

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C en E beide te D
Zaak : Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, neuscorrectie
Zaaknummer : 2010.01879
Zittingsdatum : 25 mei 2011

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. H.P.Ch. van Dijk en mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden zorgverzekering 2010, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2010)

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoekster,

tegen

1) C en

2) E beide te D

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] Basispolis Basic (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering [naam ziektekostenverzekeraar] AV Plus Amsterdam afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een neuscorrectie (hierna: de aanspraak). Bij brief van 22 juni 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 12 augustus 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.4. Bij brief van 16 december 2010 heeft verzoekster 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).
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 37,- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stuk-

ken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 12 april 2011 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 14 april 2011 aan verzoekster gezonden.
 - 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 19 april 2011 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft het door de commissie toegestuurde antwoordformulier doorgestreept retour gezonden. Dit antwoordformulier is op 17 mei 2011 door de commissie ontvangen. De commissie leidt hieruit af dat de ziektekostenverzekeraar niet wil worden gehoord.
 - 3.8. Bij brief van 14 april 2011 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 28 april 2011 heeft het CVZ (zaaknummer 2011042596) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat bij verzoekster geen sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis dan wel verminking als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
 - 3.9. Verzoekster is op 25 mei 2011 telefonisch gehoord. Zij is daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
 - 3.10. Bij brief van 26 mei 2011 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of het verslag aanleiding geeft tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 30 mei 2011 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
- 4.1. De behandelend plastisch chirurg heeft bij verzoekster het volgende geconstateerd: "neus staat scheef, drukkend gevoel, last van bloedneuzen, exostose neusrug status na neuscorrectie 2000".
 - 4.2. Verzoekster stelt dat zij in 2000 is geopereerd aan de neus vanwege ademhalingsproblemen, spontane neusbloedingen en een drukkend gevoel op de neus. Na een aantal jaren is de neus omhoog gaan trekken. Verzoekster ondervindt hiervan klachten in de vorm van pijn, een droog en stroef gevoel aan de bovenlip, een chronische loopneus, neusbloedingen en een strak gevoel aan de neus. De behandelend arts vindt de ingreep noodzakelijk.
 - 4.3. Ter zitting is door verzoekster voornoemde stellingen herhaald. Zij heeft ter aanvulling aangevoerd dat de gehele dag haar neus moet schoonmaken, omdat zij een loopneus heeft. Als zij met iemand praat, kijkt die persoon recht in haar neus. Desgevraagd verklaart verzoekster dat zij niet onder behandeling is (geweest) bij een KNO-arts. De huisarts heeft haar verwezen naar een plastisch chirurg. Verzoekster betreurt het dat de ziektekostenverzekeraar haar niet heeft uitgenodigd op het spreekuur van

de medisch adviseur.

4.4. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt dat bij verzoekster geen sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis dan wel verminking als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering. Bij een functiestoornis kan in dit kader worden gedacht aan een ernstige obstructie van de neusdoorgankelijkheid. Hiervan is bij verzoekster niet gebleken. Pijn is op zich geen indicatie voor plastische chirurgie. Bij verminking moet sprake zijn van een ernstige misvorming van een lichaamsdeel. Ook hiervan is bij verzoekster niet gebleken.

5.2. Ten aanzien van de stelling van verzoekster dat de behandelend arts van mening is dat zij geopereerd moet worden, merkt de ziektekostenverzekeraar op dat een indicatie voor een ingreep niet betekent dat de ingreep ten laste van de zorgverzekering kan plaatsvinden.

5.3. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. De commissie is 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 de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, 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 zorgverleners. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de 'lijst van aanspraken' van de zorgverzekering.

Artikel 2 van de 'lijst van aanspraken' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op behandeling van plastisch-chirurgische aard bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“op behandeling van plastisch-chirurgische aard bestaat slechts aanspraak indien de behandeling strekt tot correctie van:

a. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;

b. *verminderingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting; (...)*”

- 8.3. Artikel 2 van de ‘lijst van aanspraken’ van de zorgverzekering is volgens artikel 4 van de ‘algemene voorwaarden’ van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.4. 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. Plastische chirurgie is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.1 Rzv.
- 8.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. De zorgverzekering biedt dekking voor een neuscorrectie indien sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis dan wel verminking als bedoeld in de voorwaarden.
- 9.2. Bij een aantoonbare lichamelijke functiestoornis kan in dit kader gedacht worden aan een chronische obstructie van de neusdoorgankelijkheid met klinisch relevante symptomen als gevolg van een duidelijke anatomische en/of structurele afwijking, die als oorzaak van deze klachten aanwijsbaar is en die alleen gecorrigeerd kan worden met een uitwendige neuscorrectie. Daarvan is bij verzoekster geen sprake. Ook anderszins is bij haar niet gebleken van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis.
- 9.3. Van verminking is slechts sprake in geval van een ernstige misvorming, die al dan niet met weefseldefecten gepaard gaat (zie ook GcZ, 5 november 2007, ANO07.289). Gelet op de ontstaansgeschiedenis van de term “verminking” in de huidige regelgeving gaat het daarbij om verworven aandoeningen, zoals misvorming van de handen door reumatoïde artritis, misvorming door verlamming van de aangezichtszenuw, misvorming door brandwonden, replantatie van ledematen, reconstructie van geamputeerde ledematen of van geamputeerde mammae. Van verminking in bovenvermelde zin is in het onderhavige geval geen sprake.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.4. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor een neuscorrectie, zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden toegewezen.

Conclusie

- 9.5. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 8 juni 2011,

Voorzitter