

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B vs C te D
Zaak	: Geneeskundige zorg; plastische chirurgie; rug- en billift
Zaaknummer	: 2008.02025
Zittingsdatum	: 25 februari 2009

BINDEND ADVIES

Zaak: 2008.02025 (Geneeskundige zorg; Plastische chirurgie; rug- en billift)

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2008, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, voorwaarden aanvullende verzekering 2008)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

1) C te D, hierna te noemen: de zorgverzekeraar, en

2) E te F, hierna te noemen: de aanvullende ziektekostenverzekeraar,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 26 mei 2008 de aanvraag voor vergoeding van kosten verbonden aan een rug- en billift af te wijzen.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Beter Af Polis (hierna: de zorgverzekering). Dit betreft een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de aanvullende ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Beter Af Polis 3 Sterren afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. De behandelend plastisch chirurg heeft bij verzoekster de volgende diagnose gesteld: “zeer fors gewichtsverlies en klachten van smetten en kledingproblemen alsmede pijnklachten aan de billen bij zitten ten gevolge van het dubbelhangen van het weefsel”. De behandelend plastisch chirurg heeft naar aanleiding van de gestelde diagnose bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op “rug- en billift beiderzijds, onder DBC code 11.0.231.23 aangezien een vergelijkbare ingreep wordt gedaan als een buikwandcorrectie” ten laste van de zorgverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 26 mei 2008 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat haar aanspraak is afgewezen.
- 3.3. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 15 juli 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn standpunt te handhaven.

- 3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.5. Bij brief van 16 oktober 2008 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen (hierna: het verzoek).
- 3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 37,00 voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek is een afschrift van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief van 27 november 2008 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 18 december 2008 aan verzoekster gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 19 december 2008 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden.
- 3.9. Bij brief van 18 december 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 23 januari 2009 heeft het CVZ 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 ten gevolge van het huidsurplus. Een afschrift van het CVZ-advies is op 10 februari 2009 aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 25 februari 2009 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.11. Bij brief van 25 februari 2009 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 3 maart 2009 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. Verzoekster stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat zij veel is afgevallen en haar bilkussens zodoende zijn gaan hangen. Op de foto's is te zien dat de billen niet op hun plaats zitten. Hierdoor kan zij niet langer dan 15 minuten achtereen zitten. Verzoekster is van mening dat bij haar wel degelijk sprake is van een lichamelijke functiebeperking door de pijn die zij heeft van de overtollige huid als zij langer dan een kwartier op haar stuitbeentje (botten) moet zitten. Verzoekster stelt vervolgens dat zij inderdaad niet altijd last heeft van smetten, maar zij heeft wel last van overtollig huid.
- 4.2. Verzoekster komt tot de conclusie dat haar 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 het feit of sprake is van een lichamelijke functiebeperking niet aan de orde is. De aanvraag is afgewezen omdat de medisch adviseur heeft vastgesteld dat de aangevraagde ingreep niet doelmatig is. De medisch adviseur is van mening dat de klachten van verzoekster naar grote waarschijnlijkheid niet worden verholpen met een rug- en billift. De ziektekostenverzekeraar stelt dat de vraag naar aanwezigheid van een functiebeperking vervolgens niet aan de orde is.
- 5.2. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoekster terecht is afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

Gezien de verzekeringsvoorwaarden, het Reglement van de commissie en/of de door de ziektekostenverzekeraar ondertekende verklaring, 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. De beoordeling van het geschil

- 7.1. In geschil is of verzoekster op grond van de basisverzekering en/of de aanvullende verzekering aanspraak kan maken op een vergoeding van de rug- en billift.

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 7.2. De zorgverzekering betreft hier een naturaverzekering, zodat de verzekerde in beginsel gebruik dient te maken van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorg. Vergoeding voor plastische-chirurgie is geregeld in artikel 3 van de voorwaarden. Dit artikel bepaalt, voor zover hier van belang, het volgende:

“U heeft aanspraak op chirurgische ingrepen van plastisch chirurgische aard door een medisch specialist indien de behandeling leidt tot correctie van:

- afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;*
- (...).*

- 7.3. De regeling in artikel 3 van de zorgverzekering is volgens artikel 2.1 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) met inbegrip van de daarbij behorende toelichting.
- 7.4. Artikel 11 lid 1 onderdeel a Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde in voorkomend geval, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit zorg of overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Geneeskundige zorg is, conform artikel 11 lid 3 Zvw, naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv. In lid 1 onder b 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 lid 2 wordt bepaald dat bij ministeriële regeling bepaalde vormen

van zorg kunnen worden uitgezonderd.

- 7.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.6. In geschil is de vraag of bij verzoekster sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis als bedoeld in artikel 3 van de zorgverzekering. Daarbij komt nog de vraag of de gevraagde verstrekking doelmatig is te achten voor de klachten van verzoekster, zodat zij daarop redelijkerwijs is aangewezen.
- 7.7. Naar het oordeel van de commissie is in de situatie van verzoekster geen sprake van een afwijking in het uiterlijk die gepaard gaat met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen. Om van dergelijke afwijkingen te kunnen spreken, dient het, zoals de commissie in eerdere uitspraken op dit punt heeft vastgesteld, te gaan om een functiestoornis van vrij ernstige aard met als onderscheidend criterium het aanwezig zijn van een ernstige bewegingsbeperking. Daarvan is de commissie niets gebleken.
- 7.8. Met betrekking tot de door verzoekster gestelde pijnklachten stelt de commissie voorop dat deze klachten, mede uit een oogpunt van een eventueel daaraan te relateren vorm van (ernstige) lichamelijke functionele stoornis, niet alleen ernstig maar ook objectiveerbaar dienen te zijn. Bij de beoordeling van het laatste is in concreto van belang dat de pijnklachten uitsluitend worden veroorzaakt door het huidsurplus van de rug en de billen zelf zonder enige wezenlijke wijze van beïnvloeding van buitenaf. De door verzoekster gestelde pijnklachten ontstaan echter na enige tijd (verzoekster stelt na een kwartier) zitten. Dat er klachten zijn van (onbehandelbaar) smetten, zoals in de aanvraag door de plastisch-chirurg gesteld, vindt geen bevestiging in de eigen verklaring van verzoekster zelf.
- 7.9. Nu niet aannemelijk is geworden dat sprake is van een functiestoornis in de zin van de polisvoorwaarden, hoeft de vraag of de aanvraag – daargelaten nog de keuze daarin van de DBC – een doelmatige verstrekking inhoudt, geen nadere bespreking.
- 7.10. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, dient te worden afgewezen.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 7.11. Artikel 3.1 van de van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering, regelt voor zover hier van belang:

“Wij vergoeden de kosten van chirurgische ingrepen op basis van cosmetische aard wanneer de behandeling leidt tot correctie van afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen. Wij vergoeden de volgende behandelingen:

- correctie van de bovenoogleden;*
- correctie van de oorstand;*
- tepelhofatomee na borstamputatie.*

Voorwaarde:

De behandeling moet worden uitgevoerd door een hiervoor door ons gecontracteerde zorgverlener.

(...)

3 sterren 100%

(...)”

Artikel 3.2 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt vervolgens:

*“Wij vergoeden de kosten van chirurgische ingrepen van cosmetische aard waarbij de aanleiding voortvloeit uit de persoonlijke behoefte, noodzaak of omstandigheid.
(...)
3 sterren geen dekking
(...)”*

- 7.12. In artikel 3.1 zijn een beperkt aantal ingrepen opgesomd die voor vergoeding in aanmerking komen. De behandeling die verzoekster wil ondergaan is niet opgenomen in deze lijst. Zodoende voldoet verzoekster niet aan de voorwaarden van dit artikel. Daarnaast is in artikel 3.2 bepaald dat verzekerden met een 3 sterren aanvullende verzekering, zoals verzoekster, geen dekking hebben van de kosten van chirurgische ingrepen van cosmetische aard waarbij de aanleiding voortvloeit uit de persoonlijke behoefte, noodzaak of omstandigheid.
- 7.13. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek, voor zover dat ziet op de aanvullende ziektekostenverzekering, dient te worden afgewezen.

Slotsom

- 7.14. Het voorgaande leidt tot de conclusie dat verzoekster noch op grond van de zorgverzekering, noch op grond van de aanvullende verzekering, aanspraak kan maken op verstrekking, respectievelijk vergoeding van de kosten van een rug- en billift, zodat haar verzoek dient te worden afgewezen.

8. Het bindend advies

- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 11 maart 2009,

Voorzitter