



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen Zilveren Kruis Achmea Zorgverzekeringen N.V. te
Utrecht en Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist

Zaak : Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, liposuctie bovenlichaam in
verband met buffalohump

Zaaknummer : 201402243

Zittingsdatum : 28 januari 2014



Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo)



(Voorwaarden zorgverzekering 2014, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2014)

1. Partijen



De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker,
tegen

- 
- 1) Zilveren Kruis Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, en
 - 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 
- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Beter Af Polis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Beter Af Plus Polis twee sterren en de Beter Af Tandarts Polis twee sterren afgesloten (hierna gezamenlijk: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 
- 3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op liposuctie (hierna: de aanspraak). Bij brief van 14 juli 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 1 augustus 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 
- 3.3. Bij klachtenformulier van 20 augustus 2014 heeft verzoeker 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 verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 
- 3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 4 november 2014 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 10 november 2014 aan verzoeker gezonden.
- 

-  3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 21 november 2014 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 12 januari 2015 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
-  3.7. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10, lid 9 van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat, gebruik makend van de haar op grond van artikel 22 van dit reglement toekomende bevoegdheid, de onderhavige zaak in afwijking van het bepaalde in artikel 13, lid 5 onder a van bedoeld reglement enkelvoudig wordt afgedaan.
-  3.8. Bij brief van 10 november 2014 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 8 december 2014 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2014144247) 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 verzoeker geen sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis dan wel verminking als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
-  3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 28 januari 2015 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
-  3.10. Bij brief van 3 februari 2015 heeft de commissie het Zorginstituut een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 9 februari 2015 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen geen aanleiding vormen tot aanpassing van het advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.
-  4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
-  4.1. Verzoeker gebruikt sinds 1995 medicatie in verband met HIV. Deze medicatie zorgt ervoor dat hij vetophoping krijgt aan de zijkant van zijn borst. In 2006 heeft liposuctie plaatsgevonden, waarbij de vetophoping is verwijderd. De ziektekostenverzekeraar heeft de kosten van die ingreep vergoed. Sindsdien zijn de vetophoping teruggekomen en is een hernieuwde behandeling aangevraagd. De ziektekostenverzekeraar weigert de daaraan verbonden kosten te vergoeden.
-  4.2. Verzoeker heeft er alles aan gedaan om de vetophoping op eigen kracht weg te krijgen. Diëten en sporten hebben echter geen effect gehad. Verzoeker ondervindt veel hinder van de ophoping. Bij hogere temperaturen schuurt zijn kleding waardoor zijn huid ernstig geïrriteerd raakt. Verzoeker durft ook niet met ontbloot bovenlijf rond te lopen.
-  4.3. Ter zitting is door verzoeker aangevoerd dat bij hem geen sprake is van een buffalohump, maar dat het probleem in de flanken zit. Hij is uitgenodigd op het spreekuur van de medisch adviseur. Bij die gelegenheid heeft hij aandacht gevraagd voor het gegeven dat hij er hinder van heeft, dat hij zijn kleding zes maten groter moet kopen, en dat hij zich niet meer naakt durft te vertonen. Er is ook borstvorming opgetreden. Dit alles komt door het medicijngebruik, hetgeen door de ziektekostenverzekeraar wordt erkend. Eerdere behandelingen zijn wel vergoed, in één geval nadat de declaratiecode was aangepast. Er hebben meer operaties plaatsgevonden. De eerste was in het Lucas Andreasziekenhuis. De buffalohump is toen verwijderd. Dit is onder de gewone code gedeclareerd. Bij de volgende ingreep heeft de ziektekostenverzekeraar de arts verzocht een andere code te gebruiken. Achtergrond hiervan zullen de kosten wel zijn geweest. De vorige behandelingen zijn goedgekeurd, terwijl het ging om dezelfde indicatie, dezelfde verzekering, tegen dezelfde premie. Ook de klachten waren identiek. De foto's van destijds moeten nog bij de ziektekostenverzekeraar zijn.

 4.4. Verzoeker 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 slechts onder zeer strikte voorwaarden dekking voor plastisch-chirurgische behandelingen. Bij liposuctie dient sprake te zijn van een ernstige aantoonbare lichamelijke functiestoornis dan wel van verminking door een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting.

 5.2. Verzoeker heeft geen ernstige pijnklachten die een duidelijke relatie hebben met de lokale vetophoping. Hij ondervindt hiervan weliswaar hinder, maar er bestaat geen ernstige bewegingsbeperking. Voorts is geen sprake van verminking als bedoeld in de regelgeving. De vetophopingen zijn ontstaan als gevolg van het gebruik van geneesmiddelen. De medisch adviseur die verzoeker tijdens het spreekuur heeft gezien, heeft medegedeeld dat bij verzoeker geen sprake is van asymmetrie.

 5.3. Een eerdere liposuctiebehandeling werd inderdaad vergoed. De onderhavige aanvraag dient echter zelfstandig te worden beoordeeld. Op dit moment bestaat geen (verzekerings)indicatie voor liposuctie.

 5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat een verzekeringsindicatie bestaat bij een ernstige lichamelijke functiestoornis of verminking. Door de medisch adviseur is vastgesteld dat dit bij verzoeker niet aan de orde is. Wat betreft het wijzigen van de declaratiecode merkt de ziektekostenverzekeraar op dat dit op initiatief van het ziekenhuis zal zijn gebeurd. Het is onduidelijk waarom de kosten bij eerdere gelegenheden wel zijn vergoed. Als het ziekenhuis de juiste codes heeft gebruikt, heeft de ziektekostenverzekeraar zelf steken laten vallen. Dat dit is gebeurd betekent niet dat nu automatisch recht bestaat. Er is getoetst aan de huidige polisvoorwaarden en regelgeving en hieruit volgt dat geen aanspraak bestaat.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

 6.1. Gelet op artikel 18 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering en 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 onder het kopje 'aanspraken' van de zorgverzekering.

- 8.3. Artikel 27 van de 'aanspraken' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op behandeling van plastisch-chirurgische aard bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“U heeft aanspraak op chirurgische ingrepen van plastisch-chirurgische aard door een medisch specialist in een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum (ZBC), als deze ingrepen leiden tot een 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; (...)*

Waar u geen aanspraak op heeft

*Er zijn chirurgische ingrepen van plastisch-chirurgische aard die niet onder uw verzekering vallen. U heeft geen aanspraak op de volgende ingrepen:
(...)*

c liposuctie van de buik; (...)”

- 8.4. Artikel 27 van de 'aanspraken' van de zorgverzekering is volgens artikel 1 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.5. 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.

- 8.6. 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 gereuleerde 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. De zorgverzekering biedt dekking voor liposuctie indien een (verzekerings)indicatie bestaat in de vorm van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis dan wel verminking als bedoeld in artikel 27 van de 'aanspraken' van de zorgverzekering.

- 9.2. Bij een aantoonbare lichamelijke functiestoornis kan in dit kader worden gedacht aan ernstige pijnklachten, waarbij een duidelijke causale relatie bestaat met een lokale vetophoping, of een ernstige bewegingsbeperking, bijvoorbeeld door een lokale vetophoping ter plaatse van een gewricht. Bij verzoeker is noch van het één noch van het ander gebleken. Ook anderszins is bij hem geen sprake van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis.

- 9.3. Van verminking is slechts sprake in geval van een ernstige misvorming, die al dan niet met weefseldefecten gepaard gaat (zie ook GcZ, 5 november 2007, ANO07.289). Gelet op de ontstaansgeschiedenis van de term “verminking” in de huidige regelgeving gaat het daarbij om verworven aandoeningen, zoals misvorming van de handen door reumatoïde artritis, misvorming

door verlamming van de aangezichtszenuw, misvorming door brandwonden, replantatie van ledematen, reconstructie van geamputeerde ledematen of van geamputeerde mammae. Van verminking in bovenvermelde zin is in het onderhavige geval geen sprake.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

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

Eerdere vergoeding

- 9.5. Vast staat dat de ziektekostenverzekeraar in 2006 een vergoeding heeft verleend voor een behandeling met liposuctie van het bovenlichaam. Ook destijds was sprake van vetophoping die werden veroorzaakt door medicatie.

In de brief van de ziektekostenverzekeraar van 12 juli 2006 staat dat de toestemming alleen van toepassing is voor de betreffende aanvraag, en dat de liposuctie dient plaats te vinden in een met name genoemde instelling. Een eventuele vervolgooperatie zou op dezelfde manier kunnen worden aangevraagd. Uit deze brief blijkt derhalve niet van een onvoorwaardelijke toestemming voor eventuele toekomstige behandelingen. Hieruit volgt dat de actuele aanvraag door de ziektekostenverzekeraar terecht zelfstandig is beoordeeld.

Zoals onder 9.2 en 9.3 is overwogen, bestaat op dit moment geen (verzekerings)indicatie voor liposuctie. Dat zulks in 2006 kennelijk anders was, kan thans niet leiden tot een andere uitkomst.

Conclusie

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

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 18 februari 2015,

prof. mr. A.I.M. van Mierlo