

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen C te D en E te F
Zaak : Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, huidreductie met vrij
tepeltransplantaat
Zaaknummer : 2010.01399
Zittingsdatum : 5 januari 2011

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2010, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1, 2.2 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2010)

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoeker,

tegen

1) C te D en

2) E te F

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 11 mei 2010 een “huidreductie met vrij tepeltransplantaat” (hierna: de aanspraak) af te wijzen.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van het Keuze Zorg Plan (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Excellent afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 31 mei 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.4. Bij brief van 19 augustus 2010 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 ad € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 8 november 2010 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 15 november 2010 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 18 november 2010 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 15 november 2010 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 6 december 2010 heeft het CVZ (zaaknummer 2010136029) 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 vermindering. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker is op 5 januari 2011 in persoon gehoord. De ziektekostenverzekeraar Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 6 januari 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 11 januari 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 verzoeker
- 4.1. Verzoeker is na een gastric bypass ongeveer 130 kg afgevallen. Hierdoor heeft hij nu op verschillende plekken een huidoverschot. Met name het huidoverschot ter hoogte van zijn borsten is voor verzoeker belastend. Hij is afgevallen, maar kan zich nog steeds niet met ontbloot bovenlichaam vertonen, omdat hij borsten heeft als een vrouw. Verzoeker is van mening dat de door hem aangevraagde behandeling in dezelfde categorie valt als een borstreconstructie bij vrouwen na een borstamputatie, omdat die ingreep evenmin medisch noodzakelijk is en bedoeld is om de mentale belasting te verminderen.
- 4.2. Op 7 mei 2010 heeft de behandeling waarop verzoeker aanspraak maakt, overeenkomstig de wijze zoals in de aanvraag vermeld, plaatsgevonden.
- 4.3. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling het volgende aangevoerd. De onderhavige situatie is zeer belastend voor een man. Nu het hier een vorm van psychische vermindering betreft, meent verzoeker op grond hiervan recht te hebben op vergoeding. Hij tekent aan dat het 's winters dragen van kleding geen probleem vormt. Hij zou echter graag 's zomers – net als andere mannen – met ontbloot bovenlijf lopen. Ten aanzien van de smetplekken geldt dat hij deze door een dermatoloog zou kunnen laten behandelen, maar dat kost ook geld. De angst voor precedentwerking is naar de mening van verzoeker beperkt indien de verzekeraar een aantal voorwaarden stelt, bijvoorbeeld het hebben ondergaan van een gastric bypass in combinatie met een bepaald percentage gewichtsverlies.

Verzoeker heeft de nota van de ingreep nog niet ingediend, in afwachting van de uitkomst van de lopende geschilprocedure.

Verzoeker verwijst naar een brief van 20 oktober 2009 van de ziektekostenverzekeraar, waarin staat dat recht bestaat op vergoeding bij een BMI minder dan 30, en concludeert dat hij inmiddels aan deze eis voldoet.

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. De ziektekostenverzekeraar stelt dat de aanvraag voor de huidreductie met vrij tepeltransplantaat is afgewezen, omdat geen sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. Verzoeker heeft geen ernstige bewegingsbeperking als gevolg van het huidoverschot. Evenmin is sprake van zodanig ernstige pijnklachten dat dit verzoeker in het dagelijks functioneren belemmert. Daarnaast blijkt uit de stukken niet dat de daarin genoemde smetklachten niet te verhelpen zijn door een voldoende wondverzorging.
- 5.2. Evenmin is sprake van verminking als gevolg van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting. De ziektekostenverzekeraar begrijpt dat verzoeker moeite heeft met het tonen van het ontblote bovenlijf. Het huidoverschot is in het dagelijks verkeer echter met kleding te camoufleren. Psychisch lijden is geen verzekeringsindicatie.
- 5.3. Op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat aanspraak op een volledige vergoeding voor plastisch chirurgische ingrepen bij een medische noodzaak. Onder medische noodzaak verstaat de ziektekostenverzekeraar de noodzaak van verpleging, onderzoek of behandeling volgens algemeen erkende, medisch-wetenschappelijke overwegingen. Dit dient te blijken uit de indicatie en de gemotiveerde aanvraag van de behandelend medisch specialist. Voorts wordt beoordeeld of de indicatie, de motivering, de aangevraagde behandeling en de kosten daarvan in een redelijke verhouding tot elkaar staan. Hiervan is in casu niet gebleken.
- 5.4. Op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat aanspraak op een vergoeding van € 500,-- voor plastisch chirurgische ingrepen zonder medische indicatie. Verzoeker heeft de nota van de ingreep nog niet bij de ziektekostenverzekeraar ingediend, daarom is deze vergoeding nog niet uitgekeerd.
- 5.5. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd, dat na een borstamputatie aanspraak bestaat op een prothese. Dit is bij verzoeker niet aan de orde; zijn medische situatie is anders. Het specifieke geval van de borstamputatie is in de wet opgenomen; analoge toepassing is niet toegestaan. Verminking kan een indicatie zijn, maar hiervoor gelden strikte criteria. Het moet gaan om een ernstige misvorming die in het dagelijks verkeer niet met kleding is te camoufleren. Een lichamelijke functiestoornis kan ook een verzekeringsindicatie vormen, bijvoorbeeld als sprake is van onbehandelbaar smetten. Hiervan is uit de aanvraag evenwel niet gebleken.
- 5.6. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag terecht is afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is 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 kosten van de huidreductie met vrij tepeltransplantaat te vergoeden, 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 1 e.v. van de zorgverzekering. Artikel 3 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op plastische chirurgie bestaat. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

“Wij vergoeden de kosten van chirurgische ingrepen van plastisch chirurgische aard door een medisch specialist wanneer de behandeling leidt tot correctie van:
- *afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;*
- *verminderingen die het gevolg zijn van ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;*
(...)”

- 8.3. Artikel 3 van de zorgverzekering is volgens artikel 2.1 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.4. 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. behandeling van plastisch chirurgische aard is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4, lid 1 sub b 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.
- 8.6. In artikel 39 van de aanvullende ziektekostenverzekering is een aanspraak opgenomen voor vergoeding van de kosten van plastische en cosmetische chirurgie. Dit artikel luidt:

“39.1 Plastische chirurgie (met medische indicatie)
Wij vergoeden de behandeling door een medisch specialist.
Voorwaarden:
– *Er moet sprake zijn van een medische noodzaak;*

– Er moet vooraf schriftelijk toestemming door [naam ziektekostenverzekeraar] zijn verleend.
Vergoeding: 100%

39.2 Cosmetische chirurgie (zonder medische indicatie)

Wij vergoeden de kosten van chirurgische ingrepen van cosmetische aard waarbij de aanleiding voortvloeit uit de persoonlijke behoefte, noodzaak of omstandigheid.

Vergoeding: 100% voor de correctie van de oorstand.

Voor overige behandelingen wordt in totaal maximaal € 500,- per kalenderjaar vergoed.”

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. De onderhavige behandeling behoort tot de verzekerde prestaties op grond van de zorgverzekering. Een indicatie voor de ingreep is op grond van artikel 3 van de zorgverzekering aanwezig in geval van een afwijking van het uiterlijk die gepaard gaat met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen dan wel verminking.
- 9.2. Van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis is sprake in geval van een ernstige bewegingsbeperking. Dit is in het onderhavige geval niet aan de orde. Dat verzoeker zich niet in het openbaar met ontbloot bovenlichaam durft te vertonen, maakt dit niet anders.
Van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis is voorts sprake in geval van onbehandelbaar smetten. Onder het niet behandelbaar zijn moet worden verstaan dat het smetten in huidplooien door een dermatoloog niet kan worden voorkomen of niet is te genezen, daar altijd aanwezig is en waarbij de reden van het conservatief falen duidelijk te objectiveren is, zodat een operatie nog de enige oplossing van het probleem vormt. De plastisch chirurg heeft in zijn brief van 14 juni 2010 gesteld dat verzoeker klachten ondervindt van plooivorming en in de zomer van smetten van de huid onder de borsten. Nu alleen in de zomer sprake is van smetten en in de procedure niet is gebleken dat operatief ingrijpen de enige resterende mogelijkheid vormt om dit te voorkomen, kan niet worden gesproken van onbehandelbaar smetten.
- 9.3. Evenmin kan hier worden gesproken van verminking in de zin van de polisvoorwaarden. Hiervan is eerst sprake in geval van een ernstige deformiteit, al of niet met weefseldefecten gepaard gaande, die direct in het oog springt en die in het dagelijks verkeer niet is te camoufleren, bijvoorbeeld door middel van kleding. Verzoeker kan het huidoverschot op zijn borst in het normale dagelijks verkeer camoufleren met kleding.
- 9.4. Verzoeker beroept zich verder op psychische/emotionele klachten. Hoewel de commissie begrip heeft voor de omstandigheden van verzoeker, vormen dergelijke klachten geen (verzekerings)indicatie voor de onderhavige behandeling.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.5. Op grond van artikel 39.1 van de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat aanspraak op volledige vergoeding van de kosten van plastische chirurgie indien sprake is van een medische noodzaak. Uit het dossier is niet gebleken dat sprake is van een medische noodzaak voor de onderhavige ingreep. Daarom bestaat op grond van dit artikel geen aanspraak op vergoeding.
- 9.6. Daarnaast bestaat op grond van artikel 39.2 van de aanvullende ziektekostenverzekering aanspraak op een vergoeding van € 500,-- voor de kosten van plastische chi-

rurgie zonder medische indicatie. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat deze vergoeding niet kan worden verleend aangezien verzoeker de nota niet ter declaratie heeft ingediend. Aangezien op dit punt nog geen beslissing is genomen door de ziektekostenverzekeraar, en er zodoende ook nog geen heroverweging heeft plaatsgehad, kan de commissie hierover geen uitspraak doen.

Vermeende toezegging

- 9.7. Verzoeker heeft tijdens de hoorzitting gesteld dat in de brief van de ziektekostenverzekeraar van 20 oktober 2009 staat, dat aanspraak bestaat op vergoeding van de onderhavige ingreep indien zijn BMI lager is van 30, hetgeen nu het geval is. In voormelde brief worden echter drie cumulatieve voorwaarden genoemd waaraan moet zijn voldaan, wil de ingreep voor vergoeding in aanmerking komen. Naast de BMI worden nog twee criteria genoemd waaraan de borstvorming moet voldoen. Niet gebleken is dat verzoeker aan alle in deze brief gestelde voorwaarden en criteria voldoet. Daarom bestaat op grond van voormelde brief evenmin aanspraak op vergoeding van de onderhavige ingreep.

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, 19 januari 2011,

Voorzitter