

BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, in deze vertegenwoordigd door C versus D te E
Zaak : Geneeskundige zorg; plastische chirurgie; littekencorrectie
Zaaknummer : 2007.2685
Zittingsdatum : 9 april 2008

Zaak: 2007.2685 geneeskundige zorg; plastische chirurgie; littekencorrectie

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2007, art. 10 en 11 Zvw, 2.1, 2.4 Bzv, 2.1 Rzv)

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoeker, in deze vertegenwoordigd door C,

tegen

D te E, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2 De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen het besluit van de zorgverzekeraar van 21 juni 2007 de kosten van een littekencorrectie niet te vergoeden.

3. Ontstaan en verloop van het geding

3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorg-op-maatpolis (hierna: de zorgverzekering). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 BW en betreft een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, van de Zorgverzekeringswet (verder: Zvw).

3.2. De behandelend plastisch chirurg heeft bij verzoeker de volgende diagnose gesteld: "Deze 24 jarige jongeman liep in september een oppervlakkige snijwond op ter hoogte van de rechterwang wat geleid heeft tot een hypertrofisch litteken. In 2002 werd hiervoor reeds een gedeeltelijke correctie uitgevoerd. Hij heeft nu nog een onregelmatig, rood gekleurd litteken van 20x6 mm, ook het eerder gecorrigeerde deel is volgens patient niet bevredigend genezen". De behandelend zorgverlener heeft naar aanleiding daarvan een aanvraag ingediend voor vergoeding van "een littekencorrectie door middel van excisie en dermabrasie waarbij het brede gedeelte kan worden geëxcideerd en onderhuids gehecht en het oppervlakkig deel door middel van een slijptol kan worden geëgaliseerd" (hierna: de aanspraak). Bij brief van 21 juni 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.

3.3. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 14 september 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te handhaven.

3.4. Bij brief van 7 december 2007 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht de zorgverzekeraar te gelasten de aanspraak alsnog in te willigen (hierna: het verzoek).

- 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 bij brief van 24 januari 2008 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 4 maart 2008 aan verzoeker toegezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 12 maart 2008 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 5 maart 2008 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, van de Zvw. Het CVZ heeft bij brief van 17 maart 2008 de commissie geadviseerd het verzoek van verzoeker af te wijzen op de grond dat bij verzoeker geen sprake is van een vermindering of een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. Een afschrift hiervan is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 25 maart 2008 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 9 april 2008 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 10 april 2008 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting toegezonden met het verzoek mede te delen of het verslag aanleiding geeft tot aanpassing van het voorlopige advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 14 april 2008 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopige advies als definitief kan worden beschouwd.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. Verzoeker stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat hij als kind een glasscherf in zijn gezicht heeft gehad en daar een lelijk litteken aan heeft overgehouden. Dit litteken is in 2002 behandeld met een gedeeltelijke correctie, maar met onvoldoende resultaat. Verzoeker wil dat opnieuw een correctie wordt uitgevoerd.
- 4.2. Verzoeker stelt dat in zijn geval wel sprake is van een verminking, wat onder andere het gevolg is van een medische misser. Verzoeker gaat psychisch onder het litteken gebukt.
- 4.3. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling het volgende aangevoerd dat hij kort geleden opnieuw is geopereerd in de Berglandkliniek en het litteken er nu netter uit ziet.
- 4.4. Verzoeker komt tot de conclusie dat zijn verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar
- 5.1. De zorgverzekeraar stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat bij verzoeker volgens de medisch adviseur van de zorgverzekeraar, geen sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of een verminking. De aanvraag voldoet zodoende niet aan de geldende polisvoorwaarden.

- 5.2. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoeker terecht is afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

Voor zover het onderhavige geschil betrekking heeft op de zorgverzekering, is de commissie 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. Het betreft hier een natura polis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de zorgverzekeraars gecontracteerde zorgverleners. Vergoeding voor behandelingen van plastisch-chirurgische aard is geregeld in artikel 20 lid 4 van de zorgverzekering. Dit artikel bepaalt, voor zover hier van belang:

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

- 7.2. De regeling van artikel 20 is volgens artikel 2 lid 1 gebaseerd op de Zvw, het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 7.3. In artikel 2.4 lid 1 onder b van het Bzv is bepaald dat een plastisch-chirurgische ingreep slechts onder de geneeskundige zorg valt indien die strekt tot de correctie van de onder sub 1 tot en met 5 genoemde aandoeningen. In artikel 2.4 lid 2 van het Bzv wordt bepaald dat bij ministeriële regeling bepaalde vormen van zorg kunnen worden uitgezonderd.

- 7.4. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.

- 7.5. In geschil is de vraag of het bij verzoeker gaat om een verminking die het gevolg is van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting. De commissie overweegt dienaangaande het volgende. Van een verminking in de zin van de zorgverzekering kan naar vaste jurisprudentie van de commissie niet eerder worden gesproken dan bij een ernstige misvorming, voor een geval als zich bij verzoeker voordoet in ernst vergelijkbaar met een derdegraadsverbranding. Uit wat namens verzoeker hieromtrent is gesteld en uit hetgeen de commissie uit het overgelegde fotomateriaal visueel heeft kunnen waarnemen valt niet op te maken dat zich hier zodanige misvorming in het aangezicht voordoet.

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

8. Het bindend advies

- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 23 april 2008,


Voorzitter