

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door E, tegen C te D
Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, plastische chirurgie, littekencorrec-
tie
Zaaknummer : 2008.02004
Zittingsdatum : 26 mei 2010

1. Partijen

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

tegen

C te D, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster heeft de zorgverzekeraar verzocht om vergoeding van een op 31 juli 2008 ondergane littekencorrectie, (hierna: de littekencorrectie) uitgevoerd te Stuttgart (Duitsland) (hierna: de aanspraak), welke aanspraak bij beslissing van 22 september 2009 is afgewezen.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de ZorgVerzorgd polis (hierna: de zorgverzekering). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). Een zorgverzekering is een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de aanvullende ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering TandVerzorgd 3 afgesloten. Deze laatste is niet in geschil, en blijft daarom in het vervolg buiten beschouwing.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. De zorgverzekeraar heeft aan verzoekster medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de zorgverzekeraar.
- 3.4. Bij brief van 8 december 2009 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar 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 zorgverzekeraar 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 zorgverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief van 17 maart 2010 zijn standpunt kenbaar

gemaakt. Een afschrift hiervan is op 18 maart 2010 aan verzoekster gezonden.

- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster en de zorgverzekeraar hebben op respectievelijk 30 maart en 12 mei 2010 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 18 maart 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 29 maart 2010 heeft het CVZ (zaaknummer 2010042329) 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 littekencorrectie niet worden aangemerkt als een voortgezette behandeling. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 5 mei 2010 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 26 mei 2010 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 31 mei 2010 heeft de gemachtigde van verzoeker de commissie medegedeeld – daar hij was uitgenodigd voor een telefonische hoorzitting, maar de commissie hem niet heeft gebeld – een nadere aanvulling op de hoorzitting te willen geven. De commissie heeft hierop de gemachtigde in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen te reageren op het verslag van de hoorzitting. Binnen deze termijn heeft de commissie geen reactie van de gemachtigde, dan wel verzoeker, ontvangen.
- 3.11. Bij brief van 27 mei 2010 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden 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 1 juni 2010 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 verzoekster

- 4.1. Op 1 december 2004 en 3 augustus 2005 zijn in Stuttgart bij verzoekster twee neuscorrecties uitgevoerd. Zij heeft de kosten van deze ingrepen door (de rechtsvoorganger van) de zorgverzekeraar coulancehalve vergoed gekregen. Op 14 maart 2007 heeft verzoekster bij dezelfde arts een littekencorrectie ondergaan. Het verzoek tot vergoeding van de kosten van de littekencorrectie heeft de zorgverzekeraar echter afgewezen.
- 4.2. Verzoekster stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat de eerste twee neuscorrecties zijn uitgevoerd in verband met een slechte neusademhaling als gevolg van schisis. Na de laatste operatie hebben twee nabehandelingen plaatsgevonden, namelijk op 14 maart 2007 en 31 juli 2008, waarbij het laatste overtollig littekenweefsel is verwijderd dat na de eerste twee ingrepen was ontstaan. Verzoekster is van mening dat de zorgverzekeraar – door akkoord te gaan met vergoeding van de eerste twee ingrepen – eveneens machtiging heeft verleend voor de nabehandelingen, omdat deze een geheel vormen. Zij hoefde hiervoor geen nieuwe aanvraag in te dienen, teneinde deze door de zorgverzekeraar te laten toetsen.

4.3. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat zij in totaal vier operaties heeft ondergaan. Tijdens de derde en vierde operatie is littekenweefsel verwijderd. Dit littekenweefsel is ontstaan door de eerdere operaties.

4.4. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

5.1. De zorgverzekeraar stelt dat de vergoeding van kosten voor zowel een eerste behandeling als een nabehandeling wordt beoordeeld aan de hand van de polisvoorwaarden ten tijde van de behandeling. Alle plastisch-chirurgische ingrepen dienen vooraf te worden aangevraagd. De zorgverzekeraar is echter bereid van deze eis af te zien, zo blijkt uit zijn brief van 10 juli 2009. Op basis van de aanwezige informatie is de zorgverzekeraar echter van mening dat verzoekster geen (verzekerings-)indicatie heeft voor een neuscorrectie.

5.2. Ter zitting is door de zorgverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat voor de eerste twee operaties een indicatie bestond in de vorm van een lichamelijke functiestoornis. Voor de derde en vierde operatie ontbrak een verzekeringsindicatie; er was geen lichamelijke functiestoornis of verminking.

5.3. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag terecht is afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. 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.

7. Het geschil

7.1. In geschil is of de zorgverzekeraar gehouden is de kosten van de littekencorrectie te vergoeden, ten laste van de zorgverzekering.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en wet- en regelgeving relevant.

8.2. De zorgverzekering betreft een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de zorgverzekeraar 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:

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

- afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;*
- verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of een geneeskundige verrichting;*

- (...)
- *de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak-, en gehemelte spleten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen. (...)*

Artikel B9 van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

“U heeft recht op zorg van een door [de zorgverzekeraar] gecontracteerde buitenlandse zorgaanbieder. Als u kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, krijgt u die vergoeding van kosten van zorg die u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. (...)”

- 8.3. De artikelen B9 en B27 van de zorgverzekering zijn volgens de artikelen B1 en B6 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.4. 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. Artikel 13 Zvw regelt de aanspraak op zorg wanneer gebruik wordt gemaakt van een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverlener.
- 8.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.

9. Beoordeling van het geschil

- 9.1. Verzoekster kampte met schisis, en in verband met een beperkte neusdoorgankelijkheid is zij tweemaal, namelijk in 2004 en 2005, geopereerd. De littekenvorming die met de operaties van 14 maart 2007 en 31 juli 2008 diende te worden weggenomen, was weliswaar een gevolg van deze eerdere operaties, maar vormde daarvan geen onderdeel. Derhalve dient de littekencorrectie te worden gezien als een afzonderlijke behandeling waarvoor een aanvraag diende te worden gedaan welke diende te worden getoetst aan de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 9.2. Verzoekster heeft niet aannemelijk gemaakt dat ten tijde van de littekencorrectie sprake was van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis, zoals een chronische obstructie van de neusdoorgankelijkheid, of van verminking of van een van de in de polisvoorwaarden met name genoemde misvormingen. Derhalve moet de conclusie zijn dat verzoekster geen (verzekerings-)indicatie had voor de littekencorrectie.
- 9.4. Aangezien de kosten van de ingreep van 14 maart 2007 door de zorgverzekeraar zijn vergoed, heeft verzoekster bij haar klachten dienaangaande geen belang, en behoeven deze geen behandeling..

Conclusie

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

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 23 juni 2010,

Voorzitter