

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B in de hoedanigheid van wettelijk vertegenwoordiger van G
te H vertegenwoordigd door de I te J tegen C te D en E te F
Zaak : Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, correctie oorschelp
Zaaknummer : 2009.01190
Zittingsdatum : 27 januari 2010

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoekster, in de hoedanigheid van wettelijk vertegenwoordiger van G te H hierna te noemen: verzekerde, vertegenwoordigd door I

tegen

1) C te D en

2) E te F,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 18 april 2008 de aanvraag voor een correctie van de oorschelp af te wijzen.

3. Ontstaan en verloop van het geding

3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzekerde bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de ZorgVerzorgd polis (hierna: de zorgverzekering). Een zorgverzekering betreft een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzekerde bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen ExtraVerzorgd 3 en TandVerzorgd 1 afgesloten (hierna gezamenlijk te noemen: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3.2. De behandelend KNO-arts heeft bij verzekerde de volgende diagnose gesteld: "Nu nog fors afwijkende oorschelpen met name door een diepe concha met een beperkt ontwikkelde (postoperatieve) antehelix". De KNO-arts heeft naar aanleiding van de gestelde diagnose bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten bestaande uit "een operatieve (her)correctie van de oorschelpen" ten laste van de zorgverzekering, dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 18 april 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzekerde meegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.

3.3. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 26 mei 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn standpunt te handhaven.

3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.

- 3.5. Bij brief van 18 september 2009 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).
- 3.6. 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 stukken gevoegd.
- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief van 8 december 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 11 december 2009 aan verzoeker gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar hebben op respectievelijk 5 en 11 januari 2010 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden.
- 3.9. Bij brief van 11 december 2009 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 5 januari 2010 heeft het CVZ (zaaknummer 29136057) 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 of van een verminking. Daarnaast kan de betreffende oorcorrectie niet worden aangemerkt als een voortgezette behandeling. Een afschrift van het CVZ-advies is op 6 januari 2010 aan partijen gezonden. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren. Verzoekster heeft op 13 januari 2010 op het CVZ-advies gereageerd. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de wederpartij gezonden.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
 - 4.1. Verzoekster stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat verzekerde een eerdere oorcorrectie heeft ondergaan. Deze is echter niet goed uitgevoerd. Aangezien in de medische verklaring wordt gesproken van fors afwijkende oorschelpen is bij verzekerde sprake van een verminking. Bovendien is sprake van een chirurgische ingreep, verricht door een KNO-arts, zodat getoetst moet worden aan de regels voor medisch specialistische zorg en niet aan de regels voor plastische chirurgie.
 - 4.2. 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, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat sinds 1 januari 2005 geen recht meer bestaat op vergoeding van correctie van afstaande oren. Afstaande oren zijn geen verminking of aangeboren misvorming en de correctie daarvan vormt geen verstrekking uit de zorgverzekering. Evenmin kunnen afstaande oren worden aangemerkt als een (aangeboren) misvorming van

het benig aangezicht, dan wel één van de andere aangeboren misvormingen zoals limitatief opgesomd in artikel B27 van de polis.

- 5.2. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoekster terecht is afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

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. De beoordeling van het geschil

- 7.1. In geschil is of verzekerde aanspraak kan maken op een correctie van de oorschelp, ten laste van de zorgverzekering, dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering..
- 7.2. De stelling dat niet getoetst moet worden aan de regels voor plastische chirurgie maar aan die voor medisch specialistische zorg moet worden verworpen. Behandelingen van plastisch chirurgische aard zijn niet beperkt tot het specialisme plastische chirurgie. Zo kan bijvoorbeeld een correctie van de oorschelp worden uitgevoerd door een KNO-arts. Ook in dat geval is de operatie plastisch chirurgisch van aard.

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 7.3. Het betreft hier 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 artikelen B10 tot en met B36 van de zorgverzekering. Artikel B27 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op behandelingen van plastisch-chirurgische aard bestaat en luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

“U heeft recht op behandelingen van plastische chirurgische aard als het gaat om correctie van:

- *afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen,*
- *verminderingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting,*
- *(...)*

- 7.4. Artikel B27 van de zorgverzekering is volgens de artikelen B1 en B6 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv). Ingevolge artikel 1 sub d Zvw mag een Zorgverzekering - samengevat - niet meer of minder bieden dan in de Zvw, het Bzv en de Rzv is geregeld.
- 7.5. 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. Behandelingen van plastisch-chirurgische aard zijn naar aard en omvang geregeld in

artikel 2.4 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.1 Rzv.

- 7.6. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.7. Om voor de onderhavige behandeling in aanmerking te kunnen komen, dient volgens de polisvoorwaarden sprake te zijn van een indicatie in de vorm van een afwijking in het uiterlijk die gepaard gaat met een aantoonbare lichamelijke functiestoornis, dan wel van een verminking die het gevolg is van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting, doch daarvan is geen sprake aangezien gesteld noch gebleken is dat verzekerde kampt met een aantoonbare lichamelijke functiestoornis, als bedoeld in de zorgverzekering.
- 7.8. Van verminking eerst worden gesproken in geval van een ernstige misvorming, al dan niet met weefseldefecten gepaard gaande. Uit het dossier is niet gebleken dat in het onderhavige geval sprake is van een verminking als bedoeld in artikel B27 van de zorgverzekering.
- 7.9. Uit de overgelegde stukken blijkt evenmin dat met de indertijd uitgevoerde correctie niet het destijds beoogde en naar medisch oordeel haalbare resultaat is bereikt. Tevens wordt in de brief van 17 maart 2008 van de KNO-arts gesproken over postoperatieve veranderingen en geen hersteloperatie. Bij gebreke van feitelijke onderbouwing moet derhalve worden geconcludeerd dat de gevraagde verstrekking niet valt te beschouwen als een hersteloperatie.
- 7.10. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek, voor zover dit ziet op de zorgverzekering, dient te worden afgewezen.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 7.11. De commissie constateert dat de aanvullende verzekering geen dekking biedt voor hetgeen verzoekster heeft verzocht.

Conclusie

- 7.12. 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 februari 2010,

Voorzitter