

Bindend advies

Partijen : A te B vs C te D
Zaak : Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, neuscorrectie
Zaaknummer : 2007.01297
Zittingsdatum : 12 december 2007

BINDEND ADVIES

Zaak: 2007.01297 (Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, neuscorrectie)

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2006, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv)

1 Partijen

A te B, hierna te noemen verzoekster,
tegen

C te D, hierna te noemen de zorgverzekeraar.

De bestreden beslissing

2. Verzoekster komt op tegen het besluit van de zorgverzekeraar van 30 maart 2007 inzake de terugvordering van een op 21 november 2006 aan haar gedane uitkering ad € 4.250,00 ter zake van een neuscorrectie.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige behandeling was verzoekster bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Basispolis, een verzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw) (hierna: de zorgverzekering), alsmede een aanvullende verzekering.
- 3.2. Bij brief van 30 maart 2007 heeft de zorgverzekeraar verzoekster bericht dat de aan haar gedane uitkering ter zake van een neuscorrectie ad € 4.250,00 werd teruggevorderd.
- 3.3. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 23 april 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster meegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. Bij brief van 5 juni 2007 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is af te zien van de terugvordering .
- 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 16 augustus 2007 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt.
- 3.7. Bij brief van 15 oktober 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (verder: CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 van de Zvw.
- 3.8. Het CVZ heeft op 16 november 2007 zijn advies gegeven. Een afschrift hiervan is op 19 november 2007 aan partijen gezonden.
- 3.9. Partijen zijn op 12 december 2007 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 17 december 2007 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden. In vervolg hierop heeft het CVZ de commissie op 19 december 2007 meegedeeld dat hetgeen in de hoorzitting naar voren is gebracht geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies.
4. Het standpunt van verzoekster
- 4.1. Verzoekster stelt dat zij, voorafgaand aan de behandeling, telefonisch contact heeft gehad met de zorgverzekeraar. Bij die gelegenheid werd haar bevestigd dat de kosten van de neuscorrectie in kliniek Klein Rosendaal voor vergoeding in aanmerking komen. Verzoekster acht dit ook logisch aangezien de operatie nodig was ter correctie van de gevolgen van een circa twintig jaar eerder, niet lege arte uitgevoerde ingreep aan haar neus. Het betreft hier dan ook een verminking ten gevolge van een geneeskundige verrichting als bedoeld in artikel 2 van de 'lijst van aanspraken' van de zorgverzekering. Het vermelde op de afrekenspecificatie ("coulance AV 100%") is dan ook niet juist.
- 4.2. Verzoekster wijst er op dat zij als leek niet bekend is met de DBC-systematiek. In haar optiek kan geen onderscheid worden gemaakt tussen het "functionele" en het "cosmetische" gedeelte, en betreft het één ingreep. Zou men al een onderscheid willen maken, dan geldt dat een groot deel van de kosten evenzeer noodzakelijk is voor de uitvoering van het "functionele" deel van de behandeling. Het terug te vorderen bedrag zou daarom, zo er al grond is voor terugvordering, substantieel kleiner moeten zijn.
- 4.3. Volgens verzoekster gaat het niet aan om als zorgverzekeraar in overleg met de zorgverlener de diagnose te wijzigen. Als er al sprake was van coulance, zoals wordt gesteld in de afrekenspecificaties, kan de zorgverzekeraar daar niet later weer op terugkomen.
- 4.4. Verzoekster verwijt de zorgverzekeraar dat hij niet transparant is in zijn uitingen en niet ingaat op haar correspondentie .
- 4.5. Tijdens de hoorzitting heeft verzoekster nog aangevoerd dat op 23 augustus 2007 de zorgverzekeraar haar wederom een onjuiste afrekeningspecificatie voor de onderhavige behandeling heeft gezonden.

- 4.6. Op basis van het voorgaande concludeert verzoekster dat de zorgverzekeraar dient af te zien van terugvordering van eerder genoemd bedrag .

5. Het standpunt van de zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar stelt dat sprake is van twee ingrepen. Met de eerste ingreep, te weten een septumcorrectie, was een bedrag gemoeid van € 1.216,60. Voor deze operatie is op 16 oktober 2006 een machtiging, met vermelding van de toepasselijke DBC-code, afgegeven en de kosten zijn rechtstreeks aan de zorgverlener voldaan, ten laste van de zorgverzekering. De tweede behandeling, bestaande uit een neuscorrectie, had uitsluitend een cosmetisch karakter. Naar aanleiding van de door verzoekster ingezonden declaratie ter zake, is haar abusievelijk op 22 november 2006 een afrekenspecificatie gezonden en heeft betaling van het bedrag ad € 4.250,00 plaatsgehad. Zou deze coulancebetaling terecht zijn geweest, dan zouden de kosten niet ten laste van de zorgverzekering zijn gekomen.
- 5.2. De zorgverzekeraar licht toe dat de machtiging van 16 oktober 2006 niet door hem is ingetrokken. Enkel het onverschuldigd betaalde bedrag ad € 4.250,00 is teruggevorderd. Per abuis is op 26 februari 2007 opnieuw een afrekenspecificatie verzonden voor genoemd bedrag.
- 5.3. De zorgverzekeraar concludeert dat verzoekster gehouden is het door hem onverschuldigd betaalde bedrag terug te betalen.

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.

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. De relatie tussen partijen wordt beheerst door een verzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het BW en is nader omschreven in overweging 3.1 van het bindend advies. Deze verzekeringsovereenkomst betreft een zorgverzekering. Een 'zorgverzekering' in de zin van artikel 1 onder d van de Zvw, dient te voldoen aan de wettelijke eisen van de Zorgverzekeringswet. De aard en omvang van de in de zorgverzekering op te nemen verzekerde prestaties zijn geregeld in Hoofdstuk 3, de artikelen 10 tot en met 14a van de Zvw en de daarop gebaseerde regelgeving, met name het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv). Slechts voor zover de verzekering voldoet aan de wettelijke eisen - dat wil zeggen niet meer en niet minder biedt - is sprake van een zorgverzekering en heeft de verzekerde, door deze verzekering te sluiten, voldaan aan de op hem rustende verzekeringsplicht.
- 7.2. Het betreft hier een restitutiepolis. Vergoeding voor plastische chirurgie staat vermeld in artikel 2 lid c van de 'lijst van aanspraken' van de zorgverzekering. In artikel 2 lid conder b wordt als indicatie genoemd: "Verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting." Het is deze indicatie waar verzoekster zich in de procedure op beroept.



- 7.3. De zorgverzekering is, blijkens artikel 4 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering, gebaseerd op de Zvw, het Bzv met de daarbij behorende Rzv, met inbegrip van de daarbij behorende toelichting, en het door de verzekeringnemer ingevulde vragenformulier.
- 7.4. In het kader van het onderhavige geschil is de volgende regelgeving relevant. Artikel 10 van de Zvw regelt de omvang van het te verzekeren risico. Vervolgens is in artikel 11 lid 1 onderdeel a van de Zvw bepaald dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde in voorkomend geval, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. De aanspraak op geneeskundige zorg, waaronder die op behandeling van plastisch-chirurgische aard, is, conform artikel 11 lid 3 van de Zvw, naar aard en omvang omschreven in artikel 2.4 van het Bzv.
- 7.5. Op basis van het voorgaande concludeert de commissie dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.6. De commissie oordeelt vervolgens dat de vraag of er in de situatie van verzoekster sprake is van een indicatie als bedoeld in artikel 2 lid conder b van de zorgverzekering onbeantwoord kan blijven. Daarentegen dient te worden gezien of de zorgverzekeraar, door zijn handelen, en gelet op de omstandigheden van het geval, de indruk heeft gewekt dat de kosten van de neuscorrectie zouden worden vergoed, al dan niet ten laste van de zorgverzekering, en of verzoekster daar op mocht afgaan.
- 7.7. In dat verband stelt de commissie vast dat door verzoekster is gesteld dat zij, voorafgaand aan de ingreep, telefonisch contact heeft gehad met de zorgverzekeraar. Bij die gelegenheid zou haar zijn bevestigd dat de kosten van de neuscorrectie voor vergoeding in aanmerking komen. Hoewel de exacte inhoud van het gesprek niet valt te reconstrueren, kan de commissie begrijpen dat verzoekster, tegen de achtergrond van dit onderhoud, de haar gezonden (kopie)machtiging, gedateerd 16 oktober 2006, heeft opgevat zoals zij heeft gedaan, namelijk als een machtiging voor een neusseptumdeictie en een neuscorrectie. Dit klemmt temeer nu de behandeling waarvoor toestemming is verleend in het stuk niet als zodanig wordt genoemd - enkel de DBC-prestatiecode (1100001520021, omschrijving: "correctie benige + kraakbenige skelet") is vermeld - en hiervoor geen maximale vergoeding is opgenomen. Voorts is in dit verband relevant dat beide ingrepen, zoals door verzoekster is betoogd en door verweerder niet, althans onvoldoende is bestreden, in dezelfde kliniek en op dezelfde datum hebben plaatsgevonden.
- Naar de commissie moet aannemen was verzoekster niet bekend met de door de kliniek bij de zorgverzekeraar ingediende - pro forma - aanvraag, die nadrukkelijk alleen de septumdeictie betreft.
- Dat haar visie de juiste was, heeft verzoekster tot slot bevestigd gezien in een afrekeningsspecificatie van 22 november 2006 en de daaropvolgende betaling ad € 4.250,00.
- Gelet op het samenstel van bovengenoemde factoren, concludeert de commissie dat verzoekster mocht aannemen dat de aanvraag voor een neuscorrectie - behoudens het bedrag van € 310,00 - was gehonoreerd; dat de afrekeningsspecificatie van 22



november 2006 correct was, en dat de zorgverzekeraar terecht tot betaling was overgegaan .

7.8. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen.

8. Het bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek toe.

Zeist, 12 februari 2008,

Voorzitter