

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C te D en E te F
Zaak : Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, buikwandcorrectie
Zaaknummer : 2010.02437
Zittingsdatum : 13 april 2011

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2010, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2010)

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoekster,

tegen

1) C te D en

2) E te F

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 Beter Af Polis (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 Beter Af Plus Polis 4 sterren afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 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 (hierna: de aanspraak), welke aanspraak bij beslissing van 20 september 2010 is afgewezen.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 19 oktober 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. Bij brief van 9 november 2010 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 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 stukken gevoegd.
- 3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 22 februari 2011 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 23 februari 2011 aan

verzoekster gezonden.

- 3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 25 februari 2011 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden.
- 3.7. Bij brief van 23 februari 2011 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 17 maart 2011 heeft het CVZ (zaaknummer 2011022804) 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 als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.8. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 13 april 2011 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.9. Bij brief van 14 april 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 18 april 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 verzoekster

- 4.1. De behandelend plastisch chirurg heeft bij verzoekster het volgende geconstateerd: "Bij lichamelijk onderzoek fors huidsubcutisoverschot waarbij de huid vaak kapot gaat, nattend is en zeer pijnlijk".
- 4.2. Verzoekster is bekend met dunne vezel neuropathie. Als gevolg hiervan ligt zij de gehele dag op bed. Zij is in het verleden met behulp van een maagband fors afgevalen. Verzoekster heeft last van de overgebleven overtollige huid, omdat daaronder smetplekken ontstaan. Zij probeert deze zo goed mogelijk te behandelen. Verzoekster benadrukt dat het niet gaat om een cosmetische ingreep, en dat haar behandelend artsen de ingreep noodzakelijk achten.
- 4.3. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat zij jaren geleden bij de plastisch chirurg is geweest. Zij kreeg toen toestemming van de ziektekostenverzekeraar voor behandeling, maar moest eerst afvallen. Vervolgens ontwikkelde verzoekster neuropathie en kon de operatie opnieuw geen doorgang vinden. Toen dit uiteindelijk wel mogelijk was, werd toestemming geweigerd. Verzoekster is onder behandeling van de huisarts voor smetplekken. Ook heeft zij een dermatoloog bezocht. Beiden schrijven steeds nieuwe smeersels voor.
- 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 dat bij verzoekster geen sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis dan wel vermindering in de zin van de voorwaarden

van de zorgverzekering. De buikschort bedekt niet een kwart van de lengteas van het bovenbeen. Verzoekster heeft last van smetten, maar het gaat hier niet om smetten dat vergelijkbaar is met een derdegraads brandwond. Bovendien is het smetten niet onbehandelbaar. Verzoekster heeft daarom geen aanspraak op een buikwandcorrectie ten laste van de zorgverzekering. Wel heeft zij aanspraak op een gedeeltelijke vergoeding van maximaal € 250,-- per drie kalenderjaren ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

5.2. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat hem niet bekend is dat eerder toestemming is gegeven voor de behandeling. Bovendien is de regelgeving in de afgelopen jaren aangescherpt. De aanvraag is getoetst aan de huidige regelgeving. Neuropathie vormt op basis daarvan geen indicatie voor de gevraagde behandeling.

5.3. Het na de zitting door verzoekster overgelegde stuk van de dermatoloog vormt geen aanwijzing dat sprake is van onbehandelbaar smetten. Het smetten is goed te behandelen.

5.4. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden 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 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 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 onder het kopje 'Aanspraken' van de zorgverzekering.

Artikel 3 van de 'Aanspraken' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op behandeling van plastisch-chirurgische aard bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"U heeft aanspraak op 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 een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting; (...)*

Voor behandelingen zoals vermeld in de lijst onder artikel 1 moet u van tevoren contact met ons opnemen. Voor deze behandelingen geldt dat wanneer u gebruik maakt van een hiervoor niet door ons gecontracteerde zorgverlener u recht heeft op een vergoeding die lager is dan de vergoeding bij een gecontracteerde zorgverlener. (...)

- 8.3. Artikel 3 van de 'Aanspraken' van de zorgverzekering is volgens artikel 2 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 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.
Artikel 13 Zvw regelt de aanspraak op vergoeding indien een verzekerde kiest voor een zorgverlener die niet door de zorgverzekeraar is gecontracteerd.
- 8.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 8.6. In artikel 3.2 van de aanvullende ziektekostenverzekering is, voor zover hier van belang, het volgende bepaald:

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

(...)

4 sterren 100% voor de correctie van de oorstand voor kinderen tot 18 jaar, overige behandelingen maximaal € 250,- per persoon per 3 kalenderjaren"

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. De zorgverzekering biedt dekking voor een buikwandcorrectie, indien bij verzoekster sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis dan wel verminking als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 9.2. Bij een aantoonbare lichamelijke functiestoornis kan in dit kader worden gedacht aan onbehandelbaar smetten, dat wil zeggen een niet te voorkomen dan wel te genezen smetten in de huidplooien dat daar altijd aanwezig is en waarbij een operatie nog de enige oplossing van het probleem vormt. De reden van het conservatief falen moet duidelijk te objectiveren zijn.
- 9.3. Van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis kan voorts sprake zijn in geval van een ernstige bewegingsbeperking. De bewegingsbeperking wordt als ernstig gezien indien deze ontstaat doordat in staande positie het buikschort minimaal een kwart van de lengteas van de bovenbenen bedekt.

- 9.4. Bij verzoekster is geen sprake van onbehandelbaar smetten dan wel een ernstige bewegingsbeperking. Ook anderszins is bij haar niet gebleken van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis.
- 9.5. 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 is in het onderhavige geval geen sprake.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.6. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt dekking voor een buikwandcorrectie, met een vergoeding van maximaal € 250,-- per drie kalenderjaren. Hierover bestaat tussen partijen overigens geen geschil.

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, 25 mei 2011,

Voorzitter