



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen Delta Lloyd Zorgverzekering N.V. te Tilburg
Zaak : Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, neuscorrectie
Zaaknummer : 201600160
Zittingsdatum : 9 november 2016

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. H.A.J. Kroon)

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

1. Partijen

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

Delta Lloyd Zorgverzekering N.V., hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Delta Lloyd Zorgverzekering Restitutie (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1 onderdeel d Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Delta Lloyd Comfort 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 Tandengaan 100% tot EUR 1000 is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van een uitwendige neuscorrectie (hierna: de aanspraak). Bij brief van 4 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 19 januari 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. Verzoekster heeft zich tot de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen gewend. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft haar bij brief van 2 maart 2016 medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling.
- 3.4. Bij brief van 1 juni 2016 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht voor recht te verklaren dat de ziektekostenverzekeraar de aanvraag destijds ten onrechte heeft afgewezen (hierna: het verzoek).
- 3.5. 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.
- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 26 juli 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 16 augustus 2016 aan verzoekster gezonden.

- 3.7. Verzoekster heeft de commissie bij brief van 24 augustus 2016 aanvullende informatie gezonden. Een afschrift hiervan is op 15 september 2016 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 29 augustus 2016 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 6 oktober 2016 schriftelijk medegedeeld eveneens in persoon te willen worden gehoord.
- 3.9. 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.
- 3.10. Bij brief van 16 augustus 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 7 september 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016105790) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, toe te wijzen. In dat verband is gesteld: *"Wel zijn er voldoende aanwijzingen dat sprake is van aantoonbare lichamelijke functiestoornissen. Met name blijkt dat sprake is van een chronische obstructie van de neusdoorgankelijkheid met klinisch relevante symptomen. Een niet goed functionerende interne of externe klep kan hiervoor een aanwijsbare oorzaak zijn. Er is dan ook een indicatie voor een operatieve correctie. Welke chirurgische benadering hiervoor de meest aangewezen is, is op basis van het dossier niet te beoordelen. In het dossier zijn geen aanwijzingen te vinden dat de externe neuscorrectie ondoelmatig zou zijn en de klachten afdoende door een inwendige neuscorrectie verholpen kunnen worden."* Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.11. Verzoekster heeft de commissie bij e-mailbericht van 19 oktober 2016 aanvullende informatie gezonden. Een afschrift hiervan is op 20 oktober 2016 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 3.12. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 9 november 2016 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.13. Bij brief van 16 november 2016 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 18 november 2016 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. De behandelend medisch specialist heeft ten aanzien van verzoekster het volgende verklaard: *"Uw bovengenoemde patiënt heeft zich bij de polikliniek van het UMC Utrecht gepresenteerd met klachten van de neuspassage. De neusademhaling is gestoord door een anatomische oorzaak, hierdoor is de neusklep te nauw. Derhalve is er een indicatie voor een rhinoplastiek volgens de external approach, waarvoor spreader grafts geplaatst zullen worden ter verruiming van de neusklep regio en sluiten septumperforatie; (...)"*
- 4.2. Verzoekster heeft last van een chronische fors beperkte doorgankelijkheid van de neus. Het gebruik van een neusspray biedt geen resultaat. Volgens verzoekster is de aangevraagde neuscorrectie de enige manier om weer normaal door haar neus te kunnen ademen. Door de behandelend medisch specialist is bevestigd dat de afwijking kan worden verholpen door een uitwendige correctie waarbij spreaders worden geplaatst teneinde de neusklep te verruimen.

- 4.3. Verzoekster heeft in 2012 een soortgelijke operatie ondergaan, eveneens in verband met een fors beperkte doorgankelijkheid van de neus. Deze uitwendige neusoperatie werd destijds wel door haar zorgverzekeraar vergoed.
- 4.4. In reactie op het nader commentaar van de ziektekostenverzekeraar van 26 juli 2016, heeft verzoekster bij brief van 9 augustus 2016 gesteld dat het haar gaat om een principe-uitspraak. De afwijzing van de aangevraagde ingreep is voor verzoekster de reden geweest per 1 januari 2015 over te stappen naar een andere zorgverzekeraar.
- 4.5. Verzoekster heeft bij e-mailbericht van 19 oktober 2016 een stuk overgelegd van haar huidige zorgverzekeraar waarin de aanvraag voor de neuscorrectie wordt goedgekeurd.
- 4.6. Ter zitting is door verzoekster aangevoerd dat het te gemakkelijk is van de ziektekostenverzekeraar ten algemene te stellen dat er geen belang meer is bij de onderhavige zaak omdat zij bij een andere verzekeraar is verzekerd. Als de ziektekostenverzekeraar tijdig toestemming had verleend, dan was verzoekster in 2014 al geopereerd. Verzoekster gaat mogelijk een vervolgactie ondernemen.
- 4.7. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. Een uitwendige neuscorrectie kan alleen worden vergoed vanuit de zorgverzekering indien sprake is van een verzekeringsindicatie in de vorm van verminking, die het gevolg is van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting, dan wel van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis.
- 5.2. Bij verminking moet het gaan om een zeer ernstige misvorming. Er bestaat een aantoonbare lichamelijke functiestoornis indien de verzekerde last heeft van chronische obstructie van de neusdoorgankelijkheid. Hierbij moest sprake zijn van klinisch relevante symptomen als gevolg van een duidelijke anatomische en/of structurele afwijking die als oorzaak van deze klachten aanwijsbaar is en die alleen kan worden gecorrigeerd met een uitwendige neuscorrectie. De klachten dienen langer dan twaalf maanden aanwezig te zijn.
- 5.3. Op basis van het medisch dossier van verzoekster is de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar tot de conclusie gekomen dat geen sprake is van verminking. Het gaat namelijk niet om een zeer ernstige misvorming. Voorts kunnen de bestaande passageklachten ook door middel van een inwendige neuscorrectie worden verholpen. Verzoekster heeft daarom geen aantoonbare lichamelijke functiestoornis die alleen kan worden gecorrigeerd met een uitwendige correctie.
- 5.4. Bij brief van 26 juli 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn nader commentaar ingediend. Verzoekster is sinds 1 januari 2015 niet meer verzekerd bij de ziektekostenverzekeraar. Indien door hem alsnog een akkoordverklaring wordt gegeven voor de aangevraagde neuscorrectie, kan verzoekster hiervan geen gebruik maken. De akkoordverklaring is slechts voor één jaar geldig en zou zijn ingegaan op 30 september 2014. Het is dan ook de vraag wat het (financieel) belang is van verzoekster.
- 5.5. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat immateriële schadevergoeding niet wordt betaald. De onderhavige procedure is een puur juridische kwestie.
- 5.6. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel A.22.2 van de zorgverzekering en 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 destijds gehouden was de aanspraak 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 'hoofdstuk B' van de zorgverzekering.

8.3. Artikel B.4.5. van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op behandeling van plastisch-chirurgische aard bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“De zorg omvat behandelingen van plastisch-chirurgische aard volgens de standaard van plastisch chirurg. (...) Het gaat om correcties van:

a. afwijkingen in uw uiterlijk die aantoonbare lichamelijke functiestoornissen veroorzaken. Het gaat hierbij om lichamelijke klachten waarvan door onderzoek is vastgesteld (objectief) dat ze zijn ontstaan door de te corrigeren lichamelijke afwijking. (...)

b. verminkingen die zijn ontstaan door ziekte, een ongeval of een geneeskundige verrichting (bijvoorbeeld een operatie). Hiervan is sprake als het gaat om een ernstige misvorming die in het dagelijkse leven meteen opvalt, (...)

(...)

Voorbeelden wanneer plastische chirurgie verzekerde zorg is:

(...)

Neuscorrectie:

U hebt alleen recht op een neuscorrectie als er sprake is van een fors beperkte doorgankelijkheidsprobleem dat niet op een andere manier te behandelen is. Recht op correctie vanwege een verminking of aangeboren misvorming komt weinig voor.”

(...)

8.4. Artikel B.4.5. van de zorgverzekering is volgens artikel A.2.4. van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.5. 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 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. 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

9.1. Verzoekster vraagt een verklaring voor recht dat de ziektekostenverzekeraar de indertijd ingediende aanvraag voor een neuscorrectie niet had mogen afwijzen.

9.2. Verzoekster heeft bij e-mailbericht van 19 oktober 2016 een stuk van haar huidige zorgverzekeraar overgelegd waaruit blijkt dat deze de aanvraag voor een neuscorrectie heeft ingewilligd. De commissie concludeert dat hiermee het materiële belang aan het verzoek is ontvallen, aangezien gesteld noch gebleken is dat verzoekster door de weigering van de ziektekostenverzekeraar schade heeft geleden.

9.3. Verzoekster heeft gesteld dat de afwijzing van de aangevraagde neuscorrectie voor haar de reden is geweest de verzekering bij de ziektekostenverzekeraar op te zeggen met ingang van 1 januari 2015. De commissie merkt hierover op dat, wat ook de reden voor de opzegging mag zijn, het uiteindelijk de eigen keuze van verzoekster is geweest de verzekering bij de ziektekostenverzekeraar te beëindigen in plaats van de uitkomst van de onderhavige procedure af te wachten. Zij heeft onder de gegeven omstandigheden geen belang bij afgifte van een verklaring voor recht, zodat het verzoek om die reden moet worden afgewezen.

Conclusie

9.4. 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 november 2016,

H.A.J. Kroon