

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen C te D en E te F
Zaak : Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, buikwandcorrectie
Zaaknummer : 2009.02218
Zittingsdatum : 24 februari 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 bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 22 juli 2009 de aanvraag voor een buikwandcorrectie (abdominoplastiek) 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 Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering). Een zorgverzekering betreft 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 Optimaal afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3.2. De behandelend zorgverlener heeft naar aanleiding van de gestelde diagnose bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op verstrekking van de onder 2 genoemde behandeling ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 22 juli 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.

3.3. Naar de commissie begrijpt uit de brief van 4 augustus 2009 van de ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster naar aanleiding van een afwijzing gevraagd om een coulancevergoeding. Bij brief van 4 augustus 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn standpunt te handhaven.

3.4. Bij brief van 18 oktober 2009 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).

3.5. 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.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief van 22 december 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 13 januari 2010 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 27 januari 2010 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 13 januari 2010 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 10 februari 2010 heeft het CVZ (zaaknummer 2010005974) 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 vermindering of een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. Een afschrift van het CVZ-advies is op 17 februari 2010 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 24 februari 2010 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 25 februari 2010 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 5 maart 2010 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. De behandelend plastisch chirurg heeft bij verzoekster de volgende diagnose gesteld: "status na tweemaal keizersnede. Twee keer litteken buik na hysterectomie. Status na littekencorrectie buik. Patiënte heeft last van het litteken en de smetplekken."
- 4.2. Verzoekster stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat in 1995 een buikoperatie heeft plaatsgevonden waarbij littekenweefsel, verklevingen en een eierstok zijn verwijderd. De druk op het litteken bleef daarna bestaan. Doordat het litteken heel erg naar binnen trekt, blijft de buik erboven hangen, wat veel druk op het litteken geeft en leidt tot pijnklachten in het linkerbeen en de linkeronderbuik. Aangezien afvallen met haar BMI van 22 niet veel helpt, blijft als enige oplossing een buikwandcorrectie over. Als het huidoverschot wordt verwijderd, wordt ook het oude litteken verwijderd waardoor de huidige problemen definitief over moeten zijn.
- 4.3. De zorgverzekeraar heeft zijn beslissing op te weinig informatie gebaseerd. Verzoekster had wel in aanmerking moet komen voor (gedeeltelijke) vergoeding. Zij wil de mening van een onpartijdig medisch adviseur, zodat tot een nieuwe beslissing kan worden gekomen.

- 4.4. Verzoekster stelt ten slotte dat zij nooit bij een dermatoloog is geweest voor de smetplekken, omdat zij deze goed zelf kon verzorgen na advies van haar huisarts.
- 4.5. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat zij van mening is dat vergoeding dient plaats te vinden, omdat zij door de verschillende operaties in de bijzondere situatie verkeert.
- 4.6. 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 allereerst dat nog geen heroverweging heeft plaatsgevonden van zijn primair besluit van 22 juli 2009. Verder stelt hij, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat bij verzoekster geen sprake is van onbehandelbaar smetten of een ernstige bewegingsbeperking.
- 5.2. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar nogmaals aangevoerd dat de commissie niet bevoegd is in onderhavige zaak omdat geen heroverweging heeft plaatsgevonden.
- 5.3. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag terecht is afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

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. De commissie merkt daarbij nog op dat zij de brief van de ziektekostenverzekeraar van 4 augustus 2009 met nadere motivering na bezwaar van verzoekster niet anders kan zien dan een heroverweging waarmee aan de preliminaire vraag naar de ontvankelijkheid van verzoekster is voldaan.

7. Het geschil

- 7.1. In geschil is of verzoekster aanspraak kan maken op verstrekking dan wel (gedeeltelijke) vergoeding van een buikwandcorrectie ten laste van de zorgverzekering, dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden, wet- en regelgeving

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 8.1. Het betreft hier 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 in de artikelen 8 tot en met 33 van de zorgverzekering. Artikel 25.1 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op plastische chirurgie bestaat en luidt, voor zover thans relevant, als volgt:

“25 Plastische chirurgie

25.1 Op verwijzing van de huisarts, medisch specialist of kaakchirurg bestaat aanspraak op behandeling van plastisch-chirurgische aard indien deze strekt tot correctie van:

a. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;

*b. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
(...)*

*f. de buikwand (abdominoplastiek), indien er sprake is van een verminking of een ernstige functiebeperking.
(...)”*

- 8.2. Artikel 25 van de zorgverzekering is volgens artikel 2.1 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv). Ingevolge artikel 1 sub d Zvw mag een Zorgverzekering – samengevat – niet meer of minder bieden dan in de Zvw, het Bzv en de Rzv is geregeld.
- 8.3. 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. Behandeling van plastisch-chirurgische aard is geregeld in artikel 2.4 Bzv
- 8.4. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.

9. Beoordeling van het geschil

- 9.1. Het geschil zoals omschreven in 7.1 spitst zich toe op de vraag of verzoekster een indicatie heeft voor een buikwandcorrectie.

Ten aanzien van de basisverzekering

- 9.2. Voor een buikwandcorrectie bestaat onder meer een indicatie indien sprake is van een lichamelijke functiestoornis, waarvan, blijkens de toelichting op de wijziging van de Rzv, sprake kan zijn als betrokkene last heeft van onbehandelbaar smetten. Dit zijn door de dermatoloog niet te voorkomen of niet te genezen smetten in de huidplooien die altijd daar aanwezig zijn en waarbij de reden van het conservatief falen duidelijk te objectiveren is, zodat een operatie nog de enige oplossing van het probleem vormt. Door zowel de plastisch chirurg als verzoekster is weliswaar gesteld dat sprake is van smetten, maar niet dat het daarbij onbehandelbaar smetten betreft. Verzoekster heeft in dit verband zelf verklaard dat zij alleen door de huisarts is behandeld.
- 9.3. Een indicatie voor een buikwandcorrectie kan voorts aanwezig zijn in geval van een ernstige bewegingsbeperking. Hiervan is naar het oordeel van de commissie eerst sprake indien in staande positie het buikschort minimaal een kwart van de lengteas van de bovenbenen bedekt. Zo is dit ook in de toelichting op de wijziging van artikel 2.1 van de Regeling zorgverzekering (Rzv) verwoord. Gesteld noch gebleken is dat een dergelijke situatie bij verzoekster aan de orde is.
- 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. Een overhang van de buikhuid valt hier niet onder.

- 9.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat bij verzoekster een indicatie als bedoeld in artikel 25.1 onder f van de zorgverzekering ontbreekt.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.6. De aanvullende ziektekostenverzekering kent geen dekking voor een buikwandcorrectie, zodat verzoekster ook onder de aanvullende verzekering geen aanspraak heeft op vergoeding van de daaraan verbonden kosten.
- 9.7. Tot slot merkt de commissie ter informatie van verzoekster nog op dat toepassing van coulance is voorbehouden aan de ziektekostenverzekeraar. Een beroep daarop kan niet met vrucht aan de commissie worden voorgelegd.

Conclusie

- 9.8. 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 maart 2010.

Voorzitter