

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen E te F en G te H
Zaak : Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, abdominoplastiek
Zaaknummer : 2012.01105
Zittingsdatum : 12 september 2012

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 2011, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2011)

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door C te D, hierna te noemen: gemachtigde,

tegen

1) E te F en

2) G te H,

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 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 AV-Top 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). Bij brief van 7 juli 2011 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 12 september 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.3. Bij brief van 29 april 2012 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 5 juli 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 10 juli 2012 aan verzoekster gezonden.
- 3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 6 augustus 2012 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 27 augustus 2012 schriftelijk medegedeeld in persoon gehoord te willen worden.
- 3.7. Bij brief van 10 juli 2012 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 juli 2012 heeft het CVZ (zaaknummer 2012084901) 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. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.8. De commissie heeft enkele malen geprobeerd telefonisch contact op te nemen met verzoekster op het door haar opgegeven telefoonnummer. De commissie kreeg geen gehoor, en heeft daarop contact opgenomen met gemachtigde. Gemachtigde en de ziektekostenverzekeraar zijn op 12 september 2012 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.9. Bij brief van 13 september 2012 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 17 september 2012 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 plastisch chirurg heeft medegedeeld dat bij verzoekster sprake is van een "duidelijke goede indicatie voor abdominoplastiek". Uit de stukken van de ziektekostenverzekeraar blijkt op geen enkele wijze van een weerlegging hiervan. Op 9 september 2011 is aan de ziektekostenverzekeraar nadere informatie gezonden. Niet gebleken is dat deze stukken zijn meegenomen in de beoordeling door de medisch adviseur die plaatsvond op 12 september 2011.
 - 4.2. De eisen die door de ziektekostenverzekeraar aan de indicatie voor een buikwandcorrectie worden gesteld zijn niet opgenomen in de voorwaarden van de zorgverzekering, en zodoende niet kenbaar voor verzoekster.
 - 4.3. Ter zitting heeft gemachtigde nog gewezen op de mogelijkheid van toepassing van een hardheidsclausule.
 - 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 zorgverzekering biedt dekking voor een buikwandcorrectie indien een indicatie bestaat in de vorm van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis dan wel vermin-

king als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering. Van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis is sprake bij onbehandelbaar smetten dan wel een ernstige bewegingsbeperking. Dit laatste is aan de orde indien de buikschort in staande positie een kwart van de lengteas van de bovenbenen bedekt. Van verminking is sprake ingeval van een ernstige misvorming van een lichaamsdeel die in ernst is te vergelijken met een derdegraads verbranding. Verzoekster is gezien op het spreekuur van de medisch adviseur. Hier is gebleken dat bij haar geen sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis dan wel verminking als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering.

5.2. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat geen reden aanwezig is voor het verlenen van een coulancevergoeding. De regels voor een abdominoplastiek zijn streng. Er is niet gebleken van een bijzondere omstandigheid die een uitzondering op de regels rechtvaardigt.

5.3. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op de artikelen 15 van de zorgverzekering en 14 van 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 naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen 16 tot en met 35 van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 17.2d van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op behandeling van plastisch-chirurgische aard bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“Op behandeling van plastisch-chirurgische aard bestaat, als binnen minstens drie weken vooraf schriftelijk toestemming bij [de ziektekostenverzekeraar] is aangevraagd en deze door [de ziektekostenverzekeraar] is verleend, slechts aanspraak als die strekt ter correctie van:

- *afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;*
- *verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting; (...)*”

- 8.4. Artikel 2.6 van de zorgverzekering bepaalt, voor zover hier van belang, het volgende:

“Om voor zorg in aanmerking te komen moet er een indicatie zijn. Dat wil zeggen dat u alleen recht heeft op een onderzoek of een behandeling als dat volgens de Zvw noodzakelijk is. Zoals de wet het zegt, u moet ‘redelijkerwijs zijn aangewezen’ op de zorg. Welke zorg voor u nodig is, wordt objectief bekeken. Die zorg moet bovendien doelmatig zijn. Zorg die onnodig is, of onnodig veel kost in vergelijking met een andere zorgvorm die gelijkwaardig is gezien de indicatie en uw zorgbehoefte, komt niet voor rekening van de verzekering. (...)”

- 8.5. De artikelen 2.6 en 17.2d van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2.2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.6. 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 2.1 lid 3 Bzv bepaalt dat een verzekerde slechts recht heeft op een bepaalde vorm van zorg of een dienst 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. Gelet op artikel 17.2d van de zorgverzekering bestaat aanspraak op een buikwandcorrectie in geval van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis dan wel vermindering. Verzoekster heeft aangevoerd dat hiervan bij haar sprake is, en dat de (aanvullende) eisen zoals door de ziektekostenverzekeraar genoemd, niet zijn opgenomen in de voorwaarden van de zorgverzekering, zodat deze haar niet kunnen worden tegenworpen. Hierover merkt de commissie het volgende op.

- 9.2. Een buikwandcorrectie was in het jaar 2006 nog expliciet van vergoeding uitgesloten. Met ingang van 1 januari 2007 is dit evenwel veranderd. De Minister van VWS merkt in de toelichting op de wijziging van de Rzv van 18 oktober 2006 daarover het volgende op:

“Op mijn verzoek heeft het CVZ in overleg met de wetenschappelijke verenigingen van de relevante beroepsgroepen, de medische adviseurs van ZN, en de Vereniging van Adviserend Geneeskundigen bij Zorgverzekeraars een medisch advies opgesteld. (...) In het medisch ad-

vies is aangegeven wanneer er van een zodanige ernstige functiebeperking of verminking sprake is. Met deze eenduidige uitleg van de deskundigen wordt bereikt dat abdominoplastieken alleen in die situaties voor rekening van de verzekering komen. In de artikelsgewijze toelichting worden de medische indicaties beschreven.

(...)

Artikelsgewijs

Artikel I

A

Een abdominoplastiek valt onder de Zvw-prestatie plastische chirurgie indien er sprake is van een verminking of een ernstige functiebeperking. Van verminking is sprake in geval van een ernstige misvorming die direct in het oog springt. Met het begrip verminking wordt bedoeld op verworven aandoeningen zoals misvormingen door brandwonden, misvormingen aan de handen door reumatoïde arthritis, misvormingen door verlammingen van de aangezichtsenuw, amputatie van ledematen of geamputeerde mammae. Er is sprake van een verminking bij een abdominoplastiek indien er een misvorming is die vergelijkbaar is met bovenstaande voorbeelden. Een overhang van de buik valt niet onder deze definitie. Van functiebeperking is sprake in geval van: Onbehandelbaar smetten. Dit is een door de dermatoloog niet te voorkomen of niet te genezen smetten in huidplooien dat altijd daar ter plekke aanwezig is en waarbij een operatie nog de enige oplossing van het probleem vormt. De reden van het conservatief falen is duidelijk te objectiveren. Als onvoldoende hygiënische maatregelen de oorzaak van het smetten zijn, is vergoeding niet mogelijk. Een ernstige bewegingsbeperking. De bewegingsbeperking wordt in deze als ernstig gezien indien die ontstaat doordat in staande positie het buikschort minimaal een kwart van de lengtes van de bovenbenen bedekt. Verder geldt dat om voor vergoeding in aanmerking te komen de Body Mass Index gedurende ten minste twaalf maanden kleiner of gelijk aan dertig moet zijn.”

- 9.3. Zoals eerder overwogen zijn de voorwaarden van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Bzv en de Rzv, en staat het een zorgverzekeraar niet vrij een dekking te bieden die hetzij ruimer dan wel beperkter is dan op grond van het bij of krachtens genoemde wet bepaalde is voorgeschreven, zodat de vereisten zoals gesteld in bovengenoemde toelichting op de wijziging van de Rzv kunnen worden aangehouden als uitleg van de voorwaarden van de zorgverzekering. De ziektekostenverzekeraar heeft geconcludeerd dat verzoekster niet aan de onder 9.2 beschreven voorwaarden voldoet, een en ander mede naar aanleiding van een bezoek aan het spreekuur van de medisch adviseur. Verzoekster heeft geen stukken overgelegd die het tegendeel aannemelijk maken, zodat geen vergoeding van de buikwandcorrectie ten laste van de zorgverzekering mogelijk is.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.4. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor een buikwandcorrectie, zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden ingewilligd.

Conclusie

- 9.5. 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 oktober 2012,

Voorzitter