



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen ONVZ Ziektekostenverzekeringen N.V. en ONVZ Aanvullende Verzekering N.V. te Houten

Zaak : Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, ooglidcorrectie, declaratie d.m.v. DBC-code

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2020, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2020, art. 35 Wet marktordening gezondheidszorg

Zaaknummer : 202001399

Zittingsdatum : 31 maart 2021

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. H.A.J. Kroon)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,
tegen

1) ONVZ Ziektekostenverzekeringen N.V., en
2) ONVZ Aanvullende Verzekering N.V. te Houten,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 23 december 2020 heeft verzoeker per klachtenformulier de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 18 januari 2021 per e-mail zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van dit e-mailbericht is op 21 januari 2021 aan verzoeker gezonden.
- 2.3. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 31 maart 2021 gehoord.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2020 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de ONVZ Vrije Keuze Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen ONVZ Vrije Keuze Topfit, ONVZ Tandfit module B en ONVZ Wereldfit (hierna gezamenlijk: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Verzoeker heeft op 23 april 2020 in een privékliniek een bovenooglidcorrectie beiderzijds laten uitvoeren. De nadien ontvangen nota heeft verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd.
- 3.3. Op 13 mei 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker per e-mail gevraagd een zestal vragen te beantwoorden. Daarnaast heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker in dit mailbericht meegedeeld dat de kosten van de bovenooglidcorrectie beiderzijds vooralsnog niet worden vergoed.
- 3.4. Verzoeker heeft op 20 mei 2020 per e-mail de door de ziektekostenverzekeraar gestelde vragen beantwoord. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker op 8 juni 2020 per e-mail bericht dat hij zijn standpunt, eerder genoemde kosten niet te vergoeden, handhaaft.

4. Geschil

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie gevraagd te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar de kosten van de op 23 april 2020 uitgevoerde bovenooglidcorrectie beiderzijds moet vergoeden.
- 4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

 5. Bevoegdheid van de commissie

-  5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit regel 78 van de Algemene regels en Vergoedingen 2020 van de ziektekostenverzekeraar.

 6. Beoordeling

-  6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over plastische chirurgie alsmede die uit de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) 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 en aanvullende ziektekostenverzekering

-  6.2. De zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering bieden onder bepaalde voorwaarden aanspraak op behandelingen van plastisch-chirurgische aard, waaronder een bovenooglidcorrectie. Dit blijkt uit het bepaalde op de pagina's 50 en 51 van de 'Algemene regels en Vergoedingen 2020'. Voor de aanspraak op grond van de zorgverzekering geldt hierbij dat een correctie van de bovenoogleden is uitgesloten van vergoeding, tenzij sprake is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening. Voor de aanspraak op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering geldt als voorwaarde dat een aantoonbare lichamelijke functiestoornis aanwezig moet zijn.
-  6.3. De ziektekostenverzekeraar heeft zich er niet op beroepen dat verzoeker niet voldoet aan de hiervoor genoemde voorwaarden met betrekking tot de indicatie. De op 23 april 2020 bij verzoeker uitgevoerde bovenooglidcorrectie wordt door de ziektekostenverzekeraar niet vergoed omdat (i) de betrokken zorgaanbieder niet heeft gedeclareerd door middel een DBC-code, en (ii) de ziektekostenverzekeraar voorafgaand aan de ingreep hiervoor geen toestemming heeft gegeven. Met betrekking tot deze afwijsgonden overweegt de commissie het volgende.
-  6.4. Verzoeker heeft de bovenooglidcorrectie beiderzijds laten uitvoeren in een privékliniek. Voor deze ingreep heeft hij van de kliniek een nota ontvangen. Op deze nota staat alleen de uitgevoerde ingreep vermeld, met daarbij een bedrag, doch geen DBC-code. Nadien heeft de zorgaanbieder verklaard dat hij niet declareert met dergelijke codes, omdat hij geen contracten heeft afgesloten met zorgverzekeraars. Ter zitting is gebleken dat verzoeker voorafgaand aan het uitvoeren van de ingreep door de zorgaanbieder over het niet- declareren met een DBC-code is geïnformeerd en hiermee heeft ingestemd. Wat hiervan ook zij, op grond van artikel 35, eerste lid, Wmg en de aanvullende regels van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) is het een zorgaanbieder verboden voor medisch specialistische zorg een ander tarief dan het rechtsgeldige tarief in rekening te brengen, en dit moet worden gedeclareerd met vermelding van de DBC-code. Het ontbreken hiervan maakt het onmogelijk na te gaan welke prestatie precies is geleverd en of het vermelde tarief passend is bij die prestatie. Dit gegeven vormt reeds voldoende grond de nota af te wijzen. Als de ziektekostenverzekeraar een ander tarief vergoedt dan het toepasselijke rechtsgeldige tarief, dan overtreedt hij daarmee het verbod van artikel 35, derde lid, Wmg. De commissie oordeelt daarom dat het de ziektekostenverzekeraar vrij stond vergoeding van de kosten te weigeren. Of het gedeclareerde bedrag vergelijkbaar is met de kosten van een behandeling in een reguliere kliniek maakt het voorgaande niet anders.

Telefonische toezegging

- 6.5. Verzoeker heeft gesteld dat hij op 16 april 2020 om 20:56 uur telefonisch contact heeft gehad met een medewerk(st)er van de ziektekostenverzekeraar. Tijdens dit gesprek is volgens verzoeker aan hem de toezegging gedaan dat een bovenooglidcorrectie wordt vergoed, mits hiervoor een medische indicatie bestaat. Daarnaast heeft verzoeker gesteld dat hij in het betreffende telefoongesprek uitdrukkelijk heeft gevraagd of de behandeling in een privékliniek ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering wordt vergoed. Het antwoordt hierop van de medewerk(st)er van de ziektekostenverzekeraar luidde bevestigend. Dat verzoeker op 16 april 2020 telefonisch contact heeft gehad met een medewerker van de ziektekostenverzekeraar wordt door de echtgenote van verzoeker bevestigd.
- De ziektekostenverzekeraar heeft de stelling van verzoeker bestreden en aangevoerd dat hij uit zijn administratie niet kan opmaken dat op of rond 16 april 2020 met verzoeker telefonisch contact is geweest. Laat staan dat aan verzoeker, in afwijking van de voorwaarden, bepaalde toezeggingen zijn gedaan.
- 6.6. De commissie stelt voorop dat het lastig is de exacte vraagstelling en de beantwoording in geval van een telefoongesprek te reconstrueren. Aangezien verzoeker aanspraak maakt op een vergoeding, is het aan hem om aannemelijk te maken dat hem, in afwijking van de verzekeringsvoorwaarden, bepaalde telefonische toezeggingen zijn gedaan. Verzoeker heeft niet toegelicht met wie hij heeft gesproken. Ook als verzoeker dit laatste wel had toegelicht, is het van belang dat duidelijk zou zijn geworden wat zijn exacte vraagstelling is geweest en hoe het antwoord van de medewerk(st)er hierop heeft geluid. Samenvattend is het niet aannemelijk dat de ziektekostenverzekeraar op 16 april 2020 aan verzoeker heeft toegezegd dat een bovenooglidcorrectie onder alle omstandigheden wordt vergoed.
- 6.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 7 april 2021,

H.A.J. Kroon

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

2. Nationale wet- en regelgeving
(bron: <https://wetten.overheid.nl/zoeken>)

Wet marktordening gezondheidszorg

Artikel 35

1. Het is een zorgaanbieder verboden een tarief in rekening te brengen:

- a. dat niet overeenkomt met het tarief dat voor de betrokken prestatie op grond van artikel 50, eerste lid, onderdeel b, is vastgesteld;
 - b. dat niet ligt binnen de tariefruimte die op grond van artikel 50, eerste lid, onderdeel c, voor de betrokken prestatie is vastgesteld;
- (...)

(...)

3. Het is een ziektekostenverzekeraar verboden een tarief als bedoeld in het eerste lid, te betalen of aan derden te vergoeden.

Artikel 50

1. De zorgautoriteit legt, met inachtneming van de artikelen 51 tot en met 56 en 59, in een beschikking ten behoeve van het rechtsgeldig in rekening kunnen brengen van een tarief vast:

- a. of er sprake is van een vrij tarief, zijnde een tarief waarop artikel 35, eerste lid, onderdelen a en b, niet van toepassing is;
- b. of er sprake is van een vast tarief;
- c. of er sprake is van een bedrag dat ten minste of ten hoogste als tarief in rekening kan worden gebracht;
- d. de beschrijving van de prestatie, deel van de prestatie of geheel van prestaties behorend bij het tarief bedoeld in de onderdelen a, b en c.

Bij de toepassing van de aanhef en onderdelen b en c in de eerste volzin stelt de zorgautoriteit de hoogte van het tarief dan wel het bedrag dat als tarief in rekening kan worden gebracht vast in die beschikking.

(...)

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.

(...)

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:

(...)

- 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 verslachte 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 gehemelte spleten, 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;

(...)

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. het operatief plaatsen en het operatief vervangen van een borstprothese, anders dan na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie of bij agenese 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;

(...)

.

Dit moet u zelf doen

U moet vooraf een verwijzing hebben

Voor u naar de medisch specialist gaat, moet u een verwijzing hebben van uw huisarts, een andere medisch specialist, een jeugdarts, de bedrijfsarts, arts voor verstandelijk gehandicapten of een specialist ouderengeneeskunde ('verpleeghuisarts'). Voor zwangerschap en bevalling mag ook de verloskundige verwijzen. Bij acute zorg¹ is geen verwijzing nodig.

Soms moet u ons vooraf toestemming vragen

Als u wordt opgenomen voor behandelingen die op de limitatieve lijst machtigingen medisch-specialistische zorg² staan, vergoeden wij alleen als wij vooraf toestemming³ hebben gegeven.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

Wij vergoeden opname alleen bij verzekerde zorg

De basisverzekering vergoedt de opname in verband met de medisch-specialistische behandeling of kaakchirurgie alleen als de basisverzekering de behandeling zelf ook vergoedt.

Wij vergoeden maximaal 3 jaar doorlopende opname

Bij een onderbreking van maximaal 30 dagen zien wij de opname ook als doorlopend. Is de onderbreking voor vakantie- of weekendverlof? Dan tellen de verlofdagen mee voor het volmaken van de 3 jaar.

Let op bij opname in het buitenland

In het buitenland gelden soms andere richtlijnen voor zorg en opname. En er gelden aparte vergoedingen voor spoedeisende en voor niet-spoedeisende (voorzien) zorg in het buitenland. Gaat u naar het buitenland voor een ziekenhuisopname? Neemt u vooraf contact op met ons Service Center. Dan voorkomt u vervelende (financiële) verrassingen achteraf. Bij Superfit en Wereldfit moet u vooraf contact opnemen met onze ZorgConsulent.

Plastische chirurgie

Als behandeling van uw uiterlijk medisch noodzakelijk is.

Wat u vergoed krijgt

Bij plastische chirurgie denken veel mensen aan het aanpassen van het uiterlijk om er beter uit te zien. Plastische chirurgie is echter veel meer. Het kan ook gaan om operaties om een aangeboren afwijking te herstellen. Of om het lichaam te herstellen na een ongeluk, zoals bij brandwonden. Ook als er bij een medische behandeling een litteken overblijft waar u last van heeft, kan plastische chirurgie een oplossing zijn.

De **basisverzekering** vergoedt plastische chirurgie bij:

1. afwijkingen van het uiterlijk als u daardoor een aantoonbare lichamelijke functiestoornis⁴ heeft
2. verminkingen⁵ door een ziekte, ongeval of medische behandeling
3. verlamde of verslapte bovenoogleden als dat uw gezichtsveld ernstig beperkt of als dat komt door een aangeboren afwijking of door een chronische aandoening die al bij uw geboorte aanwezig was
4. het verwijderen van borstprothesen als dat medisch noodzakelijk is
5. het plaatsen of vervangen van borstprothesen als uw borst (geheel of gedeeltelijk) geamputeerd is
6. het plaatsen of vervangen van borstprothesen als bij u als (trans)vrouw het borstweefsel niet ontwikkeld is (agenesie) of ontbreekt (aplasie)
7. deze aangeboren afwijkingen: een lip-, kaak- en gehemeltepleet, misvorming van botten in het gezicht, goedaardige woekering van bloedvaten of lymfevaten of bindweefsel, een geboortevlek, misvorming van urinewegen en geslachtsorganen
8. behandeling van primaire geslachtskenmerken bij vastgestelde transseksualiteit

¹ Zorg die niet kan worden uitgesteld, bijvoorbeeld bij een levensbedreigende situatie

² Een lijst met behandelingen die u alleen vergoed krijgt na toestemming. Hij is bij alle zorgverzekeraars hetzelfde

³ Meer informatie leest u op: www.onvz.nl/zelf-regelen/toestemming-vragen

⁴ Voorbeeld: u kunt uw hand niet goed dichtdoen, en daardoor moeilijk dingen vastpakken

⁵ Een niet-aangeboren ernstige misvorming van een lichaamsdeel, die in het dagelijks leven meteen opvalt. Camoufleren met kleding of make-up is niet mogelijk. Bijvoorbeeld: brandwonden, amputatie

De basisverzekering vergoedt in die gevallen ook verpleging en verzorging, paramedische zorg¹, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

Is het nodig dat u wordt opgenomen? Dan vergoedt de basisverzekering de ziekenhuisopname.

De **aanvullende verzekeringen** Optifit en hoger vergoeden bepaalde plastische chirurgie als de basisverzekering die niet vergoedt.

Optifit vergoedt plastische chirurgie bij:

- correctie van flaporen bij kinderen tot 18 jaar
- een aantoonbare lichamelijke functiestoornis, als het gaat om correctie van bovenoogleden of om het vervangen van borstprothesen

Topfit en Superfit vergoeden plastische chirurgie bij:

- correctie van flaporen bij kinderen tot 18 jaar
- een aantoonbare lichamelijke functiestoornis

Hier kunt u terecht

Plastische chirurgie wordt meestal door een plastisch chirurg uitgevoerd. Maar ook een andere medisch specialist², zoals een oogarts of KNO-arts kan plastisch chirurgische operaties uitvoeren.

Deze medisch specialisten werken in het ziekenhuis of een zelfstandig behandelcentrum (ZBC).

Dit wordt niet vergoed

- plastische chirurgie zonder medische noodzaak
- wegzuigen van onderhuids vet (liposuctie) van de buik
- borstvergroting
- behandelingen tegen snurken door operatie van de huid (uvuloplastiek)

Meer uitleg over de vergoeding van plastische chirurgie staat in het document plastische chirurgie³.

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	In bepaalde gevallen
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	Geen vergoeding
Benefit	Geen vergoeding
Optifit	• Bij functiestoornis: bovenoogleden en vervangen borstprothesen • Correctie flaporen tot 18 jaar
Topfit	• Bij functiestoornis: bovenoogleden en vervangen borstprothesen • Correctie flaporen tot 18 jaar
Superfit	• Bij functiestoornis: bovenoogleden en vervangen borstprothesen • Correctie flaporen tot 18 jaar

¹ Fysiotherapie, oefentherapie, logopedie, ergotherapie en diëtetiek

² Een anesthesioloog, cardioloog, chirurg, cardio-thoracaal chirurg, dermatoloog, gynaecoloog, internist, KNO-arts, kinderarts, klinisch geneticus, klinisch geriater, longarts, maag-lever-darmarts, arts-microbioloog, neurochirurg, neuroloog, nucleair geneeskundige, oogarts, orthopedisch chirurg, patholoog, plastisch chirurg, psychiater, radioloog, radiotherapeut, reumatoloog, revalidatiearts, sportarts of uroloog

³ Heeft u vragen of zoekt u een document? We helpen u graag. www.onvz.nl - 030 639 62 22

Wat u zelf betaalt

Het eigen risico

Voor de zorg die onder de basisverzekering valt, geldt het eigen risico. Voor de zorg die onder de aanvullende verzekering valt, geldt geen eigen risico.

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Dit moet u zelf doen

U moet vooraf een verwijzing hebben

Voor u naar de medisch specialist gaat, moet u een verwijzing hebben van uw huisarts, een andere medisch specialist, een jeugdarts, de bedrijfsarts, arts voor verstandelijk gehandicapten of een specialist ouderengeneeskunde ('verpleeghuisarts'). Bij acute zorg¹ is geen verwijzing nodig.

Meestal moet u ons vooraf toestemming vragen

Behandelingen die op de limitatieve lijst machtigingen medisch-specialistische zorg² staan, vergoeden wij alleen als wij vooraf toestemming hebben gegeven. Ook voor vergoeding vanuit de aanvullende verzekeringen moet u vooraf toestemming³ hebben gekregen.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Hier is gebruikelijke zorg: de zorg die medisch specialisten normaal gesproken verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Wachtlijst? Neem contact op met de ZorgConsulent

U kunt onze ZorgConsulent vragen te bemiddelen om uw wachttijd te verkorten. Ook voor andere vormen van zorgbemiddeling kunt u bij de ZorgConsulent terecht.

Vruchtbaarheidsbehandelingen

Als het niet lukt om zwanger te worden.

Wat u vergoed krijgt

Blijft door een medische oorzaak een zwangerschap uit, maar heeft u wel een kinderwens? En bent u jonger dan 43 jaar?

Dan vergoedt de **basisverzekering**:

- medisch-specialistisch(e) onderzoek en behandeling
- kunstmatige inseminatie (ki) of intra-uteriene inseminatie (iui)
- in-vitrofertilisatie (ivf) en intracytoplasmatische sperma-injectie (icsi), inclusief het invriezen (cryopreserveren) van embryo's
- geneesmiddelen die daarbij nodig zijn

Voor ivf en icsi gelden ook nog andere voorwaarden. Daarom staan deze apart vermeld.

Dit wordt niet vergoed

- kosten van sperma- of eiceldonatie. Dit geldt voor de kosten van de spermacellen of eicellen. En voor de kosten van eventuele medische behandeling van de donor om de spermacellen of eicellen te verkrijgen.

¹ Zorg die niet kan worden uitgesteld, bijvoorbeeld bij een levensbedreigende situatie

² Een lijst met behandelingen die u alleen vergoed krijgt na toestemming. Hij is bij alle zorgverzekeraars hetzelfde

³ Meer informatie leest u op: www.onvz.nl/zelf-regelen/toestemming-vragen