

BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen E te F
Zaak : Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, correctie van een verkeerd uitgevoerde buikwandcorrectie, dermolipectomie van de bovenbenen
Zaaknummer : 2010.02451
Zittingsdatum : 22 juni 2011

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2010, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2010)

1. Partijen

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

E te F, 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 [naam ziektekostenverzekeraar] Zorgverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Deze verzekering is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Zorg Compleet Aanvullende Verzekering afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde 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 een “excisie huidsurplus buikwand” met daarbij een correctie van een litteken, en een dermolipectomie van de bovenbenen (hierna: de aanspraak). De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster met een tweetal brieven van 19 oktober 2010 medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 9 november 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. Nadat verzoekster de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen had benaderd, heeft de Ombudsman Zorgverzekeringen haar op 21 december 2010 medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling. Verzoekster is daarbij gewezen op de mogelijkheid de kwestie voor bindend advies voor te leggen aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen.
- 3.4. Bij brief van 28 december 2010 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 (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 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 18 maart 2011 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 23 maart 2011 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 24 maart 2011 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 15 juni 2011 per e-mail medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 23 maart 2011 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 15 april 2011 heeft het CVZ (zaaknummer 2011035091) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat geen sprake is van een aantoonbare, lichamelijke functiestoornis of van verminking. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster is op 22 juni 2011 in persoon gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch aan de zitting deelgenomen. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 23 juni 2011 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 27 juni 2011 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 verzoekster
- 4.1. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar op 10 oktober 2009 verzocht om een machtiging voor twee plastisch chirurgische ingrepen, te weten een buikwandcorrectie en een bovenbeencorrectie. De aanvraag voor de bovenbeencorrectie is bij beslissing van 7 januari 2010 afgewezen. De aanvraag voor de buikwandcorrectie is bij beslissing van 9 februari 2010 toegewezen. Deze ingreep is vervolgens op 9 april 2010 uitgevoerd, maar had onvoldoende resultaat.
- 4.2. Verzoekster is, gezien het resultaat van voornoemde ingreep, bij een andere plastisch chirurg op consult geweest. Deze arts heeft op 1 juni 2010 een aanvraag ingediend voor een buikwandcorrectie – inclusief littekencorrectie – en een dermolipectomie van de bovenbenen. De arts constateert dat de reeds uitgevoerde buikwandcorrectie onvoldoende resultaat heeft gehad. Op 25 juni 2010 heeft deze arts de aanvraag als volgt nader toegelicht: “Er is sprake van een lelijk litteken, zwelling boven het litteken en vet/huidsurplus. Een hernieuwde buikwandcorrectie is dan ook zeker geïndiceerd. Tevens is er sprake van huidsurplus van de bovenbenen waardoor func-

tionele klachten ontstaan.” Deze aanvraag is in eerste instantie op 10 augustus 2010 afgewezen, wegens het ontbreken van informatie. Vervolgens is verzoekster alsnog opgeroepen op het spreekuur van de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar heeft de aanvraag voor beide ingrepen met twee beslissingen van 19 oktober 2010 afgewezen.

- 4.3. In de heroverweging van 9 november 2010 deelt de ziektekostenverzekeraar mede dat de littekencorrectie wel is goedgekeurd.
- 4.4. Verzoekster wijst erop dat de ziektekostenverzekeraar destijds een machtiging heeft verleend voor de uitgevoerde buikwandcorrectie. Deze ingreep is toen niet correct uitgevoerd. De ziektekostenverzekeraar is nu van mening dat niet meer wordt voldaan aan de polisvoorwaarden. Verzoekster vindt dit een absurde gang van zaken.
- 4.5. Ter zitting heeft verzoekster benadrukt dat de buikwandcorrectie, waarvoor de ziektekostenverzekeraar een machtiging heeft verleend, niet correct is uitgevoerd. Daarom dient thans een correctie plaats te vinden. De ziektekostenverzekeraar merkt de onderhavige aanvraag ten onrechte aan als een nieuwe aanvraag voor een buikwandcorrectie. Het betreft hier echter een aanvraag voor een vervolg op een eerdere operatie die niet goed is uitgevoerd. Verzoekster heeft de betreffende arts inmiddels aansprakelijk gesteld.
- 4.6. De dermolipectomie van de bovenbenen is medisch noodzakelijk. Verzoekster heeft deze behandeling aangevraagd omdat zij functionele klachten heeft.
- 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. De ziektekostenverzekeraar stelt dat ten aanzien van de buikwandcorrectie en de dermolipectomie van de bovenbenen niet is voldaan aan de polisvoorwaarden. Dat verzoekster voor de reeds uitgevoerde buikwandcorrectie een machtiging is verleend, is hierbij niet van belang. Vóór de reeds uitgevoerde buikwandcorrectie was sprake van een forse overhang van de buikhuid. Dat is thans niet meer het geval. Wel is sprake van een nog niet volledig rustig litteken. De littekencorrectie is wel goedgekeurd.
 - 5.2. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling op het voorgaande nog aangevoerd dat onderscheid dient te worden gemaakt tussen een medische indicatie en een verzekeringsindicatie, hetgeen betekent dat niet iedere ingreep die medisch als noodzakelijk wordt aangemerkt ook door ziektekostenverzekeraars wordt vergoed.
 - 5.3. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.
6. De bevoegdheid van de commissie
 - 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

- 7.1. In geschil is of verzoekster aanspraak kan maken op een buikwandcorrectie en een dermoliplectomie van de bovenbenen ten laste van de zorgverzekering.

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 (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 e.v. van de zorgverzekering.
Artikel 18 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op plastische en/of reconstructieve chirurgie bestaat. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

“Uw recht op geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 13 (Medisch specialistische zorg) omvat behandeling van plastisch-chirurgische aard, uitsluitend als deze strekt tot 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 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).
- 8.4. 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. Plastische chirurgie is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.1 Rzv.
- 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

Ten aanzien van de buikwandcorrectie

- 9.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster eerder een machtiging verleend voor een buikwandcorrectie. Door de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar is tijdens het spreekuur geconstateerd dat deze ingreep niet correct is uitgevoerd, en dat verzoekster om die reden een indicatie heeft voor een littekencorrectie. Hiermee staat vast dat met de oorspronkelijke ingreep waarvoor een machtiging is verleend niet het beoogde en naar medisch inzicht haalbare resultaat is bereikt.

- 9.2. De buikwandcorrectie werd uitgevoerd door een hiertoe door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverlener. Op grond van de tussen partijen gesloten zorgverzekering op naturabasis heeft de ziektekostenverzekeraar een zorgplicht jegens verzoekster. De ziektekostenverzekeraar dient daarom ervoor zorg te dragen dat het beoogde en naar medisch inzicht haalbare resultaat van de gemachtigde behandeling alsnog wordt bereikt, zo nodig door een tweede buikwandcorrectie.

Ten aanzien van de dermolipectomie van de bovenbenen

- 9.3. Met betrekking tot de dermolipectomie van de bovenbenen geldt eveneens dat moet zijn voldaan aan de indicatievereisten van artikel 18 van de zorgverzekering, te weten het bestaan van een lichamelijke functiestoornis dan wel verminking.
- 9.4. Waar het gaat om de (verzekerings)indicatie verminking merkt de commissie op dat daarvan – als gezegd – niet eerder kan worden gesproken dan in geval van een ernstige misvorming, 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. Gesteld noch gebleken is dat die situatie zich hier ten aanzien van de bovenbenen van verzoekster voordoet.
- 9.5. Voorts is onvoldoende aannemelijk gemaakt dat sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis in de zin van de polisvoorwaarden, waarbij in dit verband dan met name valt te denken aan onbehandelbaar smetten of van een ernstige bewegingsbeperking.

Conclusie

- 9.6. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen als hiervoor onder 9.2 vermeld en voor het overige dient te worden afgewezen. Tevens dient de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster het door haar betaalde entreegeld van € 37,-- te voldoen.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek toe als hiervoor onder 9.2 vermeld, bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster een bedrag van € 37,-- dient te voldoen en wijst het meer of anders verzochte af.

Zeist, 27 juli 2011,

Voorzitter