

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen C en E beide te D
Zaak : Geneeskundige zorg; plastische chirurgie; littekencorrectie
Zaaknummer : 2009.02096
Zittingsdatum : 24 februari 2010

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

1) C en

2) E beide te D,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 16 juli 2009 inzake de afwijzing van een littekencorrectie van de rechterborst.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorg-op-maatpolis (hierna: de zorgverzekering). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). Een zorgverzekering is een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Voorts was ten behoeve van verzoekster bij de aanvullende ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Jongeren afgesloten, welke geen dekking biedt voor het gevraagde, en die daarom in het vervolg buiten beschouwing zal blijven.
- 3.2. Verzoekster heeft verzocht om verstrekking of vergoeding van de onder 2 vermelde behandeling, ten laste van de zorgverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 16 juli 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.3. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 10 september 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. Bij het aanmeldingsformulier van 30 september 2009 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 stuk-

ken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief van 29 december 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 6 januari 2010 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 9 januari 2010 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 6 januari 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 1 februari 2010 heeft het CVZ (zaaknummer 2010002510) 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 of van een verminking. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting, op 3 februari 2010 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster is op 24 februari 2010 in persoon gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch aan de hoorzitting deelgenomen. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 26 februari 2010 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 voorlopige advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 5 maart 2010 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopige advies als definitief kan worden beschouwd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. De behandelend plastisch chirurg heeft bij verzoekster de volgende diagnose gesteld: "sn mammareductie dehiscentie submammar re breed en pijnlijk bij BH". De plastisch chirurg heeft naar aanleiding van de gestelde diagnose bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een "littekencorrectie re mamma excisie en opschuifplastiek".
- 4.2. Verzoekster stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat de littekens zijn ontstaan na complicaties na eerdere borstoperaties. De lengte van het litteken bedraagt 7,5 centimeter, de breedte bedraagt 4 centimeter. Het litteken geeft pijnklachten en jeukt voortdurend. Daarnaast ondervindt verzoekster veel emotionele hinder van het litteken.
- 4.3. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat de littekens met name pijn doen bij het dragen van een BH, het sporten en tijdens het douchen.
- 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. De ziektekostenverzekeraar stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat bij verzoekster geen sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of van een verminking als bedoeld in de polisvoorwaarden.
- 5.2. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat de aanwezigheid van de klachten bij verzoekster niet ter discussie staat, maar dat deze klachten geen grond kunnen vormen om tot vergoeding over te gaan.
- 5.3. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag terecht is afgewezen.
6. De bevoegdheid van de commissie

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. De beoordeling van het geschil

- 7.1. In geschil is of verzoekster aanspraak kan maken op een littekencorrectie, ten laste van de zorgverzekering. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden, wet- en regelgeving

- 8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en wet- en regelgeving relevant.
- 8.2. Het betreft hier 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 19 tot en met 43 van de zorgverzekering.
Artikel 20.4 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op plastische en/of reconstructieve chirurgie bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“20.4 Behandelingen van plastisch-chirurgische aard

20.4.1. Zorg waar u recht op hebt

U hebt recht op behandelingen die plastisch-chirurgisch van aard zijn, als ze 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 (bijvoorbeeld een operatie);*
- (...)*

Toelichting

Van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis is sprake als het gaat om lichamelijke klachten waarvan door onderzoek is vastgesteld (objectief) dat ze zijn ontstaan door de te corrigeren lichamelijke afwijking. Voorbeelden zijn: onbehandelbare smetplekken in de huidplooi bij een forse overhang van de buik of een doorgankelijkheidsprobleem van de neus bij een neus die scheef staat.

Van een verminking is sprake als het gaat om een ernstige misvorming die in het dagelijkse leven meteen opvalt. Voorbeelden hiervan zijn: misvorming door brandwonden en geamputeerde (afgezette) benen, armen of borsten.”

- 8.3. Artikel 20.4 van de zorgverzekering is volgens artikel 2.1 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Besluit zorgverzekering (Bzv), de Regeling zorgverzekering (Rzv), de toelichtingen op deze wet- en regelgeving, en het ingevulde aanvraagformulier.
- 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. Behandeling van plastisch-chirurgische aard is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4, lid 1, onder b van het Besluit zorgverzekering (Bzv) en verder uitgewerkt in artikel 2.1 van de Regeling zorgverzekering (Rzv). Ingevolge artikel 1 sub d Zvw mag een zorgverzekering samengevat niet meer of minder bieden dan in de Zvw, het Bzv en de Rzv is geregeld.
- 8.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
9. Beoordeling van het geschil
- 9.1. Gelet op de onder 8 genoemde verzekeringsvoorwaarden en wet- en regelgeving, overweegt de commissie ten aanzien van het in 7.1 omschreven geschil als volgt.
- 9.2. Om volgens de polisvoorwaarden in aanmerking te komen voor een littekencorrectie dient sprake te zijn van een afwijking in het uiterlijk die gepaard gaat met een aantoonbare lichamelijke functiestoornis, dan wel van verminking die het gevolg is van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting.
- 9.3. De commissie stelt vast dat gesteld noch gebleken is dat verzoekster kampt met een aantoonbare lichamelijke functiestoornis, waarbij in dit verband valt te denken aan een ernstige bewegingsbeperking door contractie van het litteken. De gestelde pijnklachten zijn als grond voor een lichamelijke functiestoornis naar het oordeel van de commissie onvoldoende objectiveerbaar. Gesteld noch gebleken is dat het in dit geval gaat om pijnklachten die voortkomen uit het litteken zelf, dat wil zeggen zonder wezenlijke beïnvloeding van buitenaf zoals het door verzoekster gestelde bewegen. Dat verzoekster last heeft van jeuk is op zich onvoldoende om te kunnen spreken van een lichamelijke functiestoornis in de bovenbedoelde zin.
- 9.4. Ten aanzien van de vraag of het litteken, voortgekomen uit eerdere medische verrichtingen, is te zien als een verminking ingevolge de polisvoorwaarden, overweegt de commissie het volgende. Uit de door verzoekster zelf gegeven informatie noch uit het spreekuurverslag valt rechtstreeks op te maken dat het litteken, gelet op de grootte, vorm en/of uiterlijk aspect, is aan te merken als een verminking in ernst vergelijkbaar met bijvoorbeeld een derdegraads verbranding of een amputatie. Ook de aanvraag van de plastisch chirurg, welke voor de beoordeling van de aanvraag leidend is, bevat geen aanduiding in die richting.
- 9.5. Ten slotte vormen de door verzoekster aangevoerde psychische/sociale omstandigheden - verzoekster noemt in dat verband vooral de door haar ondervonden emotionele hinder - op zichzelf, hoewel de commissie de ernst daarvan niet wil onderschatten, geen (verzekerings)indicatie voor de aangevraagde littekencorrectie.

Conclusie

9.6. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 10 maart 2010,

Voorzitter