

BINDEND ADVIES

Partijen : A te B in deze vertegenwoordigd door C, versus D te E
Zaak : Geneeskundige zorg; plastische chirurgie; neuscorrectie
Zaaknummer : 2007.2240
Zittingsdatum : 25 juni 2008

Zaak: geneeskundige zorg; plastische chirurgie; neuscorrectie

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

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

1. Partijen

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

D te E, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen het besluit van de zorgverzekeraar van 11 april 2007 een verzoek om een neuscorrectie af te wijzen.

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 Zorgverzekering (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, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw).

3.2. De behandelend plastisch chirurg heeft bij verzoekster de volgende diagnose gesteld: "neusproblematiek". De behandelend zorgverlener heeft naar aanleiding van de gestelde diagnose bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten verbonden aan "een rhinoplastiek, waarbij tevens het tussenschot rechtgezet zal worden, zodat de passage zal verbeteren en het snurken zal verminderen" ten laste van de zorgverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 11 april 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat haar aanspraak is afgewezen.

3.3. Op 4 april 2007 heeft de behandeling, op de vergoeding waarvan verzoekster aanspraak maakt, overeenkomstig de wijze zoals in de aanvraag vermeld, plaatsgevonden.

3.4. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brieven van 19 juni en 20 augustus 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn besluit te handhaven. Nadien, bij brief van 22 november 2007, heeft de zorgverzekeraar nogmaals meegedeeld zijn standpunt te handhaven .

3.5. Bij brief van 25 oktober 2007 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).

- 3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 37,00 voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren .
- 3.7. De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie bij brief van 7 april 2008 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 15 mei 2008 aan verzoekster gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 20 mei 2008 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden. De zorgverzekeraar heeft op 6 juni 2008 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden.
- 3.9. Bij brief van 21 mei 2008 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 19 juni 2008 heeft het CVZ de commissie geadviseerd het verzoek van verzoekster af te wijzen om reden dat verzoeker niet voldoet aan de geldende voorwaarden. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met dit bindend advies aan partijen gezonden.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
- 4.1. Verzoekster stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat zij na jarenlang aanhoudende klachten betreffende neusverkoudheid en voorhoofdsholte problemen, contact heeft gehad met het Medisch Centrum Scheveningen. De arts heeft geconcludeerd dat de klachten veroorzaakt worden omdat het neustussenschot scheef stond en dat het medisch noodzakelijk was om dit recht te zetten. De zorgverzekeraar oordeelt dat het Medisch Centrum Scheveningen een privékliniek is en zodoende de kosten niet voor vergoeding in aanmerking komen. Verzoekster stelt echter dat de zorgverzekeraar de behandeling dient te vergoeden, ongeacht waar deze heeft plaatsgevonden .
- 4.2. Verzoekster komt tot de conclusie dat haar 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 de kosten voor medisch specialistische zorg uitgevoerd in een privékliniek niet voor vergoeding in aanmerking komen.
- 5.2. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoekster 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 restitutiepolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in artikel 12 van de zorgverzekering .
Artikel 12 lid 5.2 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op plastische chirurgie bestaat.
- 7.2. De regeling in artikel 12 van de zorgverzekering is volgens artikel 1 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw. het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 7.3. Artikel 11, lid 1, onderdeel b Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerd risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.
In artikel 2.4 lid 1 onder b 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 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 of sprake is van een verminking en/of aantoonbare lichamelijke functiestoornis als bedoeld in artikel 12 lid 5.2 van de zorgverzekering.
- 7.6. Van een verminking is pas sprake ingeval van een ernstige deformiteit, al of niet met weefseldefecten gepaard gaande, die direct in het oog springt en die in het normale dagelijkse verkeer niet is te camoufleren door bijvoorbeeld kleding. In het geval van verzoekster is hiervan geen sprake.
- 7.7. Van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis kan gesproken worden indien verzoekster een ernstige functiebeperking ondervindt door haar neus, hetgeen zich voordoet in geval van een chronische obstructie van de neusdoorgankelijkheid. Uit de stellingen van verzoekster is niet gebleken dat van een dergelijke obstructie hier sprake is.
- 7.8. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen. Daarbij kan beantwoording van de vraag naar de status van de kliniek waar de ingreep heeft plaatsgevonden en de consequenties daarvan voor de vraag naar vergoeding verder in het midden blijven.

8. Het bindend advies

- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 25 juni 2008.

Voorzitter