

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vs C te D
Zaak : Geneeskundige zorg, plastische-chirurgie, correctie uitstaande oorschel-
pen
Zaaknummer : ANO07.223
Zittingsdatum : 22 augustus 2007

Zaak: ANO07.223, geneeskundige zorg, plastische-chirurgie, correctie uitstaande oorschelpen.

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. T. Hartlief (voorzitter), mr. J.H.A. Teulings en mr. drs. P.J.J. Vonk)

(Voorwaarden zorgverzekering 2006, art. 10, 11 Zvw, 2.1, 2.2 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen verzoeker,

tegen

C te D, hierna te noemen de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen het besluit van de zorgverzekeraar van 6 oktober 2006 inzake het niet vergoeden van de correctie van uitstaande oorschelpen.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker is bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Basisverzekering, een verzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw) (hierna: de zorgverzekering), en een aanvullende verzekering.
- 3.2. Bij brief van 6 oktober 2006 heeft de zorgverzekeraar verzoeker bericht dat de door hem gevraagde correctie van uitstaande oorschelpen niet ten laste van de zorgverzekering wordt vergoed.
- 3.3. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 17 januari 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker meegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. Bij brief van 20 maart 2007 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de onderhavige behandeling te vergoeden.
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 37,00 voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren.
- 3.6. De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie op 25 mei 2007 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt.
- 3.7. Op 3 juli 2007 is verzoeker een afschrift van de reactie van de zorgverzekeraar gezonden.

- 3.8. Bij brief van 4 juli 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen verzocht om advies, een en ander conform artikel 114 van de Zvw.
- 3.9. Bij brief van 11 juli 2007 zijn partijen in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Van de mogelijkheid zich te doen horen is door verzoeker en de zorgverzekeraar gebruik gemaakt.
- 3.10. Het College voor zorgverzekeringen heeft op 27 juli 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.
- 3.11. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 22 augustus 2007 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het College voor zorgverzekeringen. Verzoeker heeft van deze mogelijkheid gebruik gemaakt en zijn standpunt nog eens herhaald. De zorgverzekeraar heeft geen aanleiding gezien tot het geven van een reactie.
- 3.12. Bij brief van 27 augustus 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden. In vervolg hierop heeft de commissie op 31 augustus 2007 van het College voor zorgverzekeringen bericht ontvangen dat hetgeen in de hoorzitting naar voren is gebracht geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies.
4. Het standpunt van verzoeker
- 4.1. Verzoeker is een 36-jarige man. Blijkens de aanvraag van zijn behandelend plastisch chirurg, ontbreekt de anthelix in beide oren en wordt voor hem een standcorrectie van de oren aangevraagd. De aanvraag vermeldt geen DBC-code.
- 4.2. Verzoeker kan zich niet vinden in de afwijzing van de zorgverzekeraar. De afwijzing berust zijns inziens op de toetsing aan artikel 2 onder c sub c van de lijst van aanspraken, die ziet op verlamde of verslachte oogleden. Zijn klacht valt daarentegen onder artikel 2 onder c sub d, zoals verwoord in de heroverweging van 17 januari 2007, welke is ondertekend door een lid van de Raad van Bestuur. Hierin staat vermeld:
- "d. de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemelte spleten, misvorming van het benig aangezicht, uitstaande oorschelpen, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, alsmede geboortevlekken en misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen."*
- 4.3. Voorts geeft verzoeker aan in maart 2000 een machtiging te hebben aangevraagd voor dezelfde behandeling. Hiervoor heeft hij toen ook toestemming gekregen. Uit angst voor de operatie heeft hij destijds echter van de behandeling afgezien.
- 4.4. Verzoeker meent voor vergoeding van de standcorrectie van de oren in aanmerking te komen, omdat de correctie van uitstaande oorschelpen, gezien vorenstaande, gewoon in de zorgverzekering is opgenomen.

5. Het standpunt van de zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar is, mede op basis van meegezonden foto's, van oordeel dat verzoeker niet voldoet aan één van de voorwaarden van de zorgverzekering, op basis waarvan de onderhavige behandeling voor vergoeding in aanmerking kan komen.
- 5.2. Met betrekking tot de in maart 2000 gegeven toestemming merkt de medisch adviseur van de zorgverzekeraar op dat de correctie van uitstaande oorschelpen tot 1 januari 2005 tot verstrekkingen op grond van de hoofdverzekering behoorde.
- 5.3. Met betrekking tot de foutieve parafrasering van artikel 2 onder c sub d in de brief van 17 januari 2007, merkt de zorgverzekeraar op dat deze berust op een kennelijke verschrijving, en voorts dat ook uit deze brief blijkt dat de onderhavige behandeling niet zal worden vergoed.

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 verzekering.

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. 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.
- 7.2. Het betreft hier een restitutiepolis, zodat de verzekerde gebruik kan maken van niet-gecontracteerde zorg. Geneeskundige zorg staat vermeld in artikel 2 van de lijst van aanspraken van de zorgverzekering. Artikel 2 onder c bepaalt wanneer aanspraak op behandelingen van plastisch-chirurgische aard bestaat en onder welke voorwaarden, waarbij de situaties, beschreven in sub a, b, en d in onderhavige zaak mogelijk van toepassing kunnen zijn. Het gaat hierbij om:

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

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

d. de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemelte spleten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfeva-

*ten of bindweefsel, geboortevlekken en misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
(...)”*

Artikel 2 onder ‘uitsluitingen’ sluit vervolgens expliciet een aantal plastisch-chirurgische behandelingen uit. De onderhavige ingreep wordt in dat verband niet genoemd.

- 7.3. De regeling van artikel 2 is volgens de algemene voorwaarden, artikel 4 van de zorgverzekering, gebaseerd op de Zvw, het Bzv en de Rzv.
- 7.4. In het kader van het onderhavige geschil is de volgende regelgeving relevant. Artikel 11 lid 1 onderdeel b 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 vergoeding van de kosten van zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Waar het gaat om geneeskundige zorg is een en ander, conform lid 3 van artikel 11 van de Zvw, naar aard en omvang omschreven in artikel 2.4 van het Bzv. In lid 1 onder b is vervolgens bepaald dat een plastisch-chirurgische ingreep slechts onder de geneeskundige zorg valt indien deze strekt tot correctie van de onder sub 1 tot en met 5 genoemde aandoeningen. In lid 2 wordt bepaald dat bij ministeriële regeling bepaalde vormen van zorg kunnen worden uitgezonderd. Op grond hiervan is in artikel 2.1 van de Rzv een aantal ingrepen expliciet uitgesloten.
- 7.5. De commissie constateert dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.6. De commissie stelt vervolgens vast dat in de situatie van verzoeker geen sprake is van een afwijking in het uiterlijk die gepaard gaat met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen. Om van dergelijke afwijkingen te kunnen spreken, dient het volgens de commissie te gaan om functiestoornissen van vrij ernstige aard met als onderscheidend criterium het aanwezig zijn van een ernstige bewegingsbeperking. Daarvan is de commissie niet gebleken.
- 7.7. Evenmin gaat het hier om een verminking die het gevolg is van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting. Niet alleen zijn de klachten van verzoeker niet terug te voeren op een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting, maar bovendien kan, naar het oordeel van de commissie, pas van verminking in de zin van artikel 2 onder c sub b van de lijst van aanspraken van de zorgverzekering worden gesproken in geval van een ernstige deformiteit, al of niet met weefseldefecten gepaard gaande, die direct in het oog springt en die in het normale dagelijkse verkeer niet is te camoufleren door bijv. kleding.
Het onderbreken van de anthelix in het kraakbeen van de oorschelpen, kwalificeert niet als een misvorming van het benig aangezicht. Naar het oordeel van de commissie kan daarom niet worden gesproken van een misvorming als bedoeld in artikel 2 onder c sub d van de lijst van aanspraken van de zorgverzekering.
- 7.8. In de onder punt 4.2 aangehaalde zin uit de brief van de zorgverzekeraar van 17 januari 2007 ziet de commissie geen aanleiding de gevraagde vergoeding aan verzoeker – in afwijking van het voorgaande – toe te wijzen nu deze zin, blijkens de verdere inhoud van de brief, berust op een kennelijke verschrijving. Uit niets is aannemelijk

geworden dat de zorgverzekeraar met de onjuiste parafrasering de bedoeling moet hebben gehad in dit geval een uitzondering op de voorwaarden van de zorgverzekering te hebben willen maken. Dit is te minder het geval nu in bedoelde brief wordt opgemerkt: “Dit betekent dat u niet in aanmerking komt voor vergoeding van de gewenste plastisch-chirurgische behandeling” (p. 1) en “Op basis van de constatering van onze adviserend geneeskundige concluderen wij dat u (...) geen aanspraak hebt op vergoeding van een behandeling ter correctie van flaporen” (p. 3).

7.9. De afgegeven machtiging van 2000 leidt naar het oordeel van de commissie niet tot een andere conclusie, nu niet voldoende aannemelijk is gemaakt dat deze machtiging voor onbepaalde tijd zou zijn verleend, waardoor deze in 2006 zijn werking zou kunnen hebben.

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

8. Het bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 12 september 2007,

Voorzitter