



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, in haar hoedanigheid van wettelijk vertegenwoordiger van C, tegen IZA
Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem
Zaak : Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, herstel oorlel.
Zaaknummer : 201500997
Zittingsdatum : 23 september 2015

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden zorgverzekering 2014, artt. 10 en 11 Zvw, 2.4 Bzv, 2.1 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2014)

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster, in haar hoedanigheid van wettelijk vertegenwoordiger van C, hierna te noemen: verzekerde,

tegen

IZA Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzekerde bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de IZA GezondSamenPolis Restitutie (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzekerde bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering IZA Extra Zorg 1 afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De eveneens afgesloten aanvullende verzekering IZA Extra Tand 2 is niet in het geding en blijft om die reden verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar ten behoeve van verzekerde aanspraak gemaakt op een correctie van haar uitgescheurde oorlel (hierna: de aanspraak). Bij brief van 12 december 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 10 maart 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. Bij brief van 30 maart 2015 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 dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek). Tevens heeft zij vergoeding gevraagd van de gemaakte kosten voor het spreekuurbezoek.
- 3.4. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 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.

-  3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 27 mei 2015 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 3 juni 2015 aan verzoekster gezonden.
-  3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 13 juli 2015 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft per e-mailbericht medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
-  3.7. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10, lid 9 van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat de onderhavige zaak enkelvoudig wordt afgedaan.
-  3.8. Bij brief van 9 juli 2015 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 16 juli 2015 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2015087121) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat op basis van het dossier geen sprake is van verminking of een lichamelijke functiestoornis. Het Zorginstituut licht toe dat sinds 1 februari 2000 geen aanspraak bestaat op plastisch chirurgische behandelingen ter correctie van afwijkingen in het uiterlijk, die hun oorzaak vinden in psychisch lijden. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
-  3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 23 september 2015 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
-  3.10. Bij brief van 25 september 2015 heeft de commissie het Zorginstituut een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 29 september 2015 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen geen aanleiding vormen tot aanpassing van het advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.
-  4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
-  4.1. Bij verzekerde is in november 2014 een oorlel uitgescheurd. Zij heeft zich gewend tot de huisarts, die heeft geprobeerd haar oorlel te plakken. Aangezien dit niet het gewenste resultaat opleverde, heeft verzekerde een plastisch chirurg geconsulteerd. Deze heeft een correctie van haar oorlel aangeraden en een machtiging aangevraagd, welke aanvraag door de ziektekostenverzekeraar is afgewezen. Verzoekster is het hiermee niet eens en benadrukt dat sprake is van verminking. Daarbij wil verzekerde graag weer oorbellen kunnen dragen. Volgens verzoekster kunnen mogelijke toekomstige problemen worden voorkomen indien de ingreep wordt uitgevoerd.
-  4.2. De behandelend plastisch chirurg heeft ten aanzien van verzekerde het volgende verklaard:
"Correctie oorlel rechterzijde. Oorbel uitgescheurd na ongeval/trauma."
-  4.3. Verzekerde is op uitnodiging op het spreekuur van de medisch adviseur geweest. Verzoekster, die hierbij aanwezig was, heeft dit bezoek als onprettig ervaren. Enerzijds benadrukt verzoekster dat zij gedurende lange tijd hebben moeten wachten voordat zij te woord werden gestaan. Anderzijds is door de medisch adviseur toegelicht dat de gevraagde behandeling nooit voor vergoeding in aanmerking komt, zodat bij voorbaat vaststond dat de kosten en moeite voor niets zouden zijn.
-  4.4. Ter zitting is door verzoekster herhaald dat zij het spreekuur bezoek als onprettig heeft ervaren. Daarnaast heeft zij toegelicht dat stress in de psychologie wél als een functiestoornis wordt beschouwd. Onder verwijzing naar de VAGZ Werkwijzer is door verzoekster voorts aangevoerd dat sprake is van verminking omdat het litteken groter is dan één centimeter. Volgens verzoekster wordt

een en ander strikt beoordeeld omdat het de oorlel van verzekerde betreft. Indien zij op haar knie was gevallen, waren de kosten van de behandeling zonder meer vergoed.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Volgens artikel 19 van de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden heeft verzekerde recht op vergoeding van de kosten van een behandeling van plastisch chirurgische aard indien het gaat om afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen of verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, een ongeval of een geneeskundige verrichting. Op basis van de bevindingen van de medisch adviseur en de in het dossier aanwezige stukken is niet gebleken dat hiervan bij verzekerde sprake is. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat een (verzekerings)indicatie ontbreekt.

5.2. De ziektekostenverzekeraar benadrukt dat hij uit een oogpunt van zorgvuldigheid verzekerde heeft uitgenodigd voor het spreekuur van de medisch adviseur. Tijdens dit spreekuur heeft de medisch adviseur geconstateerd dat verzekerde niet voldoet aan de voorwaarden zoals gesteld voor vergoeding van plastische chirurgie. Omdat de ziektekostenverzekeraar begrijpt dat verzoekster had gehoopt dat, na een bezoek aan de medisch adviseur, de aanvraag ten behoeve van verzekerde alsnog zou worden toegewezen, en de afwijzing door beiden als zeer teleurstellend is ervaren, biedt de ziektekostenverzekeraar aan de kosten van de reis naar het medisch spreekuur te vergoeden.

5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt herhaald.

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 7 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 restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 en verder van de zorgverzekering. Artikel 19 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op plastische en/of reconstructieve chirurgie bestaat, en luidt, voor zover hier van belang:

"Uw recht op vergoeding van de kosten van geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 14 (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. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, een ongeval of een geneeskundige verrichting; (...)".

- 8.3. Artikel 19 van de zorgverzekering is volgens de artikelen 2.3, 2.9 en 2.10 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.4. Artikel 11, lid 1, onderdeel bZvw 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 vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Behandeling van plastische chirurgische aard is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.1 Rzv.
- 8.5. 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. De ten behoeve van verzekerde aangevraagde behandeling, te weten een correctie van haar oorlel, is een vorm- of aspectverbeterende ingreep, en daarmee naar zijn aard een plastisch-chirurgische behandeling, die als zodanig moet worden beoordeeld. Vooropgesteld dient te worden dat in de Zvw en de daarop gebaseerde regelgeving strikte regels zijn vastgesteld voor plastisch-chirurgische zorg. Slechts bij een zeer beperkt aantal specifieke (verzekerings)indicaties bestaat aanspraak op behandeling van plastisch-chirurgische aard.
- 9.2. In de regelgeving is een tweetal (verzekerings)indicaties opgenomen die in het geval van een correctie van de oorlel aan de orde zouden kunnen zijn. De eerste betreft de gevallen waarin sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. De tweede betreft verminking door ziekte, een ongeval of medische verrichting.
- 9.3. Gesteld noch gebleken is dat bij verzekerde sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. Het niet kunnen dragen van oorbellen is niet als zodanig aan te merken. De stelling van verzoekster dat stress in de psychologie wel als een functiestoornis wordt beschouwd, moet worden verworpen. In de eerste plaats is in dit verband het begrippenkader van de zorgverzekering bepalend. Daarnaast geldt dat psychisch lijden geen (verzekerings)indicatie vormt voor een plastisch chirurgische behandeling. Om die reden treft ook de stelling van verzoekster dat door behandeling mogelijke toekomstige (psychische)problemen kunnen worden voorkomen geen doel.
- 9.4. 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 aangezichtsenuw, 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.

9.5. Door verzoekster is gesteld dat het litteken groter is dan één centimeter, echter niet is gebleken dat het ook opvallend van kleur of aspect is, zodat niet kan worden gesproken van verminking. De situatie van verzekerde voldoet, gelet op het vorenstaande, niet aan de zeer strikte voorwaarden die worden gesteld om de ingreep voor vergoeding in aanmerking te laten komen.

9.6. De ziektekostenverzekeraar heeft toegezegd om coulancehalve de door verzoekster gemaakte kosten van de reis naar het medisch spreekuur te vergoeden. Dit onderdeel van het verzoek behoeft derhalve geen verdere bespreking.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

9.7. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor gevraagde zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden toegewezen.

Conclusie

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

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 7 oktober 2015,

J.A.M. Strens-Meulemeester