

BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vs C te D
Zaak : Geneeskundige zorg; plastische chirurgie; liposuctie benen
Zaaknummer : 2007.2710
Zittingsdatum : 28 mei 2008

Zaak: 2007.2710 geneeskundige zorg; plastische chirurgie; liposuctie benen

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2006, art. 10, 11 Zvw, 2.4 Bzv, 2.1 Rzv)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,
tegen

C te D, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen de beslissing van de zorgverzekeraar van 9 januari 2007 een liposuctie behandeling van beide bovenbenen niet te vergoeden.

3. Ontstaan en verloop van het geding

3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Basispolis (hierna: de zorgverzekering). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 BW en betreft een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d Zvw.

3.2. De behandelend plastisch chirurg heeft bij verzoekster de volgende diagnose gesteld: "een uitgebreide lipodystrofie van de beide bovenbenen. Zeer disproportioneel ten opzichte van de rest van het lichaam. Tevens is er mechanische last ten gevolge van het schuren van de bovenbenen tegen elkaar aan de binnenzijde van de bovenbenen". De behandelend zorgverlener heeft naar aanleiding van de gestelde diagnose bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten verbonden aan een "liposuctie benen beiderzijds" ten laste van de zorgverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 9 januari 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat zijn/haar aanspraak is afgewezen.

3.3. In november 2007 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 zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 8 februari 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat hij zijn standpunt handhaaft.

3.5. Bij brief van 17 december 2007 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar 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 zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren.
- 3.7. De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie bij brief van 8 februari 2008 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 10 april 2008 aan verzoekster toegezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 15 april 2008 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden.
- 3.9. Bij brief van 10 april 2008 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, van de Zvw, gevraagd. Het CVZ heeft bij brief van 7 mei 2008 zijn voorlopige advies gegeven en de commissie geadviseerd het verzoek van verzoekster af te wijzen op de grond dat de gevraagde behandeling niet conform de stand van de wetenschap en de praktijk is en zodoende niet beschouwd kan worden als verzekerde zorg in de zin van de zorgverzekering. Een afschrift hiervan is op 9 mei 2008 aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 28 mei 2008 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.11. Bij brief van 3 juni 2008 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting toegezonden met het verzoek mede te delen of het verslag aanleiding geeft tot aanpassing van het voorlopige advies. In reactie daarop heeft het CZV op 10 juni 2008 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 er vijftien maanden is gecorrespondeerd met de zorgverzekeraar over de aanvraag .. Verzoekster stelt dat de zorgverzekeraar daarmee slordig en onterecht heeft gehandeld. Zelfs de contactpersoon in de winkel van de zorgverzekeraar heeft gezegd dat hij het volste vertrouwen erin had dat het met zulke brieven van de chirurgen wel moest lukken .. Verzoekster vraagt thans algehele vergoeding, althans, omdat zij zolang aan het lijntje is gehouden, vergoeding tot de helft van de kosten.
- 4.2. Verzoekster komt tot de conclusie dat haar verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar
- 5.1. De zorgverzekeraar stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat verzoekster niet aan de gestelde voorwaarden voldoet. De medisch adviseur van de zorgverzekeraar heeft geoordeeld dat bij verzoekster geen sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of een verminking. Tevens geeft de zorgverzekeraar aan dat psychisch lijden geen indicatie is om tot vergoeding over te gaan.
- 5.2. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoekster terecht is afgewezen.

6 De bevoegdheid van de commissie

Voor zover het onderhavige geschil betrekking heeft op de zorgverzekering, is de commissie bevoegd daarvan kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. De commissie is daarentegen niet bevoegd ten aanzien van de aanvullende verzekering.

7. De beoordeling van het geschil

7.1. Het betreft hier een restitutiepolis, zodat de verzekerde gebruik kan maken van niet-gecontracteerde zorg. Artikel 2, onderdeel c, subonderdelen a, b en d van de 'lijst van aanspraken' van de zorgverzekering, regelt de aanspraak op plastisch-chirurgische behandelingen. De bepaling luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

"Plastisch-chirurgische behandelingen

Op behandeling van plastisch-chirurgische aard bestaat slechts aanspraak indien de behandeling 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;

(.)

7.2. De regeling van artikel 2 van de 'lijst van aanspraken' is volgens de algemene voorwaarden, artikel 4 van de zorgverzekering, gebaseerd op de Zvw, het Bzv met de daarbij behorende Rzv.

7.3. In het kader van het onderhavige geschil is de volgende regelgeving relevant. Artikel 11 lid 1 onderdeel b van de 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 vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Plastisch-chirurgische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 van het Bzv.

7.4. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.

7.5. Het onderhavige geschil spitst zich - gelet op de wederzijdse standpunten - toe op de vraag of bij verzoekster sprake is van een verminking en/of aantoonbare lichamelijke functiestoornis als bedoeld in artikel 2 van de zorgverzekering.

7.6. Waar het hier gaat om een liposuctie van de bovenbenen, stelt de commissie vast dat in de situatie van verzoekster niet is gebleken van een afwijking in het uiterlijk die gepaard gaat met objectief aantoonbare lichamelijke functiestoornissen. Om van een dergelijke afwijking te kunnen spreken, dient hier - naar vaste jurisprudentie van de commissie - sprake te zijn van een ernstige bewegingsbeperking. Aan deze feitelijke voorwaarde is niet voldaan.

7.7. Ten aanzien van de andere mogelijke (verzekerings)indicatie, te weten verminking, merkt de commissie op dat van verminking ten gevolge van ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting niet eerder sprake is dan in het geval van een ernstige misvorming, zoals bijvoorbeeld het geval is bij ernstige brandwonden, welke misvorming

direct in het oog springt en in het normale dagelijkse verkeer niet is te camoufleren door bijvoorbeeld kleding. Ook dat is door verzoekster in de procedure niet gesteld noch is daarvan uit de aanvraag of verdere stukken van het dossier gebleken.

- 7.8. Voor zover verzoekster stelt dat haar een toezegging is gedaan door een, niet bij naam genoemde, medewerker, en deze haar de mededeling heeft gedaan dat de aanvraag volledig wordt vergoed en dat daarvoor een aanvraag moet worden ingediend, oordeelt de commissie als volgt.
- 7.9. De zorgverzekeraar kan niet gebonden worden geacht aan alle zijnerzijds gedane uitslatingen waardoor bij een verzekerde verwachtingen zijn gewekt ten aanzien van een door de zorgverzekeraar te volgen gedragslijn. Met name indien het gaat om reacties op een verzoek van een verzekerde om inlichtingen aangaande de inhoud van de polisvoorwaarden, dan wel andere door de zorgverzekeraar in acht te nemen regelgeving, noopt het belang dat de verzekerden erbij hebben dat de zorgverzekeraar zijn voorlichtende taak onbelemmerd kan vervullen ertoe te aanvaarden dat het risico van een onjuiste inlichting in de regel voor rekening van de betrokken verzekerde blijft.
- 7.10. Bijzondere omstandigheden kunnen aanleiding geven van die regel af te wijken en de zorgverzekeraar aan dergelijke inlichtingen gebonden te achten, maar daartoe zal ten minste vereist zijn, vooreerst dat die inlichtingen niet zo duidelijk in strijd zijn met de polisvoorwaarden en de daaraan ten grondslag liggende regeltoepassing, dat de betrokken verzekerde redelijkerwijs hun onjuistheid had kunnen en moeten beseffen en voorts, dat zij afgaande op die onjuiste inlichtingen een handeling heeft verricht of nagelaten, ten gevolge waarvan zij schade lijdt.
- 7.11. Indien het daarentegen gaat om als toezeggingen op te vatten uitslatingen van de zijde van de zorgverzekeraar, waaraan een verzekerde het vertrouwen heeft mogen ontlenen dat de zorgverzekeraar, na kennisneming van alle daartoe vereiste bijzonderheden van het de verzekerde zelf betreffende geval, aan vorenbedoelde polisvoorwaarden en regelgeving, zo omtrent de toepasselijkheid of de toepassing daarvan vragen zijn gerezen, in zijn geval een bepaalde toepassing zal geven, moet bij een afweging als voormeld aan het vertrouwensbeginsel doorslaggevende betekenis worden toegekend. Daarbij moet wel het voorbehoud worden gemaakt dat de door de verzekerde aan de zorgverzekeraar verschaft, voor diens toezegging relevante gegevens juist zijn en dat de gedane toezegging niet zo duidelijk in strijd is met een juiste toepassing van de polisvoorwaarden en de daaraan ten grondslag liggende regelgeving dat de verzekerde op nakoming van die toezegging niet mocht rekenen.
- 7.12. De toezeggingen zullen voor de verzekerde doorgaans van zodanig gewicht zijn dat in de regel verwacht mag worden dat zij deze zijnerzijds schriftelijk aan de zorgverzekeraar zal bevestigen dan wel een schriftelijke bevestiging van de zorgverzekeraar zal vragen. Het gaat echter te ver om te oordelen dat een verzekerde zich op dergelijke toezeggingen uitsluitend zou mogen beroepen indien deze hetzij van haar zijde, hetzij van de zijde van de zorgverzekeraar schriftelijk zijn bevestigd .
- 7.13. Uit de briefwisseling die verzoekster met de zorgverzekeraar heeft gevoerd blijkt dat enerzijds verzoekster stelt dat in het vorenbedoelde gesprek haar gezegd zou zijn dat de aanvraag volledig vergoed zou worden, doch anderzijds dat verzoekster antwoord wil hebben op haar vraag wat de totale vergoeding zou zijn. De commissie maakt

hieruit op dat verzoekster uit het contact niet het vertrouwen heeft kunnen ontlelen dat de aanvraag volledig vergoed zouden worden.

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

8. Het bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 11 juni 2008

Voorzitter