

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C tegen D te E
Zaak : Buitenland, spoedeisende zorg, neuscorrectie
Zaaknummer : 2010.00935
Zittingsdatum : 15 december 2010

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2009, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2009)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door C,

tegen

D te E, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 20 oktober 2010 de kosten van een neuscorrectie in Iran (hierna: de aanspraak) niet te vergoeden.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] Zorg Geregeld polis, variant Natura (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Deze verzekering is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). Verder waren ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar aanvullende ziektekostenverzekeringen afgesloten, welke niet in geschil zijn en daarom verder onbesproken blijven.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 15 april 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 email van 11 augustus 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 (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 stukken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 19 oktober 2010 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 21 oktober 2010 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 28 oktober 2010 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 5 november 2010 schriftelijk medegedeeld evenmin te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 21 oktober 2010 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 1 november 2010 heeft het CVZ (zaaknummer 2010128488) de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat niet is aangetoond dat sprake was van een medische indicatie voor de onderhavige ingreep.
Een afschrift van het CVZ-advies is op 9 november 2010 aan partijen gezonden. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren. Partijen hebben geen gebruik gemaakt van de geboden gelegenheid.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
 - 4.1. Verzoekster stelt het volgende. Tijdens haar vakantie in Iran in 2009 heeft zij een specialist bezocht in verband met ademhalingsproblemen. Op aandringen van deze arts heeft zij een neuscorrectie ondergaan. Op de kwitantie van de plastisch chirurg is vermeld dat een bedrag van 20.000.000 IRR is ontvangen voor een “neuscorrectie, neuspoliep en herstel van oude breuk en neuschirurgie”.
 - 4.2. Door onwetendheid is verzuimd vooraf toestemming te vragen voor de ingreep. Het is onredelijk dat zij door onwetendheid de vergoeding misloopt waarop zij op grond van de polisvoorwaarden recht heeft.
 - 4.3. 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 het volgende. Verzoekster heeft verzuimd voorafgaand aan de behandeling een machtiging aan te vragen voor de neuscorrectie. Op basis van de beschikbare medische gegevens is niet te beoordelen of sprake was van aantoonbare lichamelijke functiestoornissen of verminking als bedoeld in de polisvoorwaarden.
 - 5.2. Derhalve is de aanvraag terecht afgewezen.
6. De bevoegdheid van de commissie
 - 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.
7. Het geschil

7.1. In geschil is of verzoekster aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van een neuscorrectie, verricht in Iran, ten laste van de zorgverzekering.

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 artikelen 12 e.v. van de zorgverzekering.

Artikel 19 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

“geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 14 (Medisch specialistische zorg) omvat behandeling van plastisch-chirurgische aard, uitsluitend als deze 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, een ongeval of een geneeskundige verrichting;*
- (...)”*

8.3. Artikel 9 regelt de aanspraak op zorg in het buitenland, en luidt, voor zover hier van belang:

“9.1. De verzekerde die in Nederland woont, en die tijdelijk verblijft in een ander land, heeft naar keuze aanspraak op:

(...)

- vergoeding van de kosten van voorzienbare zorg zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden van een niet door [naam ziektekostenverzekeraar] gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling, volgens het bepaalde in artikel 11.4 van deze verzekeringsvoorwaarden;

- vergoeding van de kosten van onvoorzienbare zorg zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden, die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot terugkeer naar Nederland, van een niet door [naam ziektekostenverzekeraar] gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling, tot ten hoogste de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven gelden, worden de kosten vergoed voor zover deze kosten niet hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten.

(...)

9.4. Toestemmingsvereiste voor zorg in het buitenland

In alle gevallen geldt dat bij het inroepen van voorzienbare intramurale zorg in een ander land dan het woonland, de verzekerde voorafgaande toestemming van [naam ziektekostenverzekeraar] nodig heeft. Intramurale zorg als bedoeld in dit artikel is zorg gepaard gaande met verblijf van ten minste één nacht.

Deze toestemmingsvereiste is niet van toepassing als er sprake is van medisch noodzakelijke zorg. Medisch noodzakelijke zorg is onvoorzienbare zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na terugkeer in het woonland.

Voor het verkrijgen van geneeskundige zorg moet een beroep worden gedaan op de [naam ziektekostenverzekeraar] Alarmservice, [telefoonnummer]

9.5. Verwijzing en/of machtigingsvereiste

Als bij bepaalde vormen van zorg, naast de voorafgaande toestemming voor het inroepen van zorg zoals aangegeven in artikel 9.4, nog specifiek een verwijzing en/of een machtiging vereist is, dan wordt dit aangegeven in het betreffende zorgartikel (zie ook artikel 11.7).”

- 8.4. In artikel 2.3 van de zorgverzekering is bepaald dat alleen aanspraak bestaat op zorg of vergoeding van de kosten van zorg als vermeld in deze verzekeringsvoorwaarden als en voor zover de verzekerde op de zorgvorm naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
- 8.5. De artikelen 2.3, 9 en 14 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.6. 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.
Artikel 2.1, lid 2 Bzv bepaalt dat de inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten mede worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
Artikel 13 Zvw regelt de aanspraak op zorg indien een verzekerde gebruik maakt van een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverlener.
- 8.7. 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. Op grond van de polisvoorwaarden dient de verzekerde voor voorzienbare, intramurale zorg in het buitenland toestemming te vragen aan de ziektekostenverzekeraar. Niet is gebleken of sprake is van intramurale of extramurale zorg. Indien het extramurale zorg betreft, is geen voorafgaande toestemming vereist. Voor zover de onderhavige zorg intramurale zorg betreft, kan de toestemmingsaanvraag alleen achterwege blijven als sprake is van onvoorzienbare zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na terugkeer in het woonland. In de procedure is gesteld noch gebleken dat de onderhavige zorg niet uitgesteld kon worden tot na terugkeer in Nederland, zodat niet is voldaan aan het toestemmingsvereiste. De commissie is evenwel van oordeel dat, mede vanwege de onduidelijkheid rond de aard van de verleende zorg, de aanvraag niet enkel op het ontbreken van de toestemming kan worden afgewezen.
- 9.2. De vereniging van artsen, tandartsen en apothekers werkzaam bij (zorg)verzekeraars (VAGZ) heeft behandelingen van plastisch chirurgische aard als volgt gedefinieerd: vorm- of aspectveranderende ingrepen van het uiterlijk. Deze ingrepen zijn niet beperkt tot het specialisme plastische chirurgie. Zo kan bijvoorbeeld een blepharoplastiek worden uitgevoerd door een oogarts, maar het blijft ook in dat geval een plastisch chirurgische operatie. De behandelend arts heeft op de nota van 13 augustus 2009 verklaard dat de onderhavige ingreep een neuscorrectie betreft. Daarom dient de onderhavige ingreep beoordeeld te worden op grond van de bepalingen betreffende plastische chirurgie.

- 9.3. Vergoeding van een plastisch chirurgische behandeling ten laste van de zorgverzekering is mogelijk indien een indicatie aanwezig is in de vorm van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis dan wel verminking in de zin van de voorwaarden.
- 9.4. Verzoekster stelt dat zij in 2009, tijdens haar verblijf in Iran, last had van ademhalingsproblemen. Zij heeft deze stelling echter niet verder onderbouwd. Door de behandelend arts is verklaard dat sprake was van een neuscorrectie, een neuspoliep, en herstel van een oude breuk. Gesteld noch gebleken is dat de neuspoliep of de oude breuk ademhalingsproblemen heeft veroorzaakt en evenmin dat op andere gronden sprake was van een medische noodzaak voor de betreffende ingreep. Derhalve is niet aannemelijk geworden dat sprake is van een lichamelijke functiestoornis in de zin van artikel 19 van de zorgverzekering.
- 9.5. Verminking is aan de orde 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 kan in het onderhavige geval niet worden gesproken.

Conclusie

- 9.6. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 15 december 2010,

Voorzitter