

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(prof. dr. mr. A. de Ruijter, mr. drs. J.W. Heringa en mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs)

Zaaknummer: 202301759

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

en

- 1) CZ Zorgverzekeringen N.V. te B, en
 - 2) OWM CZ groep U.A. te B,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Samenvatting

- 1.1. Verzoekster heeft aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanvraag voor een endoscopische voorhoofdslift alsnog goed te keuren. Verzoekster probeert al jarenlang goedkeuring te krijgen voor deze behandeling omdat zij graag van haar klachten afgeholpen wil worden. De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat verzoekster weliswaar een verzekeringsindicatie heeft voor een wenkbrauw-/voorhoofdslift, maar dat de voorhoofdslift niet doelmatig is. De klachten van verzoekster kunnen met een wenkbrauwcorrectie worden verholpen. Aan een voorhoofdslift kleven meer risico's en de behandeling is ingrijpender dan een wenkbrauwlift. Daarnaast is de behandeling veel duurder. De ingreep wordt dan ook als onnodig uitgebreid, en onnodig kostbaar aangemerkt.
- 1.2. De commissie overweegt dat, wil hieraan kunnen worden getoetst, over de doelmatigheid in de verzekeringsovereenkomst afspraken moeten zijn gemaakt tussen de zorgverzekeraar en de verzekerde. Dit is het geval. Voorts moet de zorgverzekeraar op basis van zorginhoudelijke argumenten tot het oordeel zijn gekomen dat niet aan de eis van doelmatigheid wordt voldaan en moet hij objectief en transparant zijn in de door hem in dat kader gemaakte afwegingen. Ook aan deze voorwaarden is voldaan. De ziektekostenverzekeraar heeft gemotiveerd dat een endoscopische voorhoofdslift niet doelmatig is en dat de klachten van verzoekster kunnen worden verholpen met een wenkbrauwlift. Verzoekster heeft dit niet gemotiveerd bestreden. Het verzoek wordt afgewezen.
- 1.3. Hierna wordt eerst het verloop van de procedure geschetst, daarna volgen de vaststaande feiten en wordt ingegaan op de bevoegdheid van de commissie. Nadat de standpunten van partijen kort zijn weergegeven volgt de beoordeling, en uiteindelijk de uitspraak.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoekster heeft bij brief van 9 april 2024 de commissie gevraagd een uitspraak te doen. Op 3 mei 2024 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.

- 2.2. Bij brief van 31 mei 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 3 juni 2024 aan verzoekster gestuurd.
- 2.3. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 24 juli 2024 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.4. Bij brief van 20 augustus 2024 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2024029355) de commissie desgevraagd geïnformeerd. Een kopie hiervan is op 21 augustus 2024 aan partijen gestuurd met de mogelijkheid hierop te reageren. De ziektekostenverzekeraar heeft op 29 augustus 2024 gereageerd. Een kopie van deze reactie is aan verzoekster gestuurd. Verzoekster heeft niet nader gereageerd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2023 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de CZ Zorg-op-maatpolis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Jongeren (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om deze reden verder onbesproken.
- 3.2. De behandelend plastisch chirurg heeft ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor een endoscopische voorhoofdslift. De ziektekostenverzekeraar heeft deze aanvraag afgewezen.
- 3.3. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brieven van 26 januari 2023 en 12 mei 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat geen vergoedingsindicatie bestaat voor een voorhoofdslift. De ziektekostenverzekeraar heeft hierbij opgemerkt dat de arts een aanvraag kan indienen voor een wenkbrauwlift en dat deze ingreep dan uit coulance zal worden goedgekeurd.
- 3.4. Na bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen is verzoekster opgeroepen voor het medisch spreekuur bij de ziektekostenverzekeraar. De brief van 30 november 2023 bevat de uitkomst van het onderzoek door de medisch adviseur. Hieruit volgt dat er volgens de ziektekostenverzekeraar bij verzoekster een verzekeringsindicatie bestaat voor een wenkbrauw-/voorhoofdslift. De aanvraag voor een voorhoofdslift blijft echter afgewezen omdat deze behandeling niet doelmatig is.
- 3.5. Bij brief van 20 augustus 2024 heeft het Zorginstituut de commissie desgevraagd geïnformeerd.

4. Standpunt verzoekster

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanvraag voor een endoscopische voorhoofdslift alsnog goed te keuren.
- 4.2. Zij heeft hiertoe aangevoerd, zoals verwoord in haar brief van 9 april 2024, dat een voorhoofdslift in combinatie met een ooglidcorrectie beiderzijds haar kan helpen weer gelukkig door het leven te gaan. Zij heeft altijd hoofdpijn, een vermoeide blik als gevolg van het huidoverschot ter hoogte van de oogleden en krijgt vaak de opmerking dat ze niet zo boos moet kijken. Verzoekster probeert vanaf 2012 goedkeuring te krijgen voor een voorhoofdslift en het doet haar verdriet dat de aanvraag weer is afgewezen. Haar behandelend artsen staan achter de aanvraag voor een voorhoofdslift. De plastisch chirurg heeft in dit kader verklaard:

"De beste oplossing voor deze problematiek is een endoscopische voorhoofdslift waarbij via een viertal incisies op het voorhoofd en twee laterale haarlijn incisies het hele voorhoofd in het diepste vlak en dus subperiostaal wordt gemobiliseerd, de vasthoudende ligamentaire verbindingen

worden losgemaakt en het voorhoofd kan vervolgens in één geheel naar craniaal opgeschoven worden om daar permanent gefixeerd aan de schedel op een hogere plaats te blijven. Deze techniek is zeer effectief, geeft een blijvend resultaat en laat weinig of geen stigmata aan littekens.

Het enige echte alternatief om dit resultaat te bereiken is de traditionele open voorhoofdslift maar hierbij wordt een veel meer uitgebreide huidincisie gemaakt waarbij de zenuwen worden doorgenomen.

De alternatieven waar u op duidt zoals een externe cutane wenkbrauwlift zouden enkel een oplossing kunnen zijn voor een beperkte wenkbrauwptosis lateraal.

Daarbij dient ook nog te worden opgemerkt dat patiënten ontevreden kunnen zijn over de kwaliteit van het zichtbare littekens net boven de wenkbrauw of op het zichtbare voorhoofd en dan vervolgens hun beklag komen maken bij de plastisch chirurg. Hieraan is echter niet eenvoudig te verhelpen aangezien het littekens nooit meer kan worden verplaatst, noch kleiner en minder zichtbaar kan worden gemaakt.

Wij houden derhalve vast aan de indicatiestelling tot een endoscopische voorhoofdslift op basis van de criteria die wettelijk voorgeschreven zijn. Wij verwachten van u als ziektekostenverzekering het vertrouwen in de integriteit van ons medisch professioneel handelen."

- 4.3. Ter zitting heeft verzoekster toegelicht dat zij een voorkeur heeft voor de voorhoofdslift, omdat er met een wenkbrauwlift zichtbare littekens achterblijven. Deze blijven zichtbaar omdat verzoekster dunne wenkbrauwen heeft. Bij een voorhoofdslift is het littekens niet te zien en ook heeft de ingreep langer effect dan een wenkbrauwlift. Verzoekster wil af van haar vermoeidheid en krijgt vaak van mensen te horen dat zij boos kijkt. Er zijn weliswaar meer risico's bij een voorhoofdslift, maar verzoekster vertrouwt op haar arts. Verzoekster is al onzeker vanwege de doofheid aan één kant en daarom wil zij graag minimale littekens.

5. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat hij de aanvraag voor een endoscopische voorhoofdslift terecht heeft afgewezen. Er kan wel goedkeuring gegeven worden voor een wenkbrauwlift. De ziektekostenverzekeraar heeft hiertoe in zijn brief van 31 mei 2024 aangevoerd dat hij verzoekster heeft opgeroepen voor het medisch spreekuur en dat zij voldoet aan de voorwaarden voor een wenkbrauw-/voorhoofdslift op grond van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. In dat geval is het aan de ziektekostenverzekeraar een afweging te maken in het kader van doelmatigheid. Een endoscopische voorhoofdslift is niet doelmatig omdat de behandeling risicovoller en ingrijpender is dan een wenkbrauwlift. Daarnaast is een voorhoofdslift (€ 3.845,-) veel duurder dan een wenkbrauwlift (€ 1.135,-). Een voorhoofdslift wordt daarom als onnodig uitgebreid, en onnodig kostbaar aangemerkt. Uit de wetenschappelijke literatuur blijkt niet dat een voorhoofdslift een betere oplossing is bij een gezichtsveldbeperking. De ziektekostenverzekeraar verwijst hierbij naar de richtlijn "Chirurgische correctie blepharo-/dermatochalasis, blepharoptosis en wenkbrauwptosis" opgesteld door de Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie. Hierin is opgenomen:

"Waarden en voorkeuren

Volgens de werkgroep zorgen alle technieken voor de wenkbrauw- en voorhoofdslift voor een verbetering van het gezichtsveld, kwaliteit van leven, hoofdpijn, zwaar drukkend gevoel van de oogleden en een per saldo verbeterd cosmetisch aspect.

Voor de meeste patiënten zullen volgens de werkgroep de genoemde uitkomsten (cosmetisch resultaat, minder drukkend gevoel oogleden, zichtbaarheid littekens, symmetrie etc.) in dezelfde mate van belang zijn.

Kosten en middelen

Over het algemeen worden de bicoronale en endoscopische voorhoofdslift uitgevoerd onder sedatie of onder narcose. De overige open technieken kunnen veel gemakkelijker onder plaatselijke verdoving worden uitgevoerd en zijn derhalve minder kostbaar. De aanbevelingen sluiten

grotendeels aan bij de huidige praktijk. Daarom worden geen essentiële veranderingen in de kosten verwacht bij het toepassen van de aanbevelingen.

Balans van gewenste en ongewenste effecten

Voor het bepalen van de behandelopties van wenkbrauwptosis is het van belang om te kijken naar de ernst en locatie van wenkbrauwptosis, de huid en hoogte van het voorhoofd, het type wenkbrauw, haargroei, haardikte, voorste haarlijn en haardracht van de patiënt. Daarnaast speelt de comorbiditeit van een patiënt een rol.

In het voorgaande zijn de netto-baten van de directe wenkbrauwlift versus de transblepharoplastische wenkbrauwptosis bekeken en de netto-baten van een endoscopische versus open voorhoofdslift bij personen met een indicatie voor een wenkbrauw- of voorhoofdslift. Er blijkt, ook na grondig literatuuronderzoek, vrijwel geen wetenschappelijke literatuur te zijn die duidelijk onderbouwing geeft van de voor en tegens van de genoemde technieken voor een wenkbrauw- dan wel voorhoofdslift. Het is dus gerechtvaardigd om, in samenspraak met de patiënt, en afhankelijk van de specifieke anatomie van de patiënt voor een bepaalde techniek te kiezen."

De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar heeft aangegeven dat zowel in de verklaring van het ziekenhuis als het telefonisch contact met de behandelend plastisch chirurg geen argumenten zijn te vinden op basis waarvan een wenkbrauwlift bij verzoekster niet effectief is. De plastisch chirurg heeft erkend dat de meerwaarde van een endoscopische voorhoofdslift niet blijkt uit de literatuur, maar heeft benadrukt dat de voorkeur uitgaat naar deze behandeling in verband met het herstel van de littekens na de behandeling. De ziektekostenverzekeraar stelt in dit verband dat hoewel er bij een wenkbrauwlift een kleine kans is op littekens, dit niet opweegt tegen de hogere kosten en de grotere risico's, verbonden aan een voorhoofdslift. Daarnaast kunnen eventuele littekens bij een wenkbrauwlift in de loop der tijd nog vervagen.

- 5.2. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop nog aangevoerd dat een zorgverzekeraar alleen zorg vergoedt die medisch noodzakelijk en doelmatig is. Er wordt beoordeeld aan welke ingreep de voorkeur wordt gegeven en of dit medisch is onderbouwd. Vanwege de narcose zijn de risico's bij een voorhoofdslift groter. Het is een veel uitgebreidere behandeling en deze is daarom ook duurder. De gezichtsveldbeperking bij verzoekster moet worden opgelost. Een wenkbrauwlift is daarvoor het meest geschikt en doelmatig.

6. Advies Zorginstituut

- 6.1. Bij brief van 20 augustus 2024 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"Het Zorginstituut heeft het dossier beoordeeld. De conclusie is dat het Zorginstituut in dit geschil geen adviesbevoegdheid heeft.

Het geschil gaat over de vergoeding van een endoscopische voorhoofdslift bij een gezichtsveldbeperking. Gelet op artikel 114, derde lid, van de Zorgverzekeringswet (Zvw) adviseert het Zorginstituut over geschillen die betrekking hebben op de te verzekeren prestaties, zoals vermeld in artikel 11 Zvw. Dit geschil heeft geen betrekking hierop. Niet in geschil is of er sprake is van verzekerde zorg en of verzoekster redelijkerwijs is aangewezen op de zorg. U vraagt het Zorginstituut om te beoordelen of een endoscopische voorhoofdslift de voorkeur verdient boven een wenkbrauwlift als er sprake is van gezichtsveldbeperking. Volgens verweerder is een endoscopische voorhoofdslift niet doelmatig, omdat de behandeling risicovoller en ingrijpender is dan een wenkbrauwlift. Een endoscopische voorhoofdslift wordt daarom als onnodig uitgebreid en onnodig kostbaar aangemerkt. Het geschil betreft de doelmatigheid van zorg. Uit de toelichting bij het Besluit zorgverzekering volgt dat doelmatigheid een onderwerp is dat behoort tot de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar en niet het onderwerp van wettelijke voorschriften is. Een eventuele doelmatigheidsvereiste is aan de zorgverzekeraar en de verzekerden om

daarover afspraken te maken in de zorgverzekering en vervolgens op te nemen in de zorgpolis. Het Zorginstituut heeft daarom geen adviesbevoegdheid en brengt in dit geschil geen advies uit.

Met betrekking tot de vraag of een endoscopische voorhoofdslift de voorkeur verdient boven een wenkbrauwlift als er sprake is van gezichtsveldbeperking merkt het Zorginstituut het volgende op. Uit de specialistenrichtlijn volgt dat er vrijwel geen wetenschappelijke literatuur bestaat die een duidelijke onderbouwing geeft van de voor en tegens van de genoemde technieken van een wenkbrauw dan wel voorhoofdslift. Verder blijkt uit de specialistenrichtlijn dat 'het belangrijk [is] om samen met de patiënt naar zijn of haar karakteristieke anatomie te kijken én na te gaan hoe belangrijk de patiënt het vermijden van zichtbare littekens vindt, om zo samen een weloverwogen keuze te kunnen maken tussen de verschillende technieken.'

7. Bevoegdheid van de commissie

- 7.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel A.22 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 7.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

8. Beoordeling

- 8.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over plastische chirurgie en doelmatigheid zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Zorgverzekering

- 8.2. De commissie stelt vast dat zowel een endoscopische voorhoofdslift als een wenkbrauwlift behoort tot de verzekerde prestaties op grond van de zorgverzekering. Namens verzoekster is een aanvraag gedaan voor een endoscopische voorhoofdslift. Er is bij haar sprake van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis in de vorm van een gezichtsveldbeperking. In de door de ziektekostenverzekeraar aangehaalde VAV Werkwijzer wordt dit genoemd als een (verzekerings) indicatie bij zowel de voorhoofdslift als de wenkbrauwlift. Het bestaan van een verzekeringsindicatie is tussen partijen niet meer in geschil. Wat hen nog verdeeld houdt is de vraag welke van de beide ingrepen in de situatie van verzoekster als doelmatig is aan te merken.
- 8.3. Bij de totstandkoming van de Zvw is de wetgever ervan uitgegaan dat de doelmatigheid van de zorg een onderwerp is dat behoort tot de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar en dus niet het onderwerp van wettelijke voorschriften is. Een eventueel doelmatigheidsvereiste is aan de zorgverzekeraar en de verzekerden om daarover afspraken te maken in de zorgverzekering en vervolgens op te nemen in de verzekeringsvoorwaarden (Stb. 2005, 389, p. 37). Het ligt op de weg van de zorgverzekeraar erop toe te zien dat een juiste balans tot stand komt tussen enerzijds de kosten van zorg waarop een verzekerde aanspraak maakt en anderzijds de geschiktheid en doeltreffendheid van de te verlenen zorg. Bovendien mag van de zorgverzekeraar worden verwacht dat hij bij zijn beoordeling ook tegenover de verzekerde objectiviteit en transparantie zal betrachten. Tegen deze achtergrond moet worden beoordeeld of de ziektekostenverzekeraar op redelijke gronden heeft besloten de aanvraag voor de endoscopische voorhoofdslift af te wijzen.
- 8.4. De commissie constateert dat in artikel A.3 van de zorgverzekering tussen partijen afspraken zijn gemaakt over de doelmatigheid van de zorg en overige diensten, zodat de ziektekostenverzekeraar hierover kan oordelen. Uit de toelichting van de ziektekostenverzekeraar blijkt dat hij bij zijn oordeelsvorming niet alleen heeft gelet op het verschil in kosten tussen de beide behandelingen, maar dat hij hierbij tevens zorginhoudelijke overwegingen heeft betrokken.

De ziektekostenverzekeraar heeft overwogen dat de endoscopische voorhoofdslift ingrijpender is en meer risico's met zich brengt dan een wenkbrauwlift. Daarnaast is door hem gesteld dat uit de wetenschappelijke literatuur niet is gebleken dat bij een ernstige gezichtsveldbeperking aan een endoscopische voorhoofdslift de voorkeur moet worden gegeven. De ziektekostenverzekeraar heeft contact gezocht met de behandelend plastisch chirurg en het voorgaande besproken, maar hierbij zijn geen bijzondere omstandigheden naar voren gekomen waarom in de specifieke situatie van verzoekster het noodzakelijk is te kiezen voor de aangevraagde ingreep en niet kan worden volstaan met een wenkbrauwlift. De keuze voor de aangevraagde ingreep lijkt vooral te zijn ingegeven door het risico op littekenvorming. Dit laatste argument is voor de ziektekostenverzekeraar echter geen aanleiding om de aangevraagde endoscopische voorhoofdslift goed te keuren, waarbij hij heeft aangetekend dat de kans op littekens bij een wenkbrauwlift klein is en dat eventuele littekens nog kunnen vervagen. Tot slot geldt dat de kosten van een endoscopische voorhoofdslift veel hoger zijn dan die van een wenkbrauwlift, aldus de ziektekostenverzekeraar.

- 8.5. Verzoekster heeft een voorkeur voor een endoscopische voorhoofdslift, en zij wordt hierin gesteund door haar behandelend plastisch chirurg. De commissie merkt op dat een deel van de argumenten van verzoekster - zoals de vermoeidheidsklachten en de gezichtsveldbeperking - geen verband houden met de doelmatigheid, maar met de verzekeringsindicatie. Hiervoor werd al vastgesteld dat partijen daarover niet langer verdeeld zijn. Verder heeft verzoekster gesteld dat het effect van een voorhoofdslift langduriger is dan van een wenkbrauwlift. Zij heeft hiervan echter geen bewijs geleverd en ook uit de richtlijn van de beroepsgroep blijkt hiervan niet. Met betrekking tot het "boos kijken" tekent de commissie aan dat de zorgverzekering geen dekking biedt voor esthetische chirurgie, zodat dit argument geen doel treft. De behandelend plastisch chirurg heeft verklaard: *"De alternatieven waar u op duidt zoals een externe cutane wenkbrauwlift zouden enkel een oplossing kunnen zijn voor een beperkte wenkbrauwptosis lateraal."* Een verdere onderbouwing hiervan ontbreekt en kennelijk is deze door de arts ook niet geleverd toen de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar er telefonisch navraag naar deed. Een tweede argument van de behandelend plastisch chirurg betreft het risico op littekenvorming bij een wenkbrauwlift. De commissie merkt hierover op dat in het kader van de behandelingsovereenkomst dit risico ter sprake dient te komen. Tegen die achtergrond zal de passage ter zake ook in de richtlijn zijn opgenomen. Hieraan kan echter niet de conclusie worden verbonden dat de beoordeling van de doelmatigheid daarmee achterwege kan blijven. Als gesteld, heeft de wetgever - in het kader van de verzekeringsovereenkomst - hier een rol weggelegd voor de zorgverzekeraar. In dit geval heeft de ziektekostenverzekeraar in zijn afwegingen betrokken dat een voorhoofdslift onder volledige narcose risicovoller is dan een wenkbrauwlift, dat de kans op littekens bij een wenkbrauwlift klein is en dat, als er toch littekens ontstaan, deze nog kunnen vervagen. De ziektekostenverzekeraar heeft daarbij zijn afwegingen ten aanzien van de doelmatigheid voor verzoekster inzichtelijk gemaakt. Aldus is door hem voldoende gemotiveerd dat de bestaande aantoonbare lichamelijke functiestoornis goed kan worden verholpen met een wenkbrauwlift en dat, alles afwegende, er in het licht van de doelmatigheid geen dwingende (zorginhoudelijke) reden is op basis waarvan een voorhoofdslift vergoed dient te worden. De ziektekostenverzekeraar heeft daarbij gesteld dat een voorhoofdslift wel veel duurder is dan een wenkbrauwlift. Het tegendeel heeft verzoekster niet dan wel onvoldoende aannemelijk gemaakt. Het voorgaande leidt ertoe dat de ziektekostenverzekeraar op redelijke gronden tot zijn beslissing is gekomen dat een endoscopische voorhoofdslift in de situatie van verzoekster niet doelmatig is en dus niet voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking komt.

Slotsom

- 8.6. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

9. **Bindend advies**

9.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 7 oktober 2024,

A. de Ruijter

Informatie voor partijen

Staat in de uitspraak een schrijffout, rekenfout of andere duidelijke vergissing? Dan kan elke partij de geschillencommissie vragen om dit te verbeteren. Dat moet gebeuren binnen tien dagen na de verzending van de uitspraak. De beslissing van de geschillencommissie kan niet ter discussie worden gesteld.

Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als sprake is van beperkte in de wet aangegeven gronden. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

Zorgverzekeringswet

Artikel 10

Het krachtens de zorgverzekering te verzekeren risico is de behoefte aan:

- a. geneeskundige zorg, waaronder de integrale eerstelijnszorg zoals die door huisartsen en verloskundigen pleegt te geschieden;
- b. mondzorg;
- c. farmaceutische zorg;
- d. hulpmiddelenzorg;
- e. verpleging;
- f. verzorging, waaronder de kraamzorg;
- g. verblijf in verband met geneeskundige zorg;
- h. vervoer in verband met het ontvangen van zorg of diensten als bedoeld in de onderdelen a tot en met g, dan wel in verband met een recht op zorg op grond van de Wet langdurige zorg.

Artikel 11

1. De zorgverzekeraar heeft jegens zijn verzekerden een zorgplicht die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit:
 - a. de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft, of
 - b. vergoeding van de kosten van deze zorg of overige diensten alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten.
2. In de zorgverzekering kunnen combinaties van verzekerde prestaties als bedoeld in het eerste lid, onderdeel a of b, worden opgenomen.
3. Bij algemene maatregel van bestuur worden de inhoud en omvang van de in het eerste lid bedoelde prestaties nader geregeld en kan voor bij die maatregel aan te wijzen vormen van zorg of overige diensten worden bepaald dat een deel van de kosten voor rekening van de verzekerde komt.
4. In de algemene maatregel van bestuur kan worden bepaald dat bij ministeriële regeling:
 - a. vormen van zorg of overige diensten kunnen worden uitgezonderd van de in het eerste lid bedoelde of in de maatregel nader omschreven prestaties;
 - b. de inhoud en omvang van de prestaties bestaande uit zorg als bedoeld in artikel 10, onderdelen a, c en d, nader wordt geregeld;
 - c. nadere regels kunnen worden gesteld over het deel van de kosten dat voor rekening van de verzekerde komt.
5. Een zorgverzekeraar kan modelovereenkomsten aanbieden waarin, in geringe afwijking van het bepaalde bij of krachtens het eerste en derde lid, bepaalde om ethische of levensbeschouwelijke redenen controversiële prestaties buiten de dekking van de zorgverzekering blijven.

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

1. De zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet omvatten de vormen van zorg of diensten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, met uitzondering van vormen van zorg of diensten die voor de verzekerden kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift.
2. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
3. Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
4. Onder de zorg en overige diensten, bedoeld in het eerste lid, valt niet forensische zorg als bedoeld in artikel 1.1, tweede lid, van de Wet forensische zorg of forensische zorg als aangemerkt in of krachtens een algemene maatregel van bestuur.
5. In afwijking van het tweede lid vallen onder de zorg en overige diensten, bedoeld in de artikelen 2.4, 2.6, 2.8 of 2.9, ook de zorg en diensten die bij ministeriële regeling zijn aangewezen onder de daarbij geregelde voorwaarden en gedurende een daarbij aan te geven termijn van maximaal veertien jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.

Artikel 2.4

1. Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden, zintuiglijk gehandicaptenzorg als bedoeld in artikel 2.5a, zorg bij stoppen-met-rokenprogramma als bedoeld in artikel 2.5b, geriatrische revalidatie als bedoeld in artikel 2.5c en paramedische zorg als bedoeld in artikel 2.6, met dien verstande dat:
 - a. de zorg niet omvat:
 - 1°. het vaccineren ten behoeve van grieppreventie;
 - 2°. de vierde of volgende in-vitrofertilisatiepoging per te realiseren zwangerschap, nadat drie pogingen zijn geëindigd tussen het moment dat een follikelpunctie is geslaagd en het moment dat er sprake is van een doorgaande zwangerschap van tien weken te rekenen vanaf het moment van de follikelpunctie en indien de implantatie van gecryopreserveerde embryo's niet heeft geleid tot een doorgaande zwangerschap van negen weken en drie dagen te rekenen vanaf de implantatie;
 - 3°. de eerste en tweede in-vitrofertilisatiepoging bij een verzekerde jonger dan achtendertig jaar, indien er meer dan één embryo wordt teruggeplaatst;
 - 4°. vruchtbaarheidsgerelateerde zorg, indien de verzekerde vrouw drieënveertig jaar of ouder is, behoudens voor zover het een in-vitrofertilisatiepoging betreft die reeds is aangevangen voordat de verzekerde vrouw de leeftijd van drieënveertig jaar heeft bereikt;
 - 5°. zorg zoals tandarts-specialisten plegen te bieden;
 - b. behandeling van plastisch-chirurgische aard slechts onder de zorg valt indien die strekt tot correctie van:
 - 1°. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
 - 2°. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
 - 3°. verlamde of verslakte bovenoogleden, indien de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
 - 4°. de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemeltespelten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of

- bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
5°. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transsexualiteit;
- c. transplantaties van weefsels en organen slechts tot de zorg behoren indien de transplantatie is verricht in een lidstaat van de Europese Unie, in een staat die partij is bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte of in een andere staat indien de donor woonachtig is in die staat en de echtgenoot, de geregistreerde partner of een bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad van de verzekerde is.

2. Bij ministeriële regeling kunnen vormen van zorg worden uitgezonderd.

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.1

De zorg bedoeld in artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering omvat niet:

- a. behandeling van bovenoogleden die verlamd of verslapt zijn, anders dan bij verlamming of verslapping die een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- b. liposuctie van de buik;
- c. een behandeling van plastisch-chirurgische aard die strekt tot borstconstructie of vervanging van een borstprothese, anders dan na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie of bij agenesie of aplasie van de borst bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij een vastgestelde transsexualiteit;
- d. het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak;
- e. behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;
- f. behandelingen gericht op sterilisatie dan wel op het ongedaan maken daarvan;
- g. behandelingen gericht op circumcisie, anders dan medisch noodzakelijk;
- h. behandeling van aanpassingsstoornissen;
- i. hulp bij werk- en relatieproblemen;
- j. behandeling van plagiocefalie en brachycefalie zonder craniosynostose met een redressiehelm;
- k. de verstrekking van een geregistreerd geneesmiddel met een in bijlage 0 bij deze regeling genoemde werkzame stof in het kader van een daarbij vermelde geneeskundige behandeling;
- l. uitwendige hulpmiddelen te gebruiken bij de behandeling van diabetes voor het controleren en reguleren van stoornissen in de bloedsuikerspiegel, met inbegrip van de ketonen teststrips en insulinepompen.

- een nieuw polisblad. Wij geven daarbij ook aan vanaf welke datum dit nieuwe polisblad geldt. Vanaf die datum geldt uw oude polisblad niet meer.
- als u ons daar om vraagt, ook nieuwe verzekeringsvoorwaarden en een nieuw Vergoedingen Overzicht toe. Wij geven aan vanaf welke datum die nieuwe verzekeringsvoorwaarden en het nieuwe Vergoedingen Overzicht gelden. Dat is bijna altijd het moment waarop uw nieuwe verzekering ingaat. Vanaf die datum gelden uw oude verzekeringsvoorwaarden en het oude Vergoedingen Overzicht niet meer.
- als u ons daar om vraagt, een aanvulling op uw bestaande verzekeringsvoorwaarden en het bestaande Vergoedingen Overzicht. Wij geven aan vanaf welke datum de aanvulling geldt. Dat is bijna altijd het moment waarop uw nieuwe verzekering ingaat. Vanaf die datum geldt die aanvulling naast uw bestaande verzekeringsvoorwaarden en het bestaande Vergoedingen Overzicht.

U kunt de verzekeringsvoorwaarden en Vergoedingen Overzichten op onze website vinden.

A.3. Inhoud en omvang van uw verzekering

A.3.1. Zorgbemiddeling

U heeft recht op zorgadvies en zorgbemiddeling. Bijvoorbeeld als de benodigde zorg naar verwachting niet of niet tijdig kan worden geleverd. Onder niet of niet tijdig kunnen verlenen van de zorg wordt ook verstaan dat de zorg alleen op grote afstand van uw woonplaats kan worden verleend of in de nabijheid van de woonplaats van verzekerde niet op een kwalitatief verantwoorde wijze kan worden geboden.

A.3.2. Inhoud en omvang van zorg

Wie bepalen de inhoud en omvang van de zorg?

- De inhoud en omvang van uw zorgverzekering wordt bepaald door de overheid.
- Wij bepalen de inhoud en omvang van de particuliere ziektekostenverzekering en de aanvullende verzekeringen.

In deze verzekeringsvoorwaarden staat beschreven waar u voor verzekerd bent. Voor alle zorg geldt dat deze moet voldoen aan alle volgende eisen:

- Het is zorg zoals zorgverleners van de betreffende beroepsgroep naar hun standaarden en normen plegen te bieden en als aanvaarde zorg beschouwen.

Toelichting:

- Om te beoordelen of zorg behoort tot de zorg die een bepaalde beroepsgroep pleegt te bieden, gaat het er om welke klachten/aandoeningen een bepaalde beroepsgroep behandelt en welke vormen van zorg men daarvoor in het algemeen aanbiedt. Met andere woorden: behoort de zorg tot het domein van een bepaalde beroepsgroep en rekent deze beroepsgroep de zorg tot zijn deskundigheidsgebied.
 - De zorg valt als verzekerde zorg op grond van de Zorgverzekeringswet onder de basisverzekering en is genoemd op uw Vergoedingen Overzicht en is uitgewerkt en omschreven onder hoofdstuk B van deze verzekeringsvoorwaarden; of
 - De zorg valt als verzekerde zorg onder uw aanvullende verzekering(en) en is genoemd op uw Vergoedingen Overzicht en is uitgewerkt en omschreven onder hoofdstuk D van deze verzekeringsvoorwaarden.
- De inhoud en omvang van zorg worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk of door wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

Toelichting:

- Er moet genoeg (goed) bewijs zijn waaruit duidelijk wordt dat de zorg (op de lange termijn) goed en veilig is. Wij kijken hierbij naar alle wetenschappelijke informatie die er is.
 - In Vergoedingen Overzichten en andere communicatiemiddelen staat de omvang van de zorg. Als bij bepaalde zorg een bedrag, aantal of periode staat, bestaat aanspraak op die zorg tot maximaal dat genoemde bedrag, dat aantal of die periode. Op rekeningen met een lager bedrag, een lager aantal of een kortere periode wordt nooit meer betaald dan wat gedeclareerd is.
- U bent - gelet op uw indicatie - naar inhoud en omvang redelijkerwijs aangewezen op die zorg. De te verlenen zorg moet doelmatig zijn.

Toelichting:

Het moet gaan om doelmatige, passende zorg voor uw situatie. Zo moet er een indicatie voor de zorg zijn en mag het geen onnodig dure zorg en geen onnodig uitgebreide zorg zijn. Te dure of te uitgebreide zorg in uw situatie is dus geen doelmatige zorg. Die zorg valt dus niet onder uw verzekering, óók niet als u een deel zelf betaalt. Voorbeeld:

Als u een indicatie heeft voor een hoortoestel uit categorie X en een toestel van € 1.500,- is voldoende en geschikt voor u, dan is dat hoortoestel doelmatige zorg. U heeft dan een wettelijke eigen bijdrage van 25% van € 1.500,- en daarvan kan een deel uit uw aanvullende verze-

kering vergoed worden als u daarvoor verzekerd bent.

Als u uit diezelfde categorie X een toestel van € 2.000,- kiest dat even geschikt is, vergoeden we dus niets, omdat dat toestel niet doelmatig is; als er twee hoortoestellen binnen een categorie (X) zijn die even geschikt en voldoende zijn voor u, vergoeden we op basis van de doelmatigheid het hoortoestel van € 1.500,- en wordt niets vergoed van het hoortoestel van € 2.000,-.

- De verzekerde zorg kan ook bestaan uit andere zorg dan in dit hoofdstuk B is beschreven. Voor deze "andere zorg" gelden de volgende voorwaarden:
 - de andere zorg moet naar algemeen aanvaard inzicht tot een vergelijkbaar resultaat leiden; en
 - de andere zorg is wettelijk niet uitgesloten; en
 - wij hebben u van tevoren een akkoordverklaring gegeven voor de "andere zorg".
- De zorg die u ontvangt, kan uit slechts 1 bepaling van de basisverzekering voor vergoeding in aanmerking komen; uw aanvullende verzekering kan hier eventueel een aanvullende vergoeding op geven.

Deze algemene eisen gelden altijd naast de andere eisen in deze verzekeringsvoorwaarden voor de aanspraak op zorg of vergoeding van de kosten van zorg. Als u al zorg ontvangt, maar die zorg voldoet niet meer aan inmiddels gewijzigde en u medegedeelde eisen in deze verzekeringsvoorwaarden, dan vervalt ook de aanspraak op zorg en vergoeding van de kosten. Een lopende behandeling waarvoor wij een akkoordverklaring hebben gegeven, mag worden afgemaakt.

A.3.3. Voorwaardelijke zorg

In afwijking van artikel A.3.2. 2^e en 3^e bolletje omvat de dekking ook de zorg en diensten die bij de Regeling zorgverzekering voor een bepaalde periode zijn aangewezen. Voor die zorg gelden de daar gereguleerde voorwaarden (zie artikel B.22.). Op de website van de overheid: wetten.overheid.nl is de Regeling zorgverzekering te vinden.

A.3.4. Dekkingsgebied

Uw verzekering(en) heeft (hebben) een werelddekking.

Voorbeeld:

U bent op vakantie in Frankrijk en koopt daar een bril op sterkte. U heeft een aanvullende verzekering waarin een vergoeding voor gezichtshulp-

middelen is opgenomen van € 100,- per 2 jaar. Deze vergoeding geldt dan ook voor een bril die u in het buitenland koopt.

De voorwaarden die bij het betreffende artikel horen gelden ook voor het buitenland en de zorgverlener moet voldoen aan de eisen, wetten en regels die in dat land worden gesteld.

A.3.5. Voorwaarden op maat

Uw vergoedingen en voorwaarden worden online op maat aangeboden. Het kan dan gebeuren dat u op een bepaald moment andere voorwaarden of vergoedingen ziet dan die u eerder zag, bijvoorbeeld nadat u 18 jaar of 22 jaar bent geworden. In deze gevallen passen wij niet de voorwaarden of vergoedingen aan (zoals bedoeld in artikel A.5.3.), maar zijn vanwege uw leeftijd andere voorwaarden of vergoedingen op u van toepassing geworden.

A.4. Begin en duur van uw verzekering

A.4.1. Ingangsdatum

De verzekering gaat in op de datum waarop wij uw verzoek om de verzekering bij ons af te sluiten, ontvangen. U dient hierbij uw adres te vermelden zoals dit bekend is in de Basisregistratie Personen. We kunnen u ook inschrijven voor de verzekering zonder (juist) adres in de Basisregistratie Personen als u:

- een verklaring van uw werkgever of een salarisafschrift aan ons toestuur van maximaal een maand oud waarop de ingangsdatum van uw dienstverband genoemd staat. Hieruit moet blijken dat u aan de loonbelasting onderworpen bent in verband met in Nederland of op het continentaal plat (als bedoeld in artikel 1.1.1 van de Wet langdurige zorg), uitgevoerd werk; of
- een verklaring van de Sociale Verzekeringsbank aan ons toestuur waaruit blijkt dat u verzekerd bent ingevolge de Wet langdurige zorg; of
- er redelijkerwijs niets aan kunt doen dat het door u verstrekte adres afwijkt van het adres in de Basisregistratie Personen.

Als u op dit moment nog bij een andere zorgverzekeraar verzekerd bent en u in uw verzoek aangeeft dat u de verzekering op een latere datum wilt laten ingaan, gaat de verzekering op die latere datum in. Op uw polisblad staat de ingangsdatum van uw verzekering.

A.4.2. Verzoek tot wijziging

Uw verzoek om bij ons een verzekering af te sluiten beschouwen wij ook als een verzoek van u om de

B.4.5. Plastische chirurgie

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat behandelingen van plastisch-chirurgische aard. 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;
- verlamde of verslachte bovenoogleden, waarbij de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft, of het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- agenesie/aplasie van de borst (het ontbreken van borstvorming) bij vrouwen en bij man-vrouw transgenders door middel van het operatief plaatsen of vervangen van een borstprothese bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij transvrouwen waarbij sprake is van transseksualiteit (ook aangeduid als man-vrouw transgender personen). De transseksualiteit moet zijn vastgesteld door een zorgverlener die deelneemt aan een transgenderennetwerk;
- primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transseksualiteit;
- de volgende aangeboren misvormingen:
 - lip-, kaak- of gehemeltespelten;
 - misvorming van het benig aangezicht;
 - goedaardige woekering van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel;
 - geboortevlekken;
 - misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen.

Voorbeelden wanneer plastische chirurgie verzekerde zorg is:

- Borstverkleining:
u bent verzekerd voor een borstverkleining als u cup DD/E of groter heeft (of cup D en u bent kleiner dan 1.60 meter) met daarbij aantoonbaar lichamelijke klachten. Het gaat dan om klachten die veroorzaakt worden door de

zwaarte van uw borsten en die u aanzienlijk beperken. Daarbij hebben andere behandelingen of therapieën uw klachten niet verholpen. Ook moet uw gewicht stabiel en niet te hoog zijn. Bij een operatie bij mensen met overgewicht is de kans op complicaties namelijk groter en is er een kleinere kans op een goed resultaat.

- Laserbehandeling:
deze behandeling van bloedvaatjes, pigmentvlekken of andere onregelmatigheden of huid-aandoeningen kan onder uw zorgverzekering vallen. Er moet dan sprake zijn van (in het oog springende) verminking of van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. In de meeste gevallen worden deze afwijkingen niet als zodanig gezien.
- Neuscorrectie:
u bent alleen verzekerd voor een neuscorrectie als er sprake is van een fors beperkte doorgankelijkheidsprobleem dat niet op een andere manier te behandelen is. Recht op correctie vanwege een verminking of aangeboren misvorming komt weinig voor.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risico.
- Artikel B.4.1. is hier ook van toepassing.
- In een aanvullende verzekering kan soortgelijke zorg verzekerd zijn. Op uw Vergoedingen Overzicht kunt u zien of dit zo is.
- Wij vergoeden niet de kosten van foto's die wij eventueel kunnen opvragen naar aanleiding van een aanvraag voor een akkoordverklaring.

Voorwaarden

Algemeen

- De VAGZ Werkwijzer wordt gehanteerd bij alle plastisch chirurgische ingrepen.
- Als een opname medisch noodzakelijk is, zijn de voorwaarden voor opname van toepassing, Zie hiervoor artikel B.4.2.

Zorgverlener

Een medisch specialist verleent de zorg en is verantwoordelijk voor zorg verleend door andere, bevoegde zorgverleners.

Verwijzing

U bent voor aanvang van de behandeling verwezen door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, medisch specialist, verpleegkundig specialist, physician assistant, jeugdarts of bedrijfsarts.

Akkoordverklaring

- Een akkoordverklaring (zie artikel A.18) is nodig als het om een behandeling gaat die voorkomt op de meest recente landelijke lijst van