



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A. en OWM
Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar U.A., beide te
Tilburg

Zaak : Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, endoscopische voorhoofdslift en wenkbrauwlift

Zaaknummer : 201601982

Zittingsdatum : 25 januari 2017



Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. P.J.J. Vonk, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en mr. H.A.J. Kroon)



(Voorwaarden zorgverzekering 2016, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2016)

1. Partijen



A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

- 
- 1) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A., en
2) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar U.A., beide te Tilburg,
hierna gezamenlijk 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 CZ Zorg-op-maatpolis (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 Plus Collectief 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 Uitgebreide Tandarts Collectief is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 
- 3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een endoscopische voorhoofdslift en wenkbrauwlift (hierna: de aanspraak). Bij brief van 13 mei 2016 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 28 juli 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 
- 3.3. Bij brief van 26 augustus 2016 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).
- 
- 3.4. 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.
- 



3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 7 december 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 12 december 2016 aan verzoeker gezonden.



3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 19 december 2016 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 28 december 2016 schriftelijk medegedeeld eveneens niet te willen worden gehoord.



3.7. 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.



3.8. Bij brief van 12 december 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 6 januari 2017 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016137093) de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen. *"De in het dossier aanwezige informatie is beoordeeld conform de verzekeringsvoorwaarden en de hierboven genoemde werkwijzer. Op basis van de voorliggende gegevens concludeert de medisch adviseur dat verzoeker niet heeft aangetoond dat hij een indicatie had als benoemd in de werkwijzer."* Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 9 januari 2017 aan partijen gezonden. Zij zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren. Van deze mogelijkheid hebben beide partijen geen gebruik van gemaakt.



4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker



4.1. Verzoeker heeft in het verleden twee operaties gehad en een gamma knife behandeling ondergaan vanwege een hersenschwannoom. Als gevolg hiervan heeft hij ernstig last van vermoeidheids- en uitputtingsklachten die het hem onmogelijk maken deel te nemen aan het arbeidsproces. Verzoeker ontvangt derhalve sinds juni 2015 een WGA-uitkering. De behandelend medisch specialisten hebben tot nu toe geen relatie kunnen vinden tussen de operaties en de genoemde klachten. Verzoeker werd vervolgens door de behandelend plastisch chirurg erop gewezen dat zijn klachten mogelijk worden veroorzaakt door de moeite die het verzoeker kost om zijn ogen open te houden als gevolg van enerzijds een gevoelloze linker gezichtshelft en anderzijds zijn afhangelende oogleden en wenkbrauwen.



4.2. Verzoeker is het met de ziektekostenverzekeraar eens dat bij hem geen sprake is van verminking. Ook heeft verzoeker geen ernstige gezichtsveldbeperking. Echter, nergens in de polisvoorwaarden wordt de (verzekerings)indicatie in de vorm van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis beperkt tot een ernstige gezichtsveldbeperking. In artikel B.4.5. wordt het voorbeeld gegeven van onbehandelbaar smetten, hetgeen juist duidt op een ruime uitleg van het begrip aantoonbare lichamelijke functiestoornis. In het geval van verzoeker bestaat de aantoonbare lichamelijke functiestoornis uit ernstige vermoeidheids- en uitputtingsklachten.



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



5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar



5.1. Ingevolge artikel B.4.5 van de zorgverzekering bestaat aanspraak op plastisch-chirurgische behandelingen, waaronder een voorhoofdslift, indien sprake is van een (verzekerings)indicatie in de vorm van verminking of een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. Een verminking is een ernstige misvorming die in het dagelijks leven meteen opvalt, en die in ernst vergelijkbaar is met derdegraads brandwonden of geamputeerde ledematen. In het kader van een voorhoofdslift is sprake van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis ingeval de wenkbrauw zich onder het niveau van de orbitaand bevindt en er een ernstige gezichtsveldbeperking bestaat. Bij een verticale lidspleet met een afmeting van zeven millimeter



of minder kan worden gesproken van een ernstige gezichtsveldbeperking. Er is geen vergoeding mogelijk bij subjectieve klachten zoals hoofdpijn, vermoeidheid, een drukkend gevoel op het oog enzovoorts. Voornoemde voorwaarden zijn gebaseerd op de VAGZ Werkwijzer.

Voorts kan zorg alleen worden vergoed als de verzekerde hierop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. De zorg dient doelmatig te zijn.

- 5.2. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker uitgenodigd voor het spreekuur. Op basis van de bevindingen tijdens dit spreekuur concludeert de medisch adviseur dat verzoeker niet voldoet aan de gestelde voorwaarden voor de aangevraagde ingreep. Bij verzoeker is geen sprake van een lidspleet van zeven millimeter of minder, waardoor een ernstige gezichtsveldbeperking ontbreekt. Verzoeker geeft dit zelf ook aan in de stukken. Tevens is geen sprake van verminking.
- De klachten van verzoeker - ernstige vermoeidheids- en uitputtingsklachten - hebben mogelijk geen relatie met de afhangende wenkbrauwen. Het is dan ook de vraag of de aangevraagde ingreep de klachten zal wegnemen. Omdat het causaal verband niet kan worden vastgesteld, betreft de ingreep geen doelmatige zorg.

- 5.3. De klachten die verzoeker ervaart, kunnen weliswaar tot een medische indicatie leiden, maar dit leidt niet automatisch tot een vergoedingsindicatie. De medisch adviseur toetst hierbij alleen aan de geldende verzekeringsvoorwaarden.

- 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 A.22 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 verzoeker aanspraak heeft op een endoscopische voorhoofdslift en wenkbrauwlift, 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 artikelen B.1 e.v. van de zorgverzekering.

- 8.3. Artikel B.4.5. van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op plastische chirurgie bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“De zorg omvat behandelingen van plastisch chirurgische aard volgens de standaard van plastisch chirurgen. Het kan gaan om zorg met of zonder opname. Het gaat om correcties van:

- afwijkingen in uw uiterlijk die aantoonbare lichamelijke functiestoornissen veroorzaken. Het gaat hierbij om lichamelijke klachten waarvan door onderzoek is vastgesteld (objectief) dat ze zijn ontstaan door de te corrigeren lichamelijke afwijking. Een voorbeeld hiervan is: onbehandelbare, continue aanwezige smetplekken in de huidplooi bij een forse overhang van de buik.*
- verminkingen die zijn ontstaan door ziekte, een ongeval of een geneeskundige verrichting*

(bijvoorbeeld een operatie). Hiervan is sprake als het gaat om een ernstige misvorming die in het dagelijkse leven meteen opvalt, bijvoorbeeld: misvorming door brandwonden en geamputeerde (afgezette) benen, armen of borsten; (...)"

- 8.4. Artikel A.3.2. van de zorgverzekering bepaalt dat de verzekerde - gelet op de indicatie - naar inhoud en omvang redelijkerwijs moet zijn aangewezen op de zorg. De te verlenen zorg moet doelmatig zijn.
- 8.5. De artikelen A.3.2. en B.4.5. van de zorgverzekering zijn volgens artikel A.2.3. van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.6. 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.
Behandeling van plastisch chirurgische aard is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.1 Rzv.
Artikel 2.1 lid 3 Bzv bepaalt dat de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht heeft voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
- 8.7. 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. De zorgverzekering biedt aanspraak op een endoscopische voorhoofdslift en wenkbrauwlift indien sprake is van een (verzekerings)indicatie in de vorm van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis dan wel verminking als bedoeld in artikel B.4.5 van de zorgverzekering.
Teneinde te beoordelen of verzoeker aan de in dat verband toepasselijke criteria voldoet, gaat de commissie uit van de VAGZ Werkwijzer. Deze werkwijzer is opgesteld door de Vereniging voor artsen, tandartsen en apothekers werkzaam bij (zorg)verzekeraars (VAGZ) in samenwerking met Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en het College voor zorgverzekeringen, thans het Zorginstituut. Deze werkwijzer is geen regelgeving, maar wordt gehanteerd om te komen tot een eenduidige uitleg van hetgeen ten aanzien van plastische chirurgie is geregeld in het Bzv en de Rzv.
Gezien de wijze van totstandkoming en het doel van de werkwijzer heeft de commissie bij eerdere gelegenheden uitgesproken de hierin opgenomen criteria bij haar beoordeling te volgen.
- 9.2. In de VAGZ Werkwijzer is bepaald dat van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis in dit verband sprake is als de wenkbrauw zich onder het niveau van de orbitaand bevindt en een gezichtsveldbeperking (verticale lidspleet van zeven millimeter of minder) bestaat. Door verzoeker wordt niet bestreden dat bij hem geen sprake is van een gezichtsveldbeperking. Hij vindt evenwel dat de polisvoorwaarden duiden op een mogelijk ruimere uitleg van het begrip aantoonbare lichamelijke functiestoornis.
Verzoeker stelt in dat verband dat de aantoonbare lichamelijke functiestoornis in zijn geval bestaat uit ernstige vermoeidheids- en uitputtingsklachten. De commissie merkt hierover op dat in de VAGZ Werkwijzer is vermeld dat geen vergoeding mogelijk is bij subjectieve klachten zoals bij moeheid

en een drukkend gevoel op de ogen. Daarnaast is het causaal verband tussen de klachten van verzoeker en de afhangende wenkbrauwen niet aannemelijk gemaakt.

9.3. Dat bij verzoeker de (verzekerings)indicatie verminking niet aan de orde is, wordt door hem onderschreven, zodat de commissie die mogelijkheid hier verder onbesproken laat.

9.4. Gelet op het voorgaande heeft verzoeker geen aanspraak op een endoscopische voorhoofdslift en wenkbrauwlift ten laste van de zorgverzekering.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

9.5. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde, zodat de aanspraak niet op die grond kan worden ingewilligd.

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, 25 januari 2017,

P.J.J. Vonk