

t
t

t

,

t
t
t

BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vs G te H
Zaak : Geneeskundige zorg; plastische chirurgie; littekencorrectie
Zaaknummer : 2008.00539
Zittingsdatum : 23 juli 2008

t

.t

t
t

Zaak: 2008.00539 Geneeskundige zorg; plastische chirurgie; littekencorrectie

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. Al.M. van Mierlo (voorzitter), mr. J.H.A Teulings en mr. drs. P.J.J. Vonk)

(Voorwaarden zorgverzekering 2007, art. 10, 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, in zijn hoedanigheid van wettelijk vertegenwoordiger van C, hierna te noemen: verzekerde, in deze vertegenwoordigd door D, verbonden aan E te F,

tegen

G te H, hierna te noemen: de zorgverzekeraar, volmachtgever van I te J, die in deze vertegenwoordigd wordt door K te L.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen de beslissing de zorgverzekeraar van 20 augustus 2007 een littekencorrectie niet te vergoeden.

3. Ontstaan en verloop van het geding

3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzekerde bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Basispolis (hierna: de zorgverzekering). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 BW en betreft een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw).

3.2. De behandelend plastisch chirurg heeft bij verzekerde de volgende diagnose gesteld: "keloïdaallitteken rug, na accidentele val.". De behandelend zorgverlener heeft naar aanleiding van de gestelde diagnose bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van een "littekenexcisie en nabehandeling" ten laste van de zorgverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 20 augustus 2008 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.

3.3. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 5 oktober 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn besluit te handhaven.

3.4. Bij brief van 21 februari 2008 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar 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 verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 37,00 voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de moge-

lijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren.

- 3.6. De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie bij brief van 9 april 2008 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 5 juni 2008 aan verzoeker gezonden .
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 17 juni 2008 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 6 juni 2008 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 2 juli 2008 heeft het CVZ de commissie geadviseerd het verzoek van verzoeker af te wijzen op de grond dat bij verzoeker geen sprake is van een vermindering of een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. Een afschrift van het CVZ-advies is op 3 juli 2008, gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting, aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 23 juli 2008 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 23 juli 2008 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 28 juli 2008 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 verzoeker

- 4.1. Verzoeker stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat de zorgverzekeraar niet bereid is de aanvraag voor een littekencorrectie, zulks op basis van een doorverwijzing om niet-cosmetische redenen door de huisarts naar de plastisch chirurg, te honoreren. Het litteken is ca. 25 bij 9 mm groot en de geringste aanraking is pijnlijk. Volgens verzoeker valt de ingreep wel onder de basisverzekering.
- 4.2. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat verzekerde anderhalf jaar geleden is gevallen en zodoende het litteken is ontstaan. Het litteken is eerste instantie behandeld met een crème, maar het bleef rood en pijnlijk.
- 4.3. Verzoeker komt tot de conclusie dat zijn verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat de aangevraagde behandeling niet gedekt is volgens de geldende voorwaarden. De zorgverzekeraar stelt in dat verband dat één van de criteria van een littekencorrectie is dat de verdikking van het litteken meer dan 2 cm moet zijn. Dit is volgens de zorgverzekeraar bij verzekerde niet het geval.
- 5.2. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoeker terecht is afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

Voor zover het onderhavige geschil betrekking heeft op de zorgverzekering, is de commissie bevoegd daarvan kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. De commissie is daarentegen niet bevoegd ten aanzien van de aanvullende verzekering .

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. Het betreft hier een natura polis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de zorgverzekeraars gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in Hoofdstuk 2 van de zorgverzekering. Artikel 2 lid 4 van Hoofdstuk 2 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op plastische chirurgie bestaat. Artikel 2 lid 5 van Hoofdstuk 2 van de zorgverzekering sluit expliciet een aantal behandelingen van plastisch chirurgische aard uit.
- 7.2. De regeling in artikel 2 van Hoofdstuk 2 van de zorgverzekering is volgens artikel 2 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 7.3. 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 bestaande uit de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. In artikel 2.4 lid 1 onder b van het Bzv is bepaald dat een plastisch-chirurgische ingreep slechts onder de geneeskundige zorg valt indien die strekt tot de correctie van de onder sub 1 tot en met 5 genoemde aandoeningen. In artikel 2.4 lid 2 van het Bzv wordt bepaald dat bij ministeriële regeling bepaalde vormen van zorg kunnen worden uitgezonderd.
- 7.4. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.5. In de "Werkwijzer Plastische Chirurgie" dat door het CVZ is aangehaald, is het volgende opgenomen over littekencorrecties:

"Hypertrofische littekens

Er bestaat een variëteit aan littekens. Verbrede (widespread, stretched) littekens en atrofische littekens zijn niet verheven, niet rood en zacht. Een hypertrofisch litteken is een rood, verheven litteken dat beperkt blijft tot de begrenzing van het oorspronkelijke litteken. Meestal ontstaat dit binnen 3-6 weken na een operatie. Er treedt in het algemeen spontane regressie op binnen 12 - 18 maanden.

Vergoeding is mogelijk indien er sprake is van een litteken dat reeds een jaar bestaat en waarbij conservatieve therapie onvoldoende resultaat heeft opgeleverd, waarbij er tevens sprake moet zijn van:

- Een aantoonbare lichamelijke functiestoornis:

- Pijn, indien er een duidelijke causale relatie met het litteken bestaat (bijvoorbeeld een fors adherent litteken)

• Bewegingsbeperking door contractuur .

- Verminking:

- Gelaat en handen: indien meer dan 1 cm breed en opvallend van kleur of aspect (bv. fors ingetrokken)

- Elders: - indien meer dan 2 cm breed en meer dan 10 cm lang en opvallend van kleur of aspect

- indien multipale verbrede littekens (meer dan 3) op dezelfde lokatie en opvallend van kleur of aspect.



Hierbij dient de verwachting te zijn dat een littekencorrectie een forse verbetering van de klachten en/of het uiterlijke aspect van het litteken oplevert.

De volgende behandelingen kunnen voor vergoeding in aanmerking komen:

excisie of laser
corticosteroïdinjecties

Er is geen vergoeding mogelijk bij:

- Trekken van een litteken en jeuk, aangezien dit geen aantoonbare lichamelijke functiestoornissen zoals bedoeld in de regelgeving zijn.
- Atrofische littekens.

Keloid

Keloid is een rood, verheven litteken dat buiten de begrenzing van het oorspronkelijke litteken komt. Enkele specifieke plaatsen voor keloïdvorming zijn het oor, de thorax en ter hoogte van het schouderblad. Keloïd gaat niet spontaan in regressie.

Vergoeding is mogelijk indien er sprake is van een litteken dat reeds een jaar bestaat en waarbij conservatieve therapie onvoldoende resultaat heeft opgeleverd. waarbij er tevens sprake moet zijn van:

- Een aantoonbare lichamelijke functiestoornis

- Pijn, indien er een duidelijke causale relatie met het litteken bestaat (bijvoorbeeld een fors adherent litteken).

• Bewegingsbeperking door contractuur.

- Verminking

- Gelaat en handen: indien meer dan 1 cm breed en opvallend van kleur of aspect.
- Elders: indien meer dan 2 cm breed en fors verdikt.

De volgende behandelingen kunnen voor vergoeding in aanmerking komen:

Excisie, laser of radiotherapie

Corticosteroïdinjecties vallen onder conservatieve therapie en hoeven niet aangevraagd te worden

- 7.6. Het onderhavige geschil spitst zich toe op de vraag of bij verzekerde sprake is van een verminking als gevolg van een ziekte, een ongeval of een geneeskundige verrichting of een aantoonbare lichamelijke functiestoornis.
- 7.7. Van verminking kan naar vaste jurisprudentie van de commissie eerst worden gesproken in geval van een ernstige deformiteit, al of niet met weefseldefecten gepaard gaande, die direct in het oog springt en die in het normale dagelijkse verkeer niet is te camoufleren door bijvoorbeeld kleding. Bij verzekerde is hiervan geen sprake, zodat de aanspraak op deze grond niet kan worden gehonoreerd.
- 7.8. Wat betreft de vraag of bij verzekerde sprake is van een lichamelijke functiestoornis, oordeelt de commissie als volgt. Uit de stukken blijkt dat sprake is van een keloïd. Verzoeker heeft ter zitting aangevoerd dat dit keloïd anderhalf jaar bestaat en dat conservatieve therapie geen resultaat heeft opgeleverd. Verzekerde heeft pijnklachten door het litteken. Gezien de plek waar het litteken zich bevindt - te weten net onder de broekband - worden de pijnklachten verergerd bij aanraking en brengt dit een bewegingsbeperking met zich mee. Door de zorgverzekeraar is onvoldoende gemotiveerd gesteld dat bij verzekerde geen sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. Gezien het vorenvermelde concludeert de commissie dat bij verzekerde duidelijk sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis en het verzoek wordt zodoende toegewezen.
- 7.9. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen.



8. Het bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek toe.

8.2. De commissie bepaalt dat de zorgverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden een bedrag ad € 37,00.

Zeist, 13 augustus 2008,

Voorzitter