

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vs. C te D
Zaak : geneeskundige zorg, plastische-chirurgie, endoscopische voorhoofdslift
Zaaknummer : ANO07.134
Zittingsdatum : 20 juni 2007

Zaak: ANO07.134 (Geneeskundige zorg, plastische-chirurgie, endoscopische voorhoofdslift)

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. J.H.A. Teulings en mr. drs. P.J.J. Vonk)

(Voorwaarden zorgverzekering 2006, art. 10, 11 Zvw, 2.4 Bzv, 2.1 Rzv)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen verzoekster,

tegen

C te D, hierna te noemen de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen het besluit van de zorgverzekeraar van 14 september 2006 inzake de afwijzing van de aanvraag voor een endoscopische voorhoofdslift.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag is verzoekster bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorgverzekering 2006, een verzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw) (hierna: de zorgverzekering), in combinatie met een aanvullende verzekering.
- 3.2. Bij brief van 14 september 2006 heeft de zorgverzekeraar verzoekster bericht dat afwijzend was beslist op de aanvraag voor een endoscopische voorhoofdslift.
- 3.3. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 7 november 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster meegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. Bij geschillenformulier van 14 januari 2007 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is toestemming te geven voor de endoscopische voorhoofdslift.
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 37,00 voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren.
- 3.6. De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie op 5 maart 2007 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt.
- 3.7. Bij brief van 17 april 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen verzocht om advies, een en ander conform artikel 114 van de Zvw.

- 3.8. Eveneens op 17 april 2007 is verzoekster een afschrift van de reactie van de zorgverzekeraar gezonden. Tevens zijn partijen in de gelegenheid gesteld zich te doen horen.
- 3.9. Het College voor zorgverzekeringen heeft op 16 mei 2007, op de voet van artikel 114 lid 3 van de Zvw, zijn advies gegeven. Een afschrift hiervan is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.10. Partijen zijn op 20 juni 2007 telefonisch gehoord.
- 3.11. Bij brief van 21 juni 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden. In vervolg hierop heeft het College voor zorgverzekeringen de commissie op 10 juli 2007 meegedeeld dat uit het verslag van de hoorzitting geen feiten of omstandigheden naar voren zijn gekomen die aanleiding geven zijn eerder uitgebrachte advies te herzien.

4. Het standpunt van verzoekster

- 4.1. Verzoekster is een 51-jarige vrouw. In 2003 en 2005 heeft zij een bovenooglidcorrectie ondergaan. Beide behandelingen zijn door de rechtsvoorganger van de zorgverzekeraar vergoed. Verzoekster zegt nu weer dezelfde klachten te hebben, namelijk visusbeperkingen bij het opzij kijken, pijn- en vermoeidheidsklachten. Dit keer wil de zorgverzekeraar de behandeling echter niet vergoeden. Verder merkt verzoekster op dat de plastisch-chirurg de vorige twee keer gekozen heeft voor de (goedkoopste) behandeling in de vorm van een blepaharoplastiek, waarbij hij hoopte een structurele oplossing voor haar problemen te kunnen bieden, hetgeen in de praktijk niet het geval heeft mogen zijn. Verzoekster zegt dat volgens haar plastisch-chirurg nu alleen een endoscopische voorhoofdslift nog voor een structurele oplossing kan zorgen.
- 4.2. Verzoekster stelt zich op het standpunt dat de zorgverzekeraar toestemming dient te geven voor de door de plastisch-chirurg voorgestelde operatie, namelijk een endoscopische voorhoofdslift.

5. Het standpunt van de zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar merkt op dat de aanspraak op plastische en/of reconstructieve chirurgie is geregeld in artikel 20 van de zorgverzekering. Om aanspraak te kunnen maken op behandelingen van plastisch-chirurgische aard dient op grond van genoemd artikel sprake te zijn van een verminking die het gevolg is van een ziekte, ongeval of een geneeskundige verrichting, dan wel van een afwijking in het uiterlijk die gepaard gaat met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen. De centraal medisch adviseur heeft op het beschikbare beeldmateriaal (foto's), zowel bij frontale blik, als bij laterovisie echter geen objectieve gezichtsveldbeperkingen kunnen vaststellen. De zorgverzekeraar is dan ook van mening dat bij verzoekster geen sprake is van een verminking, dan wel een afwijking in het uiterlijk die gepaard gaat met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen.
- 5.2. Tijdens de telefonische hoorzitting heeft de zorgverzekeraar nog aangegeven dat in 2003 en 2005 werd getoetst aan de toenmalige publiekrechtelijke ziektekostenregeling. Deze regeling kende andere voorwaarden dan de sinds 1 januari 2006 bestaan-

de zorgverzekering. Daarnaast was indertijd sprake van een bovenooglidcorrectie, terwijl de nu aangevraagde behandeling ziet op een endoscopische voorhoofdslift.

- 5.3. De zorgverzekeraar concludeert dat geen aanspraak bestaat op de aangevraagde plastisch-chirurgische behandeling ten laste van de zorgverzekering.

6. De bevoegdheid van de commissie

Voor zover het onderhavige geschil betrekking heeft op de zorgverzekering, acht de commissie zich bevoegd daarvan kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. De commissie is daarentegen niet bevoegd ten aanzien van de aanvullende verzekeringen.

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. De vraag of in dit geval aanspraak bestaat op de aangevraagde endoscopische voorhoofdslift, moet worden beantwoord aan de hand van de tussen partijen ten tijde van de onderhavige aanvraag bestaande verzekeringsovereenkomst, te weten de zorgverzekering, en niet de voormalige publiekrechtelijke ziektekostenverzekering.

- 7.2. Op grond van artikel 12 van de zorgverzekering heeft verzoekster aanspraak op zorg in natura. De aanspraak op plastisch-chirurgische behandelingen is geregeld in artikel 20 van de zorgverzekering. Deze bepaling luidt, voor zover hier van belang als volgt:

“Omschrijving: (vergoeding van de kosten) van geneeskundige zorg (...) omvat behandeling van plastisch-chirurgische aard, uitsluitend als deze 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; (...)

Verwijzing door: huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist of kaakchirurg

Machtiging: ja, met toelichting van de behandelend medisch specialist.”

Volgens artikel 1 lid 35 is een machtiging een schriftelijke toestemming voor de afname van bepaalde zorg die door of namens de zorgverzekeraar wordt verstrekt ten behoeve van de verzekerde, voorafgaande aan de afname van die bepaalde zorg.

- 7.3. De zorgverzekering, en daarmee de regeling van de artikelen 12 en 20 van de zorgverzekering, is blijkens artikel 1 lid 62 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, en waarvan de verzekerde prestaties het bij of volgens die wet geregelde niet te boven gaan.
- 7.4. De commissie constateert dat de in de zorgverzekering opgenomen situaties waarbij aanspraak bestaat op plastisch-chirurgische behandelingen stroken met het daaromtrent bepaalde in de artikelen 10 en 11 van de Zvw, artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering (Bzv) en artikel 2.1 van de Regeling zorgverzekering (Rzv), zoals deze bepalingen luiden ten tijde van de onderhavige aanvraag.

- 7.5. De commissie is niet gebleken dat verzoekster in de situatie verkeert dat bij haar sprake is van een afwijking in het uiterlijk die gepaard gaat met een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. Om van een dergelijke afwijking te kunnen spreken dient het, op basis van de jurisprudentie, te gaan om een functiestoornis van vrij ernstige aard met als onderscheidend criterium het aanwezig zijn van een ernstige gezichtsveldbeperking. De functiestoornis dient bovendien objectiveerbaar zijn. Bij de beantwoording van de vraag of de functiestoornis objectiveerbaar is, is onder meer van belang of aannemelijk is dat de aangevoerde lichamelijke functiestoornis veroorzaakt wordt door de te corrigeren lichamelijke afwijking (in dit geval de wenkbrauwen) en of de correctie daarvan die klachten zal doen wegnemen. Verder is van belang of het aannemelijk is dat het te corrigeren lichaamsdeel klachten als aangevoerd veroorzaakt in een zodanige ernstige mate dat gesproken kan worden van een lichamelijke functiestoornis in de zin van de zorgverzekering en de regelgeving. Hetgeen door verzoekster is gesteld – de huid van haar voorhoofd drukt steeds meer op de ogen en dat veroorzaakt vermoeidheid, alsmede dat zij voortdurend haar wenkbrauwen moet optrekken hetgeen hoofdpijn veroorzaakt – is niet te kwalificeren als een functiestoornis van vrij ernstige aard, terwijl het gestelde verband met de hoofdpijn- en vermoeidheidsklachten niet objectiveerbaar is.
- 7.6. Voorts is niet gebleken van een verminking die het gevolg is van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting. Van een verminking in de zin van artikel 4.4 onderdeel b van de zorgverzekering pas sprake in geval van een ernstige misvorming van een lichaamsdeel – bijvoorbeeld vergelijkbaar met een derde graads brandwond – die niet in het normale dagelijkse verkeer kan worden gecamoufleerd. De commissie is niet gebleken dat zulks hier aan de orde is.
- 7.7. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
8. Het bindend advies
- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 10 juli 2007,

Voorzitter