

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, tegen C en D, beide te E
Zaak : Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, dermolipectomie buik
Zaaknummer : 2012.02577
Zittingsdatum : 3 april 2013

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 2012, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2012)

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

1) C en

2) D, beide te E,

hierna gezamenlijk 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 Alles Verzorgd Polis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen AV Optimaal en AV Tand Standaard afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Alle genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo artikel 944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een vetchortresectie (dermoliplectomie) zonder navelreinsertie (hierna: de aanspraak). Bij brief van 14 juni 2012 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 26 november 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.3. Bij e-mailbericht van 29 november 2012 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen – althans zo begrijpt de commissie het verzoek – dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).

3.4. 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 6 februari 2013 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 12 februari 2013 aan verzoekster gezonden.
- 3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 21 februari 2013 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 15 maart 2013 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord.
- 3.7. Bij brief van 12 februari 2013 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 12 maart 2013 (zaaknummer 2013021842) heeft het CVZ bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat bij verzoekster geen sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis dan wel vermindering. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 13 maart 2013 aan partijen gezonden.
- 3.8. Verzoekster is op 3 april 2013 in persoon gehoord en is daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.9. Bij brief van 4 april 2013 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 10 april 2013 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 in een relatief korte periode twee spoedoperaties ondergaan. De eerste keer ging het om een "geknapte" buitenbaarmoederlijke zwangerschap met als gevolg een wond van circa 25 centimeter die nogal diep en strak is gehecht.
- 4.2. In 2010 is verzoekster nogmaals geopereerd. Ditmaal aan een ontstoken galblaas. De chirurg heeft de galblaas verwijderd via haar navel waardoor deze is uitgescheurd. Als gevolg van beide operaties, in combinatie met het feit dat zij in de periode voorafgaand aan de operaties circa 30 kilo is afgevallen, heeft verzoekster nu een overschot aan huid. Met name in haar dagelijkse bezigheden ondervindt zij hiervan hinder. Zo heeft verzoekster pijnklachten en soms last van ontstekingen aan haar navel. De aangevraagde dermolpectomie kan deze klachten verhelpen en dient dus geen cosmetisch doel.
- 4.3. Ter zitting is door verzoekster aangevoerd dat zij weliswaar op het spreekuur van de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar is geweest, maar dat deze haar niet goed heeft onderzocht. Zo heeft zij niet op de onderzoekstafel gelegen en heeft de medisch adviseur haar alleen van een afstand beoordeeld. De behandelend arts van verzoekster heeft eerder vastgesteld dat bij haar sprake is van smetklachten.
- 4.4. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. Aanspraak op een dermolpectomie bestaat, indien het gaat om een correctie van afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen of verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of een geneeskundige verrichting.
- 5.2. Verzoekster is op 26 september 2012 op het spreekuur van de medisch adviseur geweest. Volgens de medisch adviseur is geen sprake van verminking, functionele stoornissen of medische klachten die veroorzaakt worden door het huidoverschot. Derhalve komt de aangevraagde dermolpectomie van de buik niet voor vergoeding in aanmerking.
- 5.3. 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 2.12 van de zorgverzekering en 2.10 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 is gehouden 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 naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in artikel 3 e.v. van de zorgverzekering.
Artikel 3.16 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op plastische chirurgie bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“U hebt recht op een behandeling van plastisch-chirurgische aard als deze is bedoeld ter correctie van:

- afwijkingen in het uiterlijk die aantoonbare lichamelijke functiestoornissen veroorzaken;*
 - verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting. Er is sprake van een verminking bij een ernstige misvorming van een lichaamsdeel;*
- (...)”*

- 8.3. Artikel 3.16 van de zorgverzekering is volgens artikel 2.2 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. 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. Aanspraak op behandelingen van plastisch-chirurgische aard bestaat op grond van artikel 3.16 van de zorgverzekering, indien een (verzekerings)indicatie bestaat in de vorm van afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen of van verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting. Beoordeeld dient te worden of hiervan in het geval van verzoekster sprake is.
- 9.2. Bij een aantoonbare lichamelijke functiestoornis kan worden gedacht aan een ernstige bewegingsbeperking. Onder "ernstige bewegingsbeperking" valt niet het ondervinden van hinder in het dagelijks verkeer, zoals in de situatie van verzoekster.
- 9.3. Verder kan een dergelijke functiestoornis aanwezig zijn in geval van onbehandelbaar smetten in de huidplooien. Dit zijn door de dermatoloog niet te voorkomen of niet te genezen smetten in de huidplooien die altijd daar aanwezig zijn en waarbij de reden van het conservatief falen duidelijk te objectiveren is, zodat een operatie nog de enige oplossing van het probleem vormt. Door verzoekster is in dit verband aangevoerd dat de behandelend arts smetplekken heeft geconstateerd. De ziektekostenverzekeraar beroept zich op de bevindingen van zijn medisch adviseur tijdens het spreekuurbezoek. Met betrekking tot dit spreekuurbezoek heeft verzoekster gesteld dat geen behoorlijk onderzoek heeft plaatsgevonden, hetgeen door de ziektekostenverzekeraar niet is weersproken. Aldus heeft verzoekster het bestaan van de smetplekken voldoende aannemelijk gemaakt. Uit de overgelegde stukken blijkt echter niet dat verzoekster voor deze klachten ook onder behandeling is (geweest) van een dermatoloog en dat conservatieve maatregelen niet afdoende zijn gebleken. Hieruit leidt de commissie af dat verzoekster geen last heeft van *onbehandelbaar* smetten zoals artikel 3.16 van de zorgverzekering bepaalt.

- 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 kan in het onderhavige geval niet worden gesproken.
- 9.5. Derhalve is bij verzoekster geen sprake van een (verzekerings-)indicatie, zodat de aangevraagde dermoliplectomie niet voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking komt.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.6. Het is de commissie gebleken dat de aanvullende ziektekostenverzekering geen dekking biedt voor het gevraagde, zodat het verzoek niet op basis hiervan kan worden toegewezen.

Conclusie

- 9.7. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 17 april 2013,

Voorzitter