8.6. 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. Verzoekster heeft aangevoerd dat haar oogklachten voortkomen uit eerder ondergane operaties. De commissie merkt hierover op dat die betreffende operaties zijn afgerond, waarbij het naar medisch inzicht haalbare resultaat is bereikt, zodat niet van een vervolgooperatie kan worden gesproken. Dit blijkt ook reeds uit het feit dat voor de bovenooglidcorrectie beiderzijds een aparte aanvraag is gedaan.  
Voor zover verzoekster met de stelling bedoelt dat bij haar sprake is van een verzekeringsindicatie in de vorm van verminking als gevolg van een ziekte, ongeval of een geneeskundige verrichting geldt het volgende. Correctie van de bovenoogleden is uitgesloten van de dekking tenzij sprake is van een aangeboren afwijking of van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening. Gesteld noch is gebleken dat deze situatie bij verzoekster aan de orde is. Volgens verzoekster was de correctie van de bovenoogleden noodzakelijk om verdere schade te voorkomen. De noodzaak van de operatie blijkt echter niet uit de verklaringen van de door verzoekster geraadpleegde artsen. Dit betekent dat de vraag naar de indicatie verder onbeantwoord kan blijven, aangezien ook als sprake zou zijn van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of verminking, de in de verzekeringsvoorwaarden opgenomen uitsluiting nog steeds onverkort van toepassing is. Ook het oproepen van verzoekster voor het spreekuur van de medisch adviseur was om deze reden niet

zinvol. Verzoekster heeft derhalve geen aanspraak op een bovenooglidcorrectie beiderzijds, ten laste van de zorgverzekering.

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

- 9.2. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor een ooglidcorrectie, zodat de aanspraak op die grond niet kan worden ingewilligd.

### **Gewekt vertrouwen**

- 9.3. De echtgenoot van verzoekster heeft op 17 november 2014 telefonisch contact gehad met de ziektekostenverzekeraar. Uit de contactregistratie blijkt dat is gesproken over de uitsluiting en dat de echtgenoot van verzoekster heeft verklaard dat de behandelend medisch specialist een aanvraag zou indienen. Verzoekster heeft aangevoerd dat sprake is van gewekt vertrouwen naar aanleiding van het toesturen van de verwijzing na het desbetreffende telefonisch contact. In de polisvoorwaarden is opgenomen dat alleen recht op plastische chirurgie bestaat als vooraf een schriftelijke verwijzing van de huisarts, medisch specialist of specialist ouderengeneeskunde (verpleeghuisarts) wordt overgelegd. Van een toezegging van de ziektekostenverzekeraar, inhoudende dat zonder meer wordt overgegaan tot (gedeeltelijke) vergoeding van de behandeling na ontvangst van stukken, is in de procedure niet gebleken.

### **Coulance**

- 9.4. Verzoekster stelt dat de ziektekostenverzekeraar coulance dient te betrachten. Dienaangaande oordeelt de commissie dat de bevoegdheid tot toepassing van coulance is voorbehouden aan de ziektekostenverzekeraar. In het door deze ter zake gevoerde beleid kan de commissie niet treden. Dit is slechts anders indien de ziektekostenverzekeraar een beleid zou voeren waarbij identieke gevallen verschillend worden behandeld. Gesteld noch gebleken is dat hiervan in de onderhavige situatie sprake is.

### **Conclusie**

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

### 10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 2 december 2015,

J.A.M. Strens-Meulemeester