

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B vs C te D
Zaak	: Geneeskundige zorg, plastische-chirurgie, neuscorrectie
Zaaknummer	: ANO07.009
Zittingsdatum	: 7 februari 2007

Zaak: ANO07.009, geneeskundige zorg, plastische-chirurgie, neuscorrectie.

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. 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, in deze vertegenwoordigd door E te F.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen het besluit van de zorgverzekeraar van 4 september 2006 inzake de afwijzing van de aanvraag van een machtiging voor vergoeding van een neuscorrectie.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster is bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorgpolis, een verzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw) (hierna: de zorgverzekering).
- 3.2. Bij brief van 4 september 2006 heeft de zorgverzekeraar verzoekster bericht dat de aangevraagde machtiging voor vergoeding van een neuscorrectie niet wordt verstrekt.
- 3.3. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 19 september 2006 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. Bij brief van 29 september 2006 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de bovengenoemde ingreep te vergoeden.
- 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 oktober 2006 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt.
- 3.7. Op 18 oktober 2006 is verzoekster een afschrift van de reactie van de zorgverzekeraar gezonden. Tevens zijn partijen in de gelegenheid gesteld zich te doen horen.

- 3.8. Bij brief van 14 december 2006 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen verzocht om advies, een en ander conform artikel 114 van de Zvw.
- 3.9. Van de mogelijkheid zich te doen horen is door partijen gebruik gemaakt. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 7 februari 2007 in persoon gehoord.
- 3.10. Het College voor zorgverzekeringen heeft op 12 maart 2007, op de voet van artikel 114 lid 3 van de Zvw, zijn advies gegeven. Een afschrift hiervan wordt gelijktijdig met het bindend advies aan partijen gezonden.
- 3.11. Bij brief van 13 maart 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden. In vervolg hierop heeft de commissie van het College voor zorgverzekeringen geen bericht ontvangen dat hetgeen in de hoorzitting naar voren is gebracht aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies.

4. Het standpunt van verzoekster

- 4.1. Verzoekster is een 35-jarige vrouw. Zij zou blijkens de aanvraag ten behoeve van de neuscorrectie van haar behandelend medisch-specialist, op 17-jarige leeftijd haar neus hebben gebroken. Hierdoor is een progressieve scheefstand ontstaan. Uit de aanvraag blijkt dat verzoekster geen ademhalingsproblemen heeft door de scheefstand.
- 4.2. Verzoekster heeft de onderhavige aanvraag op 14 juni 2006 ingediend; de operatie waarbij de neuscorrectie heeft plaatsgevonden stond op 6 augustus 2006 gepland. Na telefonisch contact op 29 augustus 2006 is verzoekster door de zorgverzekeraar om foto's verzocht, ter beoordeling van de aanvraag. Op 4 september 2006 is haar door de zorgverzekeraar medegedeeld dat de neuscorrectie niet voor vergoeding in aanmerking komt.
Afgaande op de woorden van haar behandelend specialist "dat hij de ervaring had dat dergelijke operaties altijd vergoed worden", heeft verzoekster de onderhavige ingreep op de geplande datum laten plaatsvinden.
- 4.3. Verzoekster is van mening dat de neuscorrectie alsnog door de zorgverzekeraar vergoed dient te worden en beroept zich daarbij op de volgende argumenten:
 - als zij op 17-jarige leeftijd, direct na het ongeval, wél naar het ziekenhuis zou zijn gegaan, dan was de ingreep destijds wel vergoed.
 - er is volgens haar sprake van een verminking. Overigens vraagt verzoekster zich af wie bepaalt wat een verminking is.

5. Het standpunt van de zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar heeft het dossier, inclusief de nagezonden foto's, voorgelegd aan zijn medisch adviseur. Deze heeft op basis daarvan de onderhavige aanvraag beoordeeld en is tot de conclusie gekomen dat bij verzoekster geen sprake is van een verminking en/of functionele beperking als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekeraar. Op grond hiervan is de zorgverzekeraar dan ook van mening dat hij de onderhavige ingreep niet hoeft te vergoeden.

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. Tussen partijen is met ingang van 1 januari 2006 een verzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het BW tot stand gekomen. 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 omschreven 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. Waar het vervolgens gaat om de onderhavige kosten, geldt het volgende.

- 7.2. Het betreft hier een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg. Vergoeding voor plastische-chirurgie staat vermeld in artikel 20 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Artikel 20 bepaalt, voor zover van belang, het navolgende:

“Geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 15 (Medisch specialistische zorg) omvat behandelingen van plastisch-chirurgische aard, uitsluitend als deze strekt tot correctie van:

- 1. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard fan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen.*
- 2. Verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, een ongeval of een geneeskundige verrichting;*

(...)

Verwijzing door (...) medisch specialist (...)

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

- 7.3. De regeling van artikel 20 is volgens de algemene voorwaarden, artikel 2.10 van de polisvoorwaarden, gebaseerd op de Zvw, het Bzv en de Rzv, meer in het bijzonder artikel 2.4 lid 1 onder b van het Bzv.

- 7.4. In het kader van het onderhavige geschil is de volgende regelgeving relevant. Artikel 11, lid 1 onderdeel a van de Zvw bepaalt 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. Waar het gaat om plastische chirurgie, is een en ander naar aard en omvang omschreven in artikel 2.4 lid 1 onder b Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.1 Rzv.

Voor zover van belang bepaalt artikel 2.4 lid 1 onder b Bzv:

*1. Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, (...) die plegen te bieden, (...) met dien verstande dat:
b. behandelingen 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 ver-richting;
(...)*

Artikel 2.1 Rzv omvat de uitsluitingen. Deze zijn niet van toepassing zijn.

- 7.5. De commissie constateert dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.6. Nu de commissie uit de aanvraag van de medisch specialist van verzoeker is gebleken dat verzoekster geen ademhalingsproblemen heeft door de scheefstand, is in het onderhavige geval geen sprake van de onder sub 1 grond, zijnde een afwijking in het uiterlijk die gepaard gaat met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen.
- 7.7. Gelet op hetgeen in de Memorie van toelichting op de Rzv alsook in de jurisprudentie wordt opgemerkt over het begrip 'verminking' alsook hetgeen verzoekster in de procedure te berde heeft gebracht is de commissie van oordeel dat niet kan worden gesproken van verminking als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 7.8. Voor het overige is de commissie de mening toegedaan dat de aanvraag van 14 juni 2006 uitsluitend beoordeeld dient te worden tegen de op dat moment geldende verzekeringsvoorwaarden en wetgeving. Of, en zo ja hoe een en ander vergoed zou zijn geweest is voor de beoordeling van het geschil niet relevant.
- 7.9. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
- 8. Het bindend advies
- 8.1 De commissie wijst het verzoek af

Zeist, 27 maart 2007,

Voorzitter