



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen OWM Stad Holland Zorgverzekeraar U.A. te Schiedam
Zaak : Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, buikwandcorrectie
Zaaknummer : 201602045
Zittingsdatum : 8 februari 2017

 Geschillencommissie Zorgverzekeringen (J.A.M. Strens-Meulemeester)

 (Voorwaarden zorgverzekering 2015, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2015)

 1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,
tegen

 OWM Stad Holland Zorgverzekeraar U.A. te Schiedam, 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 grond van de Basisverzekering (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 Uitgebreide AV 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).

 3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een buikwandcorrectie inclusief navelinsertie en reven fascia abdominalis (hierna: de aanspraak). Bij brief van 17 juni 2015 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 22 september 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

 3.3. Bij brief van 6 september 2016 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 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 23 december 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 2 januari 2017 aan verzoekster gezonden.

 3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 16 januari 2017 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 20 januari 2017 schriftelijk medegedeeld eveneens in persoon te willen worden gehoord.

- 
- 3.7. 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.
- 
- 3.8. Bij brief van 2 januari 2017 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 25 januari 2017 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2017000241) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen. *"Op basis van het dossier is geen sprake van een vermindering of van aantoonbare lichamelijke functiestoornissen."* Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 26 januari 2017 aan partijen gezonden.
- 
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 8 februari 2017 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 
- 3.10. Bij brief van 9 februari 2017 heeft de commissie het Zorginstituut afschriften van de aantekeningen van de hoorzitting en de pleitnota gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen en de pleitnota aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 16 februari 2017 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen en de pleitnota 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 plastisch chirurg heeft ten aanzien van verzoekster het volgende verklaard: *"In 2012 eerder op bezoek geweest i.v.m rectus diastase en buikhuidsurplus. Nu nemen klachten toe; dagelijks last. Heeft buikspieren veel getraind en ook fysiotherapie hiervoor gehad, echter geen verbetering. Loopt hierdoor ook scheef waardoor nu ook rugklachten. Heeft naast lichamelijke klachten ook psychisch klachten hierdoor. Gewicht stabiel; (...)"*
- 
- 4.2. Verzoekster is in 2011 door middel van een keizersnede bevallen van een dochter. Ondanks dat verzoekster na de bevalling in staat was weer op haar oude gewicht te komen, bleef haar buik een onnatuurlijke bolling houden. De huisarts heeft geconstateerd dat het hierbij gaat om een diastase die in de periode van 2012 tot 2015 van ongeveer twee cm naar vier cm is toegenomen.
- 
- 4.3. Verzoekster stelt dat zij voldoet aan de voorwaarden die de ziektekostenverzekeraar hanteert voor een buikwandcorrectie. Zij merkt hierbij tevens op dat de voorwaarden waar de ziektekostenverzekeraar op wijst niet cumulatief hoeven te zijn. Het gewicht van verzoekster is stabiel. Dit wordt bevestigd door de verklaring van de medisch specialist. Verder is verzoekster wel degelijk nagegaan of de klachten niet op een eenvoudiger manier te verhelpen zijn. Zij heeft een speciaal programma bij de fysiotherapeut gevolgd dat volledig is gericht op het verhelpen van een rectus diastase en het buikhuidsurplus. Aangezien het gewenste resultaat uitbleef, is verzoekster enorm bezig geweest met zelftraining, bestaande uit volleybal, hardlopen en het specifiek trainen van de buik. Alle inspanningen hielpen niet, waarna verzoekster zich heeft gewend tot de huisarts vanwege de aanhoudende functiestoornissen. Reeds op grond van het voldoen aan deze twee voorwaarden, kan de afwijzing van de ziektekostenverzekeraar geen stand houden.
- 
- Verzoekster stelt voorts dat, voor zover dit al nodig is, zij ook voldoet aan de overige voorwaarden. Er is wel degelijk sprake van afwijkingen in het uiterlijk die aantoonbare lichamelijke functiestoornissen veroorzaken. Het gaat daarbij om de volgende klachten: (toename) van de rectus diastase, buikhuidsurplus en dikker worden boven de navel, toename gevoeligheid van de buik, scheef lopen, rugproblemen en psychische klachten. Verder kan haar buik worden beschouwd als een vermindering die is ontstaan door een geneeskundige verrichting, namelijk een keizersnede. Zelfs het dragen van corrigerende kleding helpt niet. Verzoekster krijgt vaak de vraag of zij zwanger is.
- 
- 
- 
- 

De verminking is tevens aanleiding geweest voor haar psychische klachten. Verzoekster is erg onzeker en lijdt aan depressiviteit. Verzoekster schaamt zich enorm voor haar lichaam terwijl zij juist een gezonde leefstijl heeft en haar wat dat betreft niets te verwijten valt.

De behandelend medisch specialisten hebben dit alles bevestigd en met verklaringen aangetoond dat in de situatie van verzoekster sprake is van ernstige fysieke en psychische beperkingen.

- 4.4. Volgens het Sint Franciscus Gasthuis (hierna: SFG) kan bij de aanvraag geen specifieke code worden meegegeven voor de navelinsertie en het reven van de fascia abdominalis. De ziektekostenverzekeraar beoordeelt hierdoor de aanvraag ten onrechte als een buikwandcorrectie. Code 231 wordt namelijk niet alleen gebruikt voor een buikwandcorrectie na gewichtsverlies, maar ook voor een rectus diastase omdat er geen andere code bestaat voor deze ingreep. De ziektekostenverzekeraar heeft dit niet in de beslissing betrokken en nader onderbouwd. Verzoekster heeft het gevoel dat zij het slachtoffer is van de bureaucratie. Omdat geen andere code beschikbaar is voor de ingreep waarvoor zij om vergoeding heeft verzocht, komt haar verzoek niet voor inwilliging in aanmerking. Verzoekster vindt dat de ziektekostenverzekeraar de afwijzing onzorgvuldig heeft gemotiveerd.

- 4.5. Ter zitting heeft verzoekster de standpunten herhaald.

- 4.6. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De wetgever bepaalt welke prestaties voor vergoeding in aanmerking komen en onder welke voorwaarden. De Minister van VWS heeft besloten dat buikwandcorrecties in principe zijn uitgesloten van vergoeding. Op dit uitgangspunt bestaan slechts twee uitzonderingen, waarbij voor de beoordeling gebruik wordt gemaakt van de richtlijnen die door de adviserend geneeskundigen worden gehanteerd, de VAGZ Werkwijzer. Ten eerste, bij afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen. Als aantoonbare lichamelijke functiestoornis wordt in dit verband aangemerkt: een onbehandelbaar smetten van de huid dat ondanks adequate behandeling niet te voorkomen of te genezen is of een ernstige bewegingsbeperking die wordt veroorzaakt doordat de buik in staande positie ten minste een kwart van de bovenbenen bedekt. Onder lichamelijke functiestoornissen vallen rugklachten en een rectusdiastase niet. Ten tweede, in geval van verminking als gevolg van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting. Hierbij moet sprake zijn van een Pittsburg Rating Scale graad 3 of een verminking van de buikwand die in ernst is te vergelijken met een derdegraadsverbranding. Daarnaast is een algemeen vereiste dat de Body Mass Index (hierna: BMI) dertig of minder moet zijn en dat deze gedurende ten minste twaalf maanden stabiel is.

- 5.2. Tevens is bepaald dat de behandeling doelmatig moet zijn. Bij de aanvraag voor een buikwandcorrectie houdt dit in dat eerst moet worden nagegaan of de klachten niet op een eenvoudiger manier te verhelpen zijn.

- 5.3. Uit de aanvraag van 30 juni 2015 blijkt dat verzoekster een BMI heeft van 22,3 met een stabiel gewicht gedurende minimaal twaalf maanden. Hiermee voldoet zij aan het algemene vereiste. Echter, bij verzoekster is geen sprake van één van de genoemde wettelijke uitzonderingssituaties, waardoor zij niet in aanmerking komt voor vergoeding van een buikwandcorrectie.

- 5.4. Psychosociale klachten vormen, hoe vervelend ook, geen reden voor vergoeding van de gewenste ingreep.

- 5.5. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat het scheeflopen geen relatie heeft met de rectusdiastase. De rugklachten lijken eerder een relatie te hebben met de bolle buik, in die zien dat verzoekster in verband hiermee een andere houding aanneemt. Daarbij staat

niet vast dat de onderhavige ingreep gaat helpen de klachten te voorkomen, aangezien er geen causaal verband is.

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 14 lid 3 van de zorgverzekering en 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 gehouden is de aanspraak alsnog 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 de artikelen 15 tot en met 40 van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 18a lid 3 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op behandeling van plastisch-chirurgische aard bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"Wij vergoeden behandelingen die plastisch-chirurgisch van aard zijn, als deze zijn bedoeld om de volgende zaken te corrigeren:

- a. afwijkingen in uw uiterlijk die aantoonbare lichamelijke functiestoornissen veroorzaken;*
- b. verminkingen die zijn ontstaan door ziekte, een ongeval of een geneeskundige verrichting; (...)"*

8.4. Artikel 2 lid 5 van de zorgverzekering bepaalt de inhoud en omvang van de zorg, en luidt:

"In deze polisvoorwaarden staat voor welke behandelingen u recht heeft op vergoeding. De inhoud en omvang van deze zorg worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk of door wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. U heeft recht op zorg waarop u naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen; dit wordt mede bepaald op basis van doelmatigheid en doeltreffendheid. Daarnaast mag de zorg of dienst niet onnodig kostbaar en/of onnodig gecompliceerd zijn. Onder de zorg en overige diensten vallen ook de zorg en diensten die bij ministeriële regeling zijn aangewezen onder de daarbij geregelde voorwaarden en gedurende een daarbij aan te geven termijn van maximaal zeven jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten; (...)"

8.5. De artikelen 2 lid 5 en 18a lid 3 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 lid 1 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.6. 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.

Artikel 2.1 lid 3 Bzv bepaalt dat de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht heeft voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

- 8.7. 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. Bij verzoekster is sprake van een rectus diastase. Volgens haar is zij voor herstel hiervan aangewezen op het reven van de fascia abdominalis, maar aangezien hiervoor geen aparte code bestaat, is een buikwandcorrectie aangevraagd.
Omdat de aanvraag leidend is, zal de commissie voor het vervolg uitgaan van een buikwandcorrectie inclusief navelinsertie en reven van de fascia abdominalis.
- 9.2. Verzoekster heeft aanspraak op een buikwandcorrectie ten laste van de zorgverzekering indien bij haar sprake is van een (verzekerings)indicatie in de vorm van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis dan wel verminking als bedoeld in artikel 18a lid 3 van de voorwaarden.
Door verzoekster is gesteld dat zij voldoet aan de in dat verband toepasselijke criteria. De commissie overweegt dienaangaande als volgt.
- 9.3. Bij een aantoonbare lichamelijke functiestoornis kan in dit kader worden gedacht aan een ernstige bewegingsbeperking dan wel onbehandelbaar smetten in de huidplooien. Een ernstige bewegingsbeperking is aanwezig indien de overhangende buikhuid een kwart van de lengte van het bovenbeen bedekt. Niet gebleken is dat de buikhuid van verzoekster aan genoemd criterium voldoet. Verder is verzoekster niet onder behandeling (geweest) van een dermatoloog, zodat geen sprake is van onbehandelbaar smetten. Een rectusdiastase vormt geen ernstige functiestoornis volgens het ZIN-advies van 25 januari 2017. Ook anderszins is niet gebleken van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis.
- 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. Verminking kan voorts aan de orde zijn bij een huid- of contourafwijking volgens de Pittsburgh Rating Scale graad 3. Hiervan is bij verzoekster echter niet gebleken. Van verminking in bovenvermelde zin is in het onderhavige geval derhalve geen sprake.
- 9.5. De door verzoekster genoemde psychische klachten vormen, hoe vervelend ook, geen (verzekerings)indicatie voor een buikwandcorrectie. Hetzelfde geldt voor de rugklachten.
- 9.6. Aangezien vaststaat dat geen sprake is van een verzekeringsindicatie, kan de vraag of de behandeling doelmatig is onbeantwoord blijven.

 Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

-  9.7. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde, zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden toegewezen.

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, 22 maart 2017,

 J.A.M. Strens-Meulemeester