

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B) vs C te D
Zaak	: EU/EER, Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, abdominoplastiek, buitenlandpolis
Zaaknummer	: 2009.00681
Zittingsdatum	: 1 juli 2009

Zaak: 2009.00681, geneeskundige zorg, EU/EER, plastische chirurgie, abdominoplastiek

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

(Voorwaarden wereldpolis 2009)

1. Partijen

A te B), hierna te noemen: verzoekster,

tegen

C te D, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 13 februari 2009 een door verzoekster ondergane buikwandcorrectie in Zweden niet te vergoeden.

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 Wereldpolis (hierna: de ziektekostenverzekering). Dit betreft een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (hierna: BW).
- 3.2. De behandelend arts heeft bij verzoekster vastgesteld dat zij, ten gevolge van twee keizersneden en een laparoscopie, een fors huidsurplus heeft, met meerdere littekens met keloïdvorming. Daardoor zijn bij verzoekster ernstige psychische klachten ontstaan die haar belemmeren in het dagelijks leven. Verzoekster heeft naar aanleiding van de gestelde diagnose bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten verbonden aan een abdominoplastiek (buikwandcorrectie) ten laste van de Wereldpolis (hierna: de aanspraak). Bij e-mail van 13 februari 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.3. Op 1 april 2009 heeft de behandeling, op de vergoeding waarvan verzoekster aanspraak maakt, overeenkomstig de wijze zoals in de aanvraag vermeld, plaatsgevonden.
- 3.4. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij e-mail van 4 maart 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.5. Bij brief van 12 maart 2009 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen.

- 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 daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie bij brief van 4 mei 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 12 mei 2009 aan verzoekster toegezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster en ziektekostenverzekeraar hebben op 24 mei respectievelijk 8 juni 2009 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
- 4.1. Verzoekster stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat zij ten behoeve van haar twee zwangerschappen, twee keizersneden heeft ondergaan, als gevolg waarvan een hoop huidoverschot is ontstaan, met zogenaamde pseudolittekens. Daarnaast heeft zij drie forse littekens van een laparoscopie, zodat het lijkt alsof zij over twee navels beschikt. Alle littekens vertonen tekenen van keloïdvorming.
- 4.2. Deze deformaties vormen voor verzoekster een enorme psychische belasting. Haar zelfvertrouwen wordt hierdoor ondermijnd en zij vertoont in toenemende mate antisociaal gedrag. Hierdoor is het huwelijk van verzoekster onder druk komen te staan.
- 4.3. Verzoekster kan zich niet vinden in de afwijzing. Op 5 februari 2009 heeft zij contact gehad met een bij name genoemde medewerker van de ziektekostenverzekeraar die haar heeft medegedeeld dat dit een duidelijke zaak was en dat de ziektekostenverzekering de kosten van de abdominoplastiek dekt.
- 4.4. Voorts stelt verzoekster dat het niet om een cosmetische ingreep gaat, maar om een verminking die het gevolg is van ziekte, ongeval of geneeskundige verrichtingen, zoals omschreven in de voorwaarden van de ziektekostenverzekering. De twee keizersneden waren noodzakelijk en ook de laparoscopie was onontkoombaar. De verminking kan om die reden als veroorzaakt door geneeskundige verrichtingen worden beschouwd.
- 4.5. Het door de ziektekostenverzekeraar ingenomen standpunt dat het huidsurplus meer dan eenvierde van het bovenbeen dient te bedekken, kan verzoekster niet worden tegengeworpen, nu dit niet uit de polis blijkt. Bovendien is deze overweging irrelevant, nu de klachten voornamelijk van psychische aard zijn.
- 4.6. 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 de situatie van verzoekster niet voldoet aan de voorwaarden van de zorgverzekering. Een abdominoplastiek komt uitsluitend voor vergoeding in aanmerking als het huidsurplus minstens een vierde deel van het bovenbeen bedekt. Daarvan is

bij verzoekster geen sprake.

- 5.2. De criteria waaraan dient te zijn voldaan om een abdominoplastiek te vergoeden liggen vast in de beleidsregels van de ziektekostenverzekeraar, en zijn gebaseerd op artikel 2.4 onder B van de Zorgverzekeringswet. Hierin zijn de volgende voorwaarden opgenomen:
- de verzekerde dient een BMI van maximaal 30 te hebben, die over de afgelopen 12 maanden stabiel is gebleven;
 - het huidsurplus dient minstens een vierde deel van het bovenbeen te bedekken;
 - er dient sprake te zijn van huidirritatie die vergeleken kan worden met derdegraads brandwonden en waarvan de behandeling geen effect heeft gehad.
- Psychologische klachten kunnen nimmer zelfstandig tot een aanspraak op vergoeding van een abdominoplastiek leiden.
- 5.3. De ziektekostenverzekeraar stelt geen toezegging te hebben gedaan aan verzoekster bij monde van de met naam genoemde medewerker. Het beleid van de ziektekostenverzekeraar is om nimmer telefonische toezeggingen te doen omtrent eventuele vergoedingen. Ook uit het klantencontactsysteem blijkt niet van enige toezegging.
- 5.4. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoekster terecht is afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

Gelet op het bepaalde in artikel 12.4 van de op de ziektekostenverzekering toepasselijke algemene voorwaarden is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. In geschil is of de buikwandcorrectie op grond van de ziektekostenverzekering voor vergoeding in aanmerking komt. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.
- 7.2. De aanspraak op (vergoeding van) de onderhavige zorg is geregeld in artikel 2 van de ziektekostenverzekering. Hierin wordt, voor over relevant het volgende bepaald.

“Wij vergoeden de kosten van chirurgische ingrepen van cosmetische aard wanneer de behandeling strekt tot correctie van:

(...)

- verminkingen die het gevolg zijn van ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;

(...)

Voorwaarde voor vergoeding

Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben verleend.

Uitsluiting

Wij vergoeden geen kosten van cosmetische vorm- of aspectveranderende behandelingen van het uiterlijk waarbij de aanleiding voortvloeit uit de persoonlijke behoefte, noodzaak of omstandigheden.”

In artikel 5 van de algemene voorwaarden van de ziektekostenverzekering wordt met betrekking tot de voorwaarden voor vergoeding ten algemene bepaald:

“5.1.1 De aanspraak op zorg of vergoeding van kosten van zorg als in de verzekeringsovereenkomst omschreven, wordt mede naar inhoud en omvang bepaald door de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

5.1.2 U heeft slechts recht op zorg voor zover u daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen.

(...)

5.1.9 Wij vergoeden de medische kosten op basis van de gecontracteerde tarieven met de zorgverlener. Als wij geen overeenkomst hebben gesloten met de zorgverlener dan vergoeden we de kosten op basis van het in dat land geldende wettelijke tarief. Wanneer en voor zover geen wettelijk tarief is vastgesteld dan vergoeden wij het in land van vestiging geldende marktconforme bedrag.

5.1.10 Wij vergoeden alleen de kosten van medisch noodzakelijke behandelingen, tenzij anders bepaald.”

In artikel 1 van de algemene voorwaarden van de ziektekostenverzekering, ‘begripsbepalingen’, wordt medische noodzaak als volgt gedefinieerd:

“De noodzaak voor onderzoek en behandeling volgens algemeen erkende, medisch wetenschappelijke overwegingen.”

Artikel 12 (Geschillen) van de op de ziektekostenverzekering toepasselijke algemene voorwaarden (hierna: de “Algemene Voorwaarden”) bepaalt in artikel 12.1:

“Op deze overeenkomst is het Nederlands recht van toepassing.”

- 7.3. Gelet op het bepaalde in artikel 12.1 van de Algemene Voorwaarden is op de ziektekostenverzekering het Nederlands recht van toepassing. Dit houdt naar het oordeel van de commissie, zonder nadere bepaling daartoe in het algemeen dan wel bij het gewraakte artikel, evenwel niet in dat de uitleg van de aanspraken uit de ziektekostenverzekering dient plaats te vinden aan de hand van de strikte voorwaarden van de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv). De ziektekostenverzekering als de onderhavige is immers geen zorgverzekering, terwijl verzoekster ook niet verzekeringsplichtig is voor de zorgverzekering.
- 7.4. Op grond van artikel 5.1.10 van de Algemene Voorwaarden geldt als hoofdregel dat uitsluitend de kosten van medisch noodzakelijke behandelingen worden vergoed. In artikel 2 van de ziektekostenverzekering is geen uitzondering op voormelde hoofdregel geformuleerd. Met betrekking tot de vraag of de onderhavige ingreep als medisch noodzakelijk in de zin van de Algemene Voorwaarden kan worden aangemerkt overweegt de commissie als volgt.
- 7.5. Het is in beginsel aan de zorgaanbieder, op basis van zijn professionele kennis en ervaring, om te beoordelen of in een specifiek geval al dan niet sprake is van medisch noodzakelijke zorg. De verwijzend arts van verzoekster heeft gesteld dat sprake is van psychologische druk, die het huwelijk van verzoekster negatief beïnvloedt. Verzoekster zelf stelt dat zij zich in toenemende mate terugtrekt uit het sociale leven. De zorgverzekeraar heeft hierin geen grond gezien om tot de beslissing te komen dat

in het onderhavige geval sprake is van medisch noodzakelijke zorg. Uit de verklaringen van de behandelend arts en verzoekster valt naar het oordeel van de commissie op te maken dat verzoekster met name psychologische druk ervaart door de problemen rond de buikwand. Er is dan ook vooral sprake van een sociale indicatie om een buikwandplastiek te ondergaan. De commissie is van oordeel dat de verzekeraar in redelijkheid tot het oordeel heeft kunnen komen dat bij gebrek ook van enige andere onderbouwing geen medische noodzaak als bedoeld in de voorwaarde van de ziektekostenverzekering aanwezig is.

7.6. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

8. Het bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 1 juli 2009,

Voorzitter