

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C te D en E te F
Zaak : Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, littekencorrectie
Zaaknummer : 2011.01221
Zittingsdatum : 28 september 2011

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 te B hierna te noemen: verzoekster,

tegen

1) C te D en

2) E te F

hierna gezamenlijk 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] Zorgverzekering (hierna: de zorgverzekering), 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-Top afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een behandeling van plastisch-chirurgische aard, te weten een littekencorrectie (hierna: de aanspraak). Bij brief van 14 maart 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 10 mei 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. Bij brief van 16 mei 2011 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 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.

- 3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 19 juli 2011 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 21 juli 2011 aan verzoekster gezonden.
- 3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 5 september 2011 telefonisch medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 27 september 2011 telefonisch medegedeeld geen mogelijkheid te hebben om te worden gehoord.
- 3.7. Bij brief van 21 juli 2011 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 27 juli 2011 heeft het CVZ (zaaknummer 2011077273) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat de uitgevoerde operatie, adhesiolyse van subcutaan littekenweefsel, dient te worden beschouwd als een behandeling van plastisch-chirurgische aard. Bovendien is het niet mogelijk achteraf vast te stellen of verzoekster voldeed aan de voorwaarden hiervoor, en derhalve een indicatie had. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 7 september 2011 aan partijen gezonden.
- 3.8. Verzoekster is op 28 september 2011 telefonisch gehoord. Zij is daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.9. Bij brief van 30 september 2011 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 4 oktober 2011 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 huisarts heeft bij verzoekster het volgende vastgesteld: “(...) *zwelling re bovenbeen al 4 jr, doet nu pijn, zwelling re op trochanter, met intrekking daaronder*”, en stelt het volgende voor: “*opnieuw een echo*”.
- 4.2. De behandelend radioloog heeft bij verzoekster het volgende vastgesteld: “*zwelling op het rechter laterale bovenbeen berust op lokaal wat meer subcutaan vetweefsel zonder duidelijk herkenbaar afgrensbare lipoom. Daarnaast wordt het geprononceerd door huidintrekkingen door littekenweefsel. Dit laatste is niet essentieel gewijzigd ten opzichte van 7 september 2006.*”
- 4.3. De behandelend plastisch chirurg heeft bij verzoekster het volgende vastgesteld: “*ingetrokken subcutaan litteken bovenzijde re dijbeen bij status na zeer fors haematoom na val zo’n 3 jaar geleden. Patiënte is door chirurg naar mij doorverwezen!*”, en heeft verzocht om de volgende operatie: “*adhesiolyse van litteken t.h.v. bovenzijde re dijbeen op fascia niveau waarbij tevens op huidniveau plaatsen van Z-plastiek*”.
- 4.4. Op 9 september 2010 heeft de behandeling waarop verzoekster aanspraak maakt, overeenkomstig de wijze zoals in de aanvraag vermeld, plaatsgevonden.

- 4.5. Verzoekster stelt dat zij, na een val, drie jaar lang kampte met pijn in haar rechterbovenbeen in verband met een vochtophoping en een bloeditstorting. Hiertoe heeft zij zich in 2010 tot haar huisarts gewend met deze klachten, en vervolgens heeft zij een plastisch-chirurgische operatie ondergaan. Verzoekster bestrijdt dat sprake is van een littekencorrectie. Bij de operatie is namelijk de zwelling van haar bovenbeen verwijderd. Zij moet nu € 990,75 ter zake van voornoemde operatie betalen, terwijl dit haar nooit is medegedeeld. Verzoekster stelt dit bedrag niet te kunnen betalen. Zij heeft een zorgverzekering en een aanvullende ziektekostenverzekering afgesloten en zij dacht dat dit voldoende zou zijn. Tot slot stelt verzoekster dat sprake is van verminking ten gevolge van een ongeval.
- 4.6. Ter zitting heeft verzoekster haar standpunt herhaald. Voorts is door verzoekster aangevoerd dat haar nooit is verteld dat een aanvraag had moeten worden ingediend voor de operatie.
- 4.7. 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 dat behandelingen van plastisch-chirurgische aard voor vergoeding in aanmerking komen ten laste van de zorgverzekering, indien sprake is van een correctie van afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen, of verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting. Bovendien dient vooraf – minstens drie weken vóór de behandeling – schriftelijke toestemming te worden gevraagd. Er is sprake van een lichamelijke functiestoornis indien deze vrij ernstig van aard is en gepaard gaat met een ernstige bewegingsbeperking. De ziektekostenverzekeraar stelt dat het hier een littekencorrectie betreft, en dat de aanvraag hiervoor pas in januari 2011 is verstuurd. Dit terwijl verzoekster de operatie reeds op 9 september 2010 heeft ondergaan. Verzoekster is verschenen op het medisch spreekuur. Naar aanleiding hiervan is vastgesteld dat verzoekster niet aan de eerder genoemde voorwaarden voor een plastisch-chirurgische behandeling voldoet. Derhalve bestaat geen aanspraak op de littekencorrectie. Tot slot stelt de ziektekostenverzekeraar dat de aanvullende ziektekostenverzekering geen dekking biedt voor de littekencorrectie, en dat het ziekenhuis verzoekster had moeten informeren over het toestemmingsvereiste en de financiële consequenties.
- 5.2. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.
6. De bevoegdheid van de commissie
- 6.1. 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.
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 ziektekostenverze-

kering.

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. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 16 tot en met 34 van de zorgverzekering. Artikel 17 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat. Voor zover hier van belang, luidt dit artikel als volgt:

“Artikel 17 Medisch-specialistische zorg (exclusief geestelijke gezondheidszorg)

17.1

Voor deze vorm van zorg is een verwijzing noodzakelijk door een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist. Dit geldt niet voor acute zorg. In het geval dat het medischspecialistische zorg betreft wegens zwangerschap en/of bevalling, kan de verwijzing door de verloskundige plaatsvinden. De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen medisch specialisten als zorg plegen te bieden. Voor wat betreft mondzorg door de kaakchirurg te verlenen bestaat aanspraak met inachtneming van artikel 23 van deze overeenkomst.

17.2

(...)

d. Behandelingen van plastisch-chirurgische aard

Op behandeling van plastisch-chirurgische aard bestaat, als binnen minstens 3 weken vooraf schriftelijk toestemming bij [naam ziektekostenverzekeraar] is aangevraagd en deze door [naam ziektekostenverzekeraar] is verleend, slechts aanspraak als die strekt ter correctie van:
- afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
- verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
(...)”

- 8.3. Artikel 17 van de zorgverzekering is 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 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. Behandelingen van plastisch-chirurgische aard zijn naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 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.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Verzoekster heeft gesteld dat de operatie die in geschil is, een verwijdering van de zwelling op haar bovenbeen betreft, en geen littekencorrectie. De ziektekostenverzekeraar heeft dit bestreden. Hiertoe overweegt de commissie als volgt.
- 9.2. De huisarts en behandelend radioloog hebben bij verzoekster pijnklachten, veroorzaakt door een zwelling en littekenweefsel, gediagnosticeerd. Uit de aanvraag van de plastisch chirurg blijkt dat sprake is van ingetrokken subcutaan litteken aan de bovenzijde van het rechter dijbeen na een zeer fors haematoom, en hiertoe werd de volgende operatie voorgesteld: “adhesiolyse van litteken t.h.v. bovenzijde re dijbeen op fascia niveau waarbij tevens op huidniveau plaatsen van Z-plastiek”. De DBC-code 04110005040022 is op de aanvraag vermeld, en hierbij hoort de volgende omschrijving: “reguliere zorg / / littekencorrectie niet in FG, waarvoor transpositie of transplantatie 1-3%, of littekencorrectie w.o. in FG <1%, dogear correcties / Operatief met dagopname(n)”. Naar het oordeel van de commissie is zodoende sprake van een littekencorrectie. De operatie is uitgevoerd door de plastisch chirurg. Conform de definitie van de vereniging van artsen, tandartsen en apothekers werkzaam bij (zorg)verzekeraars (VAGZ), te weten: vorm- of aspectveranderende ingrepen van het uiterlijk, betreft het hier een behandeling van plastisch-chirurgische aard.
- 9.3. Nu de commissie hiervoor heeft geoordeeld dat het gaat om een behandeling van plastisch-chirurgische aard, zijnde de littekencorrectie, dient vervolgens te worden beoordeeld of aanspraak bestaat op deze operatie ten laste van de zorgverzekering.
- 9.4. Aanspraak op een littekencorrectie bestaat indien sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of van verminking. Van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis is onder andere sprake in geval van een ernstige bewegingsbeperking. Dit is door verzoekster niet gesteld terwijl zulks evenmin is gebleken. De door verzoekster aangevoerde pijnklachten zijn niet objectiveerbaar.
- 9.5. 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.
- 9.6. De commissie concludeert dat in het geval van verzoekster geen aanspraak bestaat op een littekencorrectie ten laste van de zorgverzekering.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.7. Het is de commissie gebleken dat de aanvullende ziektekostenverzekering geen dekking biedt voor het gevraagde, zodat de bespreking hiervan achterwege kan blijven.

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, 12 oktober 2011,

Voorzitter