

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A, vertegenwoordigd door B, beiden C, tegen D te E, als gevol-
machtigde van F te G
Zaak : Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, abdominoplastiek met
naveltranspositie
Zaaknummer : 2012.00076
Zittingsdatum : 16 mei 2012

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. H.P.Ch. van Dijk)

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

1. Partijen

A, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door B, beiden te C,

tegen

D te E, als gevolmachtigde van F te G, 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 basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] Zorg Polis (restitutie) (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen AV Uitgebreid en ZorgVerzuimmodule afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De eveneens door verzoekster afgesloten verzekering Tandartsverzekering Uitgebreid is niet in geschil, en blijft om die reden verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van een abdominoplastiek met naveltranspositie, uit te voeren te Reet (België) (hierna: de aanspraak). Bij brieven van 9 juni 2010, 15 juli 2010 en 8 april 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 28 april 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.3. Bij ongedateerde brief, ontvangen op 10 januari 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 2 april 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 4 april 2012 aan verzoekster gezonden.
- 3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 6 april 2012 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 15 mei 2012 telefonisch medegedeeld eveneens mondeling te willen worden gehoord.
- 3.7. Bij brief van 4 april 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 18 april 2012 heeft het CVZ (zaaknummer 2012048629) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat er geen indicatie is voor een buikwandcorrectie omdat niet blijkt dat sprake is van een aantoonbare, lichamelijke functiestoornis dan wel van verminking. Mogelijk bestaat wel aanspraak op vergoeding van een littekencorrectie, maar op grond van de informatie in het dossier kan dit niet worden getoetst. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 25 april 2012 aan partijen gezonden.
- 3.8. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 16 mei 2012 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.9. Bij brief van 21 mei 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 23 mei 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 behandelend plastisch chirurg in België heeft bij verzoekster het volgende vastgesteld: “(...) *laparotomielittekens alsook litteken na herstel transit met sluiten stoma. Verder maceratieletsels en littekenretractie (...)*”, en verzocht om: “*ellipsvormige resectie voor van de onderbuik met naveltranspositie*”.
- 4.2. De behandelend gynaecoloog in Nederland heeft bij verzoekster het volgende vastgesteld: “(...) *Bij patiënte hebben de vele operaties geleid tot uitgebreide littekenweefselvorming in de buik. (...) heeft patiënte zowel een Pfannenstiel litteken, als een mediaan onderbuikslitteken en een litteken ter plaatse van het colostoma. Eveneens zijn de littekens meer dan eens gebruikt. Het is derhalve niet verwonderlijk dat patiënte last heeft van de littekens. (...)*”, en verzocht om: “*plastische reconstructie van de buik*”
- 4.3. Verzoekster is bekend met endometriose. Hiervoor heeft zij gedurende vele jaren medische behandelingen ondergaan. Op 1 september 2006 heeft verzoekster een la-

paroscopie ondergaan, waarbij een eierstok en een cyste zijn verwijderd. Bij deze operatie is een complicatie ontstaan, te weten perforatie van de dikke darm. Op 2 september 2006 is een levensreddende spoedoperatie uitgevoerd, waarbij een colonstoma werd aangelegd. Om deze operatie te kunnen uitvoeren zijn twee grote sneden gemaakt: één vanaf het borstbeen tot het schaambeent, en één links op haar buik. De stoma is opgeheven door middel van een operatie op 7 maart 2007. Op 17 december 2007 is verzoekster opnieuw geopereerd, waarbij de baarmoeder en de tweede eierstok zijn verwijderd.

- 4.4. Na een lange en moeilijke herstelperiode is verzoekster gaan onderzoeken of de pijnlijke en zeer lelijke littekens konden worden gecorrigeerd. Hiertoe heeft zij diverse artsen bezocht. De artsen hebben haar geadviseerd een abdominoplastiek te ondergaan, aangezien dat de beste manier is om de littekens weg te halen. De ziektekostenverzekeraar heeft vergoeding van deze ingreep bij herhaling afgewezen. Verzoekster stelt dat de littekencorrectie door middel van een abdominoplastiek dient te worden vergoed, aangezien sprake is van een situatie als bedoeld in artikel 18 van de zorgverzekering. Zij heeft verminkingen die zijn veroorzaakt door een ziekte en/of geneeskundige verrichtingen. Het verbaast haar dat de ziektekostenverzekeraar haar niet financieel ondersteunt, en bovendien het advies van de artsen naast zich neerlegt.
- 4.5. De ziektekostenverzekeraar hanteert de “Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch-chirurgische aard” van de vereniging voor artsen, tandartsen en apothekers werkzaam bij (zorg)verzekeraars (VAGZ) bij de beoordeling of een behandeling van plastisch chirurgische aard voor vergoeding in aanmerking komt. Uit deze werkwijzer volgt dat een abdominoplastiek wordt vergoed indien onder meer sprake is van een verminking door een geneeskundige verrichting. Dit is bij verzoekster het geval. Bovendien voldoet zij aan de voorwaarden die gelden voor een littekencorrectie.
- 4.6. Verzoekster stelt dat haar littekens zijn ontstaan door diverse medische ingrepen (en complicaties). Een en ander lag buiten haar invloedssfeer, en zij voelt zich derhalve een slachtoffer. Voor de beoordeling of de abdominoplastiek voor vergoeding in aanmerking komt, zou niet de aard van de ingreep leidend moeten zijn, maar zou moeten worden gekeken naar de oorzaak van het feit dat deze medische behandeling noodzakelijk is (geworden). Voorts brengt verzoekster in dat sprake is van rechtsongelijkheid. Hersteloperaties worden volledig vergoed, zoals bijvoorbeeld het geval is bij borstimplantaten. Dergelijke patiënten zijn aan te merken als “vrijwilligers”, en worden toch financieel tegemoet gekomen. Verzoekster voelt zich benadeeld. De littekencorrectie door middel van een abdominoplastiek dient daarom volledig te worden vergoed.
- 4.7. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat het niet om het cosmetische aspect van de ingreep gaat, maar om de behandeling van de pijnklachten. De afwijzing is niet volgens de geest van de regelgeving. Verzoekster kan de ingreep zelf bekostigen, maar het risico op complicaties is groot, en de financiële gevolgen hiervan kan zij niet dragen. Hier wil zij vooraf duidelijkheid over van de ziektekostenverzekeraar. Voorts stelt verzoekster het teleurstellend te vinden dat zij door de ziektekostenverzekeraar niet is uitgenodigd voor het medisch spreekuur. Verzoekster is positief over het feit dat een akkoordverklaring is gegeven voor de littekencorrectie. Volgens de medici is een buikwandcorrectie echter de aangewezen

ingreep voor verzoekster.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Een behandeling van plastisch chirurgische aard komt, ingevolge artikel 18 van de zorgverzekering, voor vergoeding in aanmerking indien sprake is van (i) afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen, of van (ii) verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, een ongeval of een geneeskundige verrichting. Aan voorwaarde (i) wordt slechts voldaan indien sprake is van onbehandelbaar smetten of in geval van een ernstige bewegingsbeperking. Onbehandelbaar smetten is door een dermatoloog niet te voorkomen of te genezen smetten in de huidplooiën die altijd daar aanwezig is en waarbij een operatie de enige oplossing van het probleem vormt. Uit de medische stukken van verzoekster is niet gebleken van behandeling door een dermatoloog. Van een ernstige bewegingsbeperking is geen sprake bij verzoekster. De adviserend geneeskundige heeft verklaard dat daarom niet kan worden gesproken van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. Van verminking (voorwaarde (ii)) kan uitsluitend worden gesproken in geval van een ernstige misvorming, al dan niet met weefseldefecten gepaard gaande en niet door normale kleding te camoufleren. In het geval van verzoekster is hiervan geen sprake. De plastische reconstructie van de buik kan het gewenste resultaat hebben voor verzoekster, maar zij voldoet niet aan de voorwaarden. De aangevraagde behandeling komt om die reden niet voor vergoeding in aanmerking.

5.2. De ziektekostenverzekeraar wijst erop dat verschil bestaat tussen een verzekeringsindicatie en een medische indicatie. Voor hem is voor de beoordeling van een medische aanvraag de verzekeringsindicatie van belang. De verzekeringsindicaties zijn vrijwel altijd objectief, via duidelijk omschreven regels te meten of te controleren en gelden voor iedere verzekerde. Hiervan is ook geen afwijking of weigering mogelijk. De door de behandelend artsen van verzoekster vastgestelde medische indicaties kunnen afwijken van de verzekeringsindicatie. Een bepaalde ingreep kan door de behandelend arts gewenst of geïndiceerd zijn, maar dan is het nog altijd mogelijk dat hiervoor geen verzekeringsindicatie bestaat en geen vergoeding ten laste van de zorgverzekering mogelijk is. Tot slot merkt de ziektekostenverzekeraar op dat de aanvullende ziektekostenverzekering geen dekking biedt voor de aangevraagde behandeling.

5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar akkoord gegeven voor een littekencorrectie. Deze dient nog wel als zodanig te worden aangevraagd. Hoe de operatie wordt uitgevoerd is aan de behandelend medisch specialist. Met betrekking tot de buikwandcorrectie voert de ziektekostenverzekeraar aan dat hij zich moet houden aan de wet. In 90 percent van de aanvragen volgt een afwijzing, hetgeen bij verzoekster eveneens het geval is.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 10 van de zorgverzekering en de algemene bepalingen 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 is gehouden 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 in beginsel kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 tot en met 34 van de zorgverzekering. Artikel 18 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op plastische en/of reconstructieve chirurgie bestaat. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

“Omschrijving:

Uw recht op vergoeding van de kosten van geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 13 (Medisch specialistische zorg) omvat behandeling van plastisch-chirurgische aard, uitsluitend als deze strekt tot correctie van:

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

Door:
medisch specialist.

Verwijzing door:
huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist of kaakchirurg.

Machtiging:
ja, met toelichting van de behandelend medisch specialist.”

Artikel 9 van de zorgverzekering regelt de aanspraak op vergoeding van zorg in het buitenland, en luidt voor zover hier van belang:

*“9.1. U woont of verblijft in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland
Als u woont of tijdelijk verblijft in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland kunt u voor zorg kiezen uit:*

- zorg volgens het wettelijke verzekeringspakket in een EU—EER-land of verdragsland, als dit voor u van toepassing is. Dit recht op zorg is geregeld in de EU-socialezekerheidsverordening of een sociaalzekerheidsverdrag;*

- vergoeding van de kosten van zorg door een zorgaanbieder of —zorginstelling die door de zorgverzekeraar is gecontracteerd;
- vergoeding van de kosten van zorg door een niet door de —zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling, tot maximaal de in Nederland geldende Wmg-tarieven. Als er geen Wmg-tarieven zijn, worden de kosten vergoed tot maximaal de in Nederland geldende redelijke marktprijs.

(...)

9.3. Toestemmingsvereiste voor zorg in het buitenland

In alle gevallen hebt u bij het inroepen van voorzienbare intramurale zorg in een ander land dan het woonland, voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar nodig. Intramurale zorg als bedoeld in dit artikel is zorg die gepaard gaat met verblijf van ten minste één nacht.

Dit toestemmingsvereiste is niet van toepassing als er sprake is van onvoorzienbare zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na terugkeer in het woonland.

(...)

9.4. Verwijzing en/of machtigingsvereiste

Is naast de toestemming voor het inroepen van zorg (artikel 9.3) nog specifiek een verwijzing, voorschrift en/of een machtiging vereist? Dan kunt u dit terugvinden in het betreffende zorgartikel (zie ook artikel 1.9).”

- 8.3. De artikelen 9 en 18 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.4. 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.
Behandeling van plastisch-chirurgische aard is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 lid 1 sub b Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.1 Rzv.
- 8.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 8.6. Artikel 22 van Vo 1408/71 luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

“1. De werknemer die aan de door de wettelijke regeling van de bevoegde Staat gestelde voorwaarden voor het recht op prestaties voldoet, eventueel met inachtneming van artikel 18, en (...)

c) die van het bevoegde orgaan toestemming heeft ontvangen om zich naar het grondgebied van een andere Lid-Staat te begeven ten einde aldaar een voor zijn gezondheidstoestand passende behandeling te ondergaan, heeft recht op:

- i) verstrekkingen, welke voor rekening van het bevoegde orgaan door het orgaan van de woon- of verblijfplaats worden verleend, volgens de door dit orgaan toegepaste wettelijke regeling, alsof deze werknemer bij laatstbedoeld orgaan was aangesloten; het tijdvak gedurende hetwelk de verstrekkingen worden verleend, wordt evenwel bepaald door de wettelijke regeling van de bevoegde Staat;*
- ii) uitkeringen, welke door het bevoegde orgaan worden verleend volgens de door dit orgaan toegepaste wettelijke regeling. Na overeenstemming tussen het bevoegde orgaan en het orgaan van de woon- of verblijfplaats kunnen deze uitkeringen evenwel door laatstbedoeld or-*

gaan voor rekening van het eerstbedoelde worden verleend volgens de wettelijke regeling van de bevoegde Staat.

2. (...) De op grond van lid 1, sub c), vereiste toestemming mag niet worden geweigerd wanneer de desbetreffende behandeling niet op het grondgebied van de Lid-Staat, waarop hij woont, aan de betrokkene kan worden gegeven. (...)"

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Aangezien door verzoekster tijdig toestemming is gevraagd voor de behandeling in België, dient te worden getoetst aan Vo 1408/71 – welke verordening nog gold ten tijde van de aanvraag – en het Verdrag tot oprichting van de Europese Gemeenschap (EG), thans Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie (VWEU). Gelet op de jurisprudentie van de commissie is ook in dat verband vereist dat sprake is van een verzekerde prestatie en dat de behandeling geïndiceerd is. Met betrekking hier toe geldt het volgende.
- 9.2. Aanspraak bestaat op vergoeding van een abdominoplastiek ten laste van de zorgverzekering indien een aantoonbare lichamelijke functiestoornis dan wel verminking als bedoeld in artikel 18 van de zorgverzekering aanwezig is.
- 9.3. Bij een aantoonbare lichamelijke functiestoornis kan in dit kader worden gedacht aan een ernstige bewegingsbeperking dan wel onbehandelbaar smetten in de huidplooien.
Uit de toelichting op de wijziging van artikel 2.1 Rvz, blijkt dat een ernstige bewegingsbeperking bestaat indien in staande positie het buikschort minimaal een kwart van de lengteas van de bovenbenen bedekt. Tijdens de procedure is gesteld noch gebleken dat sprake is van een bedekking van een kwart van de lengteas van de bovenbenen door het buikschort.
Onbehandelbaar smetten is door de dermatoloog niet te voorkomen of te genezen smetten in de huidplooien dat altijd daar aanwezig is en waarbij de reden van het conservatief falen duidelijk te objectiveren is, zodat een operatie nog de enige oplossing van het probleem vormt. In de procedure is niet gebleken van behandeling door een dermatoloog, zodat niet is komen vast te staan dat bij verzoekster sprake is van onbehandelbaar smetten.
Ook anderszins is niet gebleken van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis.
- 9.4. Van verminking kan worden gesproken, in geval van een ernstige misvorming, al of niet met weefseldefecten gepaard gaande, en niet door normale kleding te camoufleren. In dit verband is sprake van verminking indien het een misvorming betreft die vergelijkbaar is met bijvoorbeeld een derdegraads brandwond. De littekens zoals bij verzoekster aanwezig – hoe ernstig deze ook zijn –, zijn niet van dien aard dat een abdominoplastiek is aangewezen.
Aangezien derhalve een verzekeringsindicatie voor de aangevraagde behandeling ontbreekt, vindt Vo 1408/71 geen toepassing en kan evenmin aanspraak worden gemaakt op vergoeding ten laste van de zorgverzekering, bij toepassing van het VWEU.
- 9.5. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar verklaard dat wél een indicatie aanwezig is voor een littekencorrectie, en dat voor deze ingreep een machtiging zal worden

afgegeven. Voorwaarde is dat de behandelend arts van verzoekster hiertoe nog een aanvraag indient bij de ziektekostenverzekeraar.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.6. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde, zodat de aanspraak niet op die grond kan worden ingewilligd.

Conclusie

- 9.7. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen, met dien verstande dat de ziektekostenverzekeraar een machtiging zal afgeven voor een litteken-correctie.

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 30 mei 2012,

Voorzitter