

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen C te D, vertegenwoordigd E te F
Zaak : Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, kin-implantaat,
machtiging
Zaaknummer : 2012.02129
Zittingsdatum : 19 december 2012

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 2011, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2011)

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

C te D, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar, vertegenwoordigd door E te F, hierna te noemen: gevolmachtigde.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] Zorgverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw).

Verder waren ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen [naam gevolmachtigde] Vip Pakket en Tandartsverzekering (maximaal € 350,-) afgesloten (hierna gezamenlijk: de aanvullende ziektekostenverzekering).

Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een kin-implantaat (hierna: de aanspraak). Bij brief van 7 november 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.

3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 4 juli 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.3. Verzoeker heeft de kwestie voorgelegd aan de SKGZ. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft bij brief van 4 september 2012 medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling.

3.4. Bij brief van 24 september 2012 heeft verzoeker 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).

3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 37,- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit ver-

zoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 30 oktober 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 2 november 2012 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 7 november 2012 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 3 december 2012 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 2 november 2012 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 4 december 2012 heeft het CVZ (zaaknummer 2012124313) 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 verzoeker geen sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis dan wel verminking. Een afschrift van het CVZ-advies is op 6 december 2012 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 19 december 2012 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 20 december 2012 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 voorlopig advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 9 januari 2013 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor het aanbrengen van een kin-implantaat. Deze ingreep is het sluitstuk van een lang medisch traject dat is gestart in mei 2007. Het doel van de behandelingen is het corrigeren van een aangeboren misvorming aan de kaak van verzoeker, die het gevolg is van een kruisbeet. Hiertoe heeft verzoeker twee zware kaakchirurgische ingrepen ondergaan; eerst in mei 2007 ter verbreding van de bovenkaak, en later in oktober 2008 ter herpositionering van de onderkaak. In deze periode is tevens een uitgebreide bijzondere orthodontische behandeling toegepast teneinde het gebit aan de nieuwe situatie aan te passen. Deze behandeling is afgerond in februari 2009. De drie ingrepen zijn op basis van hiertoe afgegeven machtigingen volledig vergoed door de ziektekostenverzekeraar.
- 4.2. De onderhavige aanvraag is niet gebaseerd op psychisch lijden. De ingreep dient te worden vergoed op de grond dat het gaat om een correctie van een aangeboren misvorming van het benig aangezicht. De ingreep valt onder de eerder door de ziektekostenverzekeraar afgegeven machtigingen.

4.3. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar de machtiging van de vorige verzekeraar heeft overgenomen. Hierin is de gehele behandeling gemachtigd, inclusief het kin-implantaat. Hierop wordt door het CVZ niet ingegaan.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Op 30 september 2011 ontving de ziektekostenverzekeraar van de behandelend kaakchirurg een aanvraag met offerte voor het plaatsen van een kaak/kin-implantaat. Aangezien hiervoor eerder geen machtiging is verleend, is de aanvraag beoordeeld aan de hand van de voorwaarden van het jaar 2011.

5.2. Uit het dossier blijkt dat de reden van plaatsing is dat verzoeker klachten van psychische aard ondervindt. Dit vormt geen reden voor vergoeding. Verder kan de scheefstand van de kaak niet worden aangemerkt als een misvorming van het benig aangezicht, aangezien geen sprake is van een ernstig mechanisch probleem. Verzoeker heeft dan ook geen aanspraak op een kin-implantaat, ten laste van de zorgverzekering.

5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat de machtiging precies is overgenomen. Deze had betrekking op orthodontie in bijzondere gevallen en kaakchirurgie, niet op het kin-implantaat.

5.4. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op de artikelen 10 van de zorgverzekering en 8 van de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie 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. Het geschil

7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

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 zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 tot en met 35 van de zorgverzekering.

- 8.3. Artikel 18 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op behandeling van plastisch-chirurgische aard bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“Omschrijving

Uw recht op geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 13 (Medisch specialistische zorg) omvat behandeling van plastisch-chirurgische aard, als het gaat om correctie van:

1. *afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;*
 2. *verminderingen die het gevolg zijn van een ziekte, een ongeval of een geneeskundige verrichting;*
 3. *(...)*
 4. *aangeboren misvormingen in verband met lip-, kaak- en gehemeltepleten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken en misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;*
 5. *(...)*”
- 8.4. Artikel 18 van de zorgverzekering is volgens artikel 2.9 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.5. 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. Geneeskundige zorg, waaronder plastische chirurgie, is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.1 Rzv.
- 8.6. De Zvw, het daarop gebaseerde Bzv en de Rzv, schrijven dwingend voor welke prestaties onder de zorgverzekering verzekerd dienen te zijn. De verzekerde die een zorgverzekering sluit heeft recht op niet meer of minder dan deze prestaties. De zorgverzekering is in dit opzicht een bijzondere, van overheidswege gereguleerde vorm van schadeverzekering. Het staat de ziektekostenverzekeraar niet vrij een dekking te bieden die hetzij ruimer dan wel beperkter is dan op grond van het bij of krachtens de Zvw bepaalde is voorgeschreven. De hiervoor beschreven regeling, zoals opgenomen in de zorgverzekering, strookt met de toepasselijke regelgeving.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Het aanbrengen van een kin-implantaat is een vorm- of aspect verbeterende ingreep, en daarmee naar zijn aard een plastisch-chirurgische behandeling als bedoeld in artikel 18 van de zorgverzekering. Dat deze wordt uitgevoerd door een kaakchirurg brengt hierin geen verandering. Op een dergelijke behandeling bestaat ingevolge de zorgverzekering aanspraak bij een aantoonbare lichamelijke functiestoornis, vermindering of bij aangeboren misvormingen in verband met lip-, kaak- en gehemeltepleten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel en bij geboortevlekken.

- 9.2. Bij verzoeker is niet gebleken van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. Voor zover hij functionele klachten had, zijn deze verholpen met de kaakchirurgische en orthodontische behandelingen.
- 9.3. Van verminking is slechts sprake 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 aangezichtszenew, misvorming door brandwonden, replantatie van ledematen, reconstructie van geamputeerde ledematen of van geamputeerde mammae. Van verminking in bovenvermelde zin is in het onderhavige geval geen sprake.
- 9.4. Verzoeker heeft aangevoerd dat bij hem sprake is van een misvorming van het benig aangezicht. Gelet op de overgelegde foto's is de scheefstand van de kaak niet zodanig dat kan worden gesproken van een ernstige misvorming als bedoeld in voornoemd artikel 18 onder 4. Het aanbrengen van het kin-implantaat is derhalve louter cosmetisch van aard, zodat verzoeker geen aanspraak heeft op deze ingreep, ten laste van de zorgverzekering.
- 9.5. Voor zover sprake zou zijn van psychisch lijden, merkt de commissie op dat dit geen (verzekerings)indicatie vormt voor de aangevraagde behandeling.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.6. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor een kin-implantaat, zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden toegewezen.

Machtigingen

- 9.7. Door verzoeker is gesteld dat het aanbrengen van het kin-implantaat is te brengen onder één van de machtigingen die door de ziektekostenverzekeraar zijn afgegeven. Dienaangaande overweegt de commissie het volgende.
- 9.8. Het dossier bevat drie machtigingen, namelijk van 10 april 2007, 22 augustus 2008 en 23 oktober 2008. Nog daargelaten dat de onderhavige aanvraag dateert van een latere datum, zodat de machtigingen hier per definitie geen betrekking op kunnen hebben, vermelden deze machtigingen dat volledige vergoeding mogelijk is van orthodontie, bijzondere orthodontiebehandelingen respectievelijk kaakchirurgie. Aangezien de onderhavige ingreep geen betrekking heeft op een orthodontische dan wel kaakchirurgische behandeling, doch op een behandeling die plastisch-chirurgisch van aard is, is deze niet onder één van de afgegeven machtigingen te brengen.

Conclusie

- 9.9. 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 januari 2013,

Voorzitter