

# **ANONIEM BINDEND ADVIES**

Partijen : Mevrouw A te B, tegen C te D  
Zaak : Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, ooglidcorrectie  
Zaaknummer : 2013.00579  
Zittingsdatum : 30 oktober 2013

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 2012, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2012)

---

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

C te D, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van het [naam ziektekostenverzekeraar] Basispakket, variant Natura (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Basisaanvullende regeling en de Regeling aanvullende vergoedingen, pakket 2 afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

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 26 november 2012 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 16 januari 2013 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 4 juli 2013 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 stuk-

ken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 6 september 2013 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 12 september 2013 aan verzoekster gezonden.
  - 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 30 september 2013 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 21 oktober 2013 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
  - 3.8. Bij brief van 12 september 2013 heeft de commissie het College voor Zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 18 september 2013 (zaaknummer 2013108766) 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 geen sprake is van verlamde of verslapte bovenoogleden die een gevolg zijn 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 op 2 oktober 2013 aan partijen gezonden.
  - 3.9. Verzoekster is op 30 oktober 2013 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 CVZ.
  - 3.10. Bij brief van 31 oktober 2013 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 4 november 2013 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 arts heeft bij verzoekster het volgende vastgesteld: *“er is sprake van de volgende klachten: hangende bovenoogleden, druk op beide ogen en hoofdpijn. Het is een medische indicatie”*.
    - 4.2. Verzoekster heeft op 25 november 2012 bij een gerenommeerde privékliniek een ooglidcorrectie ondergaan.
    - 4.3. Voordat verzoekster de operatie liet uitvoeren, heeft zij telefonisch contact gehad met de ziektekostenverzekeraar en gevraagd of de kosten van een ooglidcorrectie worden vergoed. De medewerkster heeft haar daarop tot tweemaal toe medegedeeld dat volledige vergoeding zou volgen. Voorwaarde was wel dat verzoekster een kopie van de verwijzing van de huisarts, een schrijven van de behandelend arts en een aantal foto's zou insturen. Nadat verzoekster de gevraagde informatie had opgestuurd kreeg zij op 26 november 2012 te horen dat de kosten van de ooglidcorrectie niet voor vergoeding in aanmerking komen. Als reden hiervoor voert de ziektekostenverzekeraar aan dat hij met de kliniek waar verzoekster de operatie heeft laten uitvoeren geen contract heeft gesloten. Over deze voorwaarde is verzoekster echter nooit door de ziektekostenverzekeraar geïnformeerd.

- 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. Aanspraak op een bovenooglidcorrectie ten laste van de zorgverzekering bestaat alleen indien sprake is van verlamde of verslakte bovenoogleden die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening. Dit is bij verzoekster niet het geval.
  - 5.2. Voorts is in artikel 7.2 van de aanvullende ziektekostenverzekering de voorwaarde opgenomen dat de ingreep dient te worden uitgevoerd in een gecontracteerd ziekenhuis. Aangezien verzoekster de ooglidcorrectie heeft laten uitvoeren in een niet gecontracteerde privékliniek worden de kosten niet vergoed ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.
  - 5.3. In zijn registratiesysteem heeft de ziektekostenverzekeraar twee telefoonnotities teruggevonden. Tijdens het eerste gesprek op 1 november 2011 heeft verzoekster gevraagd naar de voorwaarden voor een ooglidcorrectie in 2012. Op 16 november 2012 is opnieuw gesproken over de vergoeding van een ooglidcorrectie. Tijdens dit gesprek is verzoekster medegedeeld dat eerst een machtiging moet worden aangevraagd. Er is geen notitie gevonden dat in één van de gesprekken is toegezegd dat de gehele behandeling volledig zou worden vergoed.
  - 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 de artikelen 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 de ziektekostenverzekeraar is gehouden 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 zorgverleners. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 e.v. van de zorgverzekering.  
Plastische en/of reconstructieve chirurgie is geregeld in artikel 19 van de zorgverzekering en deze bepaling luidt, voor zover hier van belang:

**“Artikel 19 Plastische en/of reconstructieve chirurgie**

*Omschrijving:*

*Uw recht op geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 14 (Medisch specialistische zorg) omvat behandeling van plastisch-chirurgische aard, als het gaat om correctie van:*

*(...)*

*3. verlamde of verslaptte 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 verslaptte bovenoogleden als er geen sprake is van een aangeboren afwijking of van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening (...)*”

- 8.3. Artikel 19 van de zorgverzekering is volgens de artikelen 2.1 en 2.3 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.
- 8.6. Artikel 7.2 van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op correctie van bovenoogleden, en luidt, voor zover hier van belang:

*“Omschrijving*

*Correctie van bovenoogleden in een daartoe gecontracteerd ziekenhuis.*

*Door*

*Medisch specialist.*

*Vergoeding*

*Volledig*

*Indicatie*

*Eer zeer ernstige gezichtsveldbeperking. Hiervan is sprake als de onderrand van het bovenooglid of de overhangende huidplooi 1 mm boven het centrum van de pupil hangt of lager.*

*Gemeten wordt ter hoogte van het centrum van de pupil terwijl de verzekerde ontspannen recht vooruit kijkt.(...)"*

## 9. Beoordeling van het geschil

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

- 9.1. Een correctie van de bovenoogleden is uitgesloten van vergoeding, tenzij sprake is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening, aldus is geregeld in artikel 19 van de zorgverzekering. Niet is gebleken dat hiervan bij verzoekster sprake is, hetgeen meebrengt dat eerdergenoemde uitsluiting in dit geval onverkort van toepassing is. Verzoekster heeft daarom geen aanspraak op vergoeding van de correctie van de bovenoogleden ten laste van de zorgverzekering.

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

- 9.2. Op grond van artikel 7.2 van de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van een bovenooglidcorrectie. De ziektekostenverzekeraar heeft hierbij als voorwaarde gesteld dat de ingreep dient plaats te vinden in een door hem gecontracteerd ziekenhuis. Niet ter discussie staat dat verzoekster de ingreep heeft laten uitvoeren in een privékliniek. Zodoende is niet voldaan aan de toepasselijke voorwaarden en is de ziektekostenverzekeraar niet gehouden de onderhavige kosten te vergoeden ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

### **Telefonische toezegging**

- 9.3. Verzoekster heeft gesteld dat zij telefonisch contact heeft gehad met de ziektekostenverzekeraar, bij welke gelegenheid haar door één van de medewerkers tot tweemaal toe is medegedeeld dat de kosten van de onderhavige behandeling volledig worden vergoed. Een en ander is door de ziektekostenverzekeraar gemotiveerd betwist. Ten aanzien hiervan overweegt de commissie het volgende.
- 9.4. In de procedure is door verzoekster niet aannemelijk gemaakt dat van de zijde van de ziektekostenverzekeraar, in afwijking van de verzekeringsvoorwaarden, een eenduidige en onvoorwaardelijke, telefonische toezegging is gedaan. Uit de betreffende telefoonnotities blijkt slechts dat haar is medegedeeld dat een machtiging moet worden aangevraagd.
- 9.5. De commissie hecht hierbij belang aan het feit dat door verzoekster in het bijzonder niet is verklaard wanneer en met wie zij heeft gesproken, nog daargelaten dat het moeilijk is de exacte vraagstelling en de beantwoording daarvan te reconstrueren, terwijl dan nog het probleem blijft hoe dit antwoord luidde, respectievelijk mocht worden opgevat.

### **Conclusie**

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

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 6 november 2013,

Voorzitter