

ANONIEM

Bindend advies

Partijen : A te B vs C te D
Zaak : Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, littekencorrectie
Zaaknummer : ANO08.001
Zittingsdatum : 3 oktober 2007

Zaak: ANO08.001 (geneeskundige zorg, plastische chirurgie, littekencorrectie)

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. T. Hartlief (voorzitter), mr. J.H.A. Teulings en mr. drs. P.J.J. Vonk)

(Voorwaarden zorgverzekering 2006, art. 11 Zvw, 2.4 Bzv)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen verzoekster,

tegen

C te D, hierna te noemen de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen het besluit van de zorgverzekeraar van 21 juni 2006 inzake de afwijzing terzake van de kosten van een littekencorrectie.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van het onderhavige geschil was verzoekster bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorg-op-maatpolis, een verzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw) (hierna: de zorgverzekering) in combinatie met een aanvullende verzekering.
- 3.2. Bij brief van 21 juni 2006 heeft de zorgverzekeraar verzoekster meegedeeld dat de kosten van de aangevraagde littekencorrectie niet zullen worden vergoed.
- 3.3. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 11 december 2006 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster meegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. Met klachtenformulier van 10 april 2007 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de ingreep – die op 29 maart 2007 is uitgevoerd – alsnog te vergoeden.
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 37,00 voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren.
- 3.6. De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie op 5 juni 2007 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 30 juli 2007 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Bij brief van 13 augustus 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 van de Zvw.

- 3.8. Het College voor zorgverzekeringen heeft op 12 september 2007 zijn advies gegeven. Een afschrift hiervan is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 3 oktober 2007 telefonisch gehoord. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het College voor zorgverzekeringen.
- 3.10. Bij brief van 4 oktober 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden. In vervolg hierop heeft het College voor zorgverzekeringen de commissie op 31 oktober 2007 meegedeeld dat hetgeen in de hoorzitting naar voren is gebracht geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies.

4. Het standpunt van verzoekster

- 4.1. Bij verzoekster deden zich op 12-jarige leeftijd de eerste rugklachten voor. Zij is toen verwezen naar een medisch-specialist, die een operatief ingrijpen nog niet raadzaam achtte. Later bleek een operatie onvermijdelijk en in het jaar 2000 is de stand van de onderste drie rugwervels gecorrigeerd en gefixeerd. Na één jaar trad een ontsteking van het litteken op. Een tweede ingreep in het jaar 2001, ter verwijdering van het eerder ingebrachte titaniummateriaal, was noodzakelijk. De behandelend medisch-specialist gaf toen aan dat een littekencorrectie medisch gezien een acceptabele en noodzakelijke ingreep was en dat vergoeding van de kosten verzekeringstechnisch zeer wel mogelijk zou zijn.
Na anderhalf jaar kwamen de klachten terug en moest verzoekster voor de derde maal geopereerd worden. Er was toen sprake van een operatiewond van 18 cm aan de rugzijde, en een van 15 cm aan de buikzijde. Geadviseerd werd twee jaar te wachten alvorens tot correctie van de littekens over te gaan.
De behandelend orthopeed verwees verzoekster hiervoor naar een plastisch-chirurg. Deze concludeerde dat een correctie van het litteken aan de buikzijde niet mogelijk is, maar dat correctie van de littekens op de rug zeer zeker in de rede ligt.
- 4.2. Volgens verzoekster boden de indertijd toepasselijke verzekeringsvoorwaarden de mogelijkheid van vergoeding. Dat daarna een nieuw verzekeringsstelsel is gekomen, waarbij de aanspraken zijn beperkt, mag verzoekster naar haar mening niet worden tegengeworpen, nu zij om medische redenen moest wachten met het laten uitvoeren van de ingreep. Het zou dan ook zeer onredelijk zijn haar vergoeding van de kosten ad € 1.850,00 te weigeren.
- 4.3. Verzoekster stelt zich ernstig belemmerd te hebben gevoeld door de beide littekens. Zo geneerde zij zich om in bikini te lopen. Deze belemmeringen wogen voor haar zo zwaar dat zij psychologische hulp heeft ingeroepen.

5. Het standpunt van de zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar stelt zich, onder verwijzing naar artikel 9 lid 2 onder c van de zorgverzekering op het standpunt dat een indicatie in de zin van een afwijking in het uiterlijk die gepaard gaat met een aantoonbare lichamelijke functiestoornis, niet is gebleken. Zo maakt verzoekster geen melding van pijnklachten.

5.2. De indicatie verminking is evenmin aan de orde. In het kader van de Ziekenfondswet werd hiervoor een definitie gehanteerd die ook thans nog van toepassing is. Van een verminking is sprake in geval van verworven aandoeningen, zoals misvormingen van de handen door reumatoïde arthritis, misvormingen door verlammingen van de aan-gezichtszenuw, misvormingen door brandwonden, replantatie van ledematen, recon-structie van geamputeerde ledematen of geamputeerde mammae.

5.3. Schaamtegevoelens of psychische klachten vormen in dit verband geen indicatie.

6. De bevoegdheid van de commissie

Voor zover het onderhavige geschil betrekking heeft op de zorgverzekering, acht de commissie zich bevoegd daarvan kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

De commissie is daarentegen niet bevoegd ten aanzien van de aanvullende verzeke-ring.

7. De beoordeling van het geschil

7.1. De vraag die voorligt, is of in dit geval aanspraak bestaat op vergoeding van de kos-ten van een littekencorrectie ten laste van de zorgverzekering, zoals deze tussen par-tijen bestond ten tijde van de van de onderhavige aanvraag.

7.2. Het betreft hier een naturapolis. Plastische en/of reconstructieve chirurgie is vermeld in artikel 9 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Artikel 9 lid 2 onder c bepaalt wanneer aanspraak op plastische-chirurgie bestaat en onder welke voor-waarden. Voor zover hier relevant houdt artikel 9 lid 2 onder c het volgende in:

"c. Behandelingen van plastisch-chirurgische aard

Op behandeling van plastisch-chirurgische aard bestaat slechts aanspraak indien die strekt ter correctie van:

- 1. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functie-stoornissen;*
 - 2. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrich-ting;*
- (..)"*

7.3. De regeling van artikel 9 lid 2 onder c is volgens artikel 2 lid 1 van de zorgverzeke-ring, gebaseerd op de Zvw, het Bzv en de Rzv.

7.4. Voor de beoordeling van het onderhavige geschilpunt zijn de navolgende wettelijke bepalingen relevant.

Artikel 11 lid 1 onderdeel a van de Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde in voorkomend geval, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties be-staande uit zorg of overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Geneeskundige zorg is conform lid 3 van artikel 11 Zvw, naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 van het Bzv. In lid 1 onder b is bepaald dat een plastisch-chirurgische ingreep slechts on-der de geneeskundige zorg valt indien die strekt tot de correctie van de onder sub 1 tot en met 5 genoemde aandoeningen. Hiertoe behoren onder andere afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen en

verminderingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting.

- 7.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.6. Uit de overgelegde stukken en hetgeen tijdens de hoorzitting naar voren is gebracht maakt de commissie op dat bij verzoekster ten tijde van de ingreep sprake was van een litteken op de rug van circa 18 centimeter lang, 4 centimeter breed, met forse markeringen van de hechtingspunten en een uitgesproken ladderaspect. Het litteken bestond in ieder geval vanaf 2004, zodat niet of nauwelijks verdere verbetering kon worden verwacht. Uit de aanvankelijke aanvraag van de plastisch-chirurg van 16 mei 2006 blijkt dat een littekencorrectie soelaas zou kunnen bieden. Hoewel de kleur van het litteken niet opvallend is, is de commissie gelet op de lengte, breedte en het aspect van het litteken - waartegen de mogelijkheid deze met kleding te bedekken niet opweegt - in dit geval van oordeel dat gesproken kan worden van een verminking als bedoeld in artikel 9 lid 2 onder c sub 2 van de zorgverzekering.
- 7.7. Gezien voorgaande is van commissie van oordeel dat sprake is van een verzekerde prestatie welke voor verstrekking ten laste van de zorgverzekering in aanmerking komt. Verzoekster heeft de ingreep inmiddels ondergaan. Het komt de commissie, gelet op de omstandigheid dat hier sprake is van een naturaverzekering en niet gebleken is van een spoedeisend belang, redelijk voor dat de zorgverzekeraar de onderhavige nota vergoedt tot de hoogte van het bedrag dat hij aan de (gecontracteerde) zorgaanbieder zou hebben vergoed indien de onderhavige zorg zou zijn geleverd in het kader van het met deze zorgaanbieder gesloten contract. Niet uitgesloten is dat hierdoor een deel van de onderhavige nota voor rekening van verzoekster blijft. Verzoekster heeft dit risico evenwel zelf genomen door de behandeling te laten uitvoeren, voordat de uitkomst van de onderhavige geschillenprocedure bekend was.
- 7.8. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek, met inachtneming van hetgeen in overweging 7.7 is overwogen, dient te worden toegewezen.
8. Het bindend advies
- 8.1. De commissie wijst het verzoek toe, met dien verstande dat hetgeen in overweging 7.7 is overwogen in acht dient te worden genomen.
- 8.2. De commissie bepaalt dat de zorgverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden een bedrag ad € 37,00.

Zeist, 7 januari 2008,

Voorzitter