

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, in deze vertegenwoordigd door E te F, vs C te D
Zaak : Geneeskundige zorg buitenland, reconstructie m. Pectoralis na
partiële ruptuur
Zaaknummer : 2008.0258
Zittingsdatum : 19 november 2008

Zaak: 2008.0258, geneeskundige zorg buitenland, reconstructie m. Pectoralis na partiële ruptuur

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2007, art. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, in deze vertegenwoordigd door E te F,
tegen

C te D, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen de beslissing van de zorgverzekeraar van 20 november 2007 de door verzoeker ondergane reconstructie van de musculus pectoralis links niet te vergoeden.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Basis polis (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, van de Zvw.
- 3.2. De behandelend plastisch chirurg heeft bij verzoeker de volgende diagnose gesteld: "ruptuur linker musculus pectoralis". Verzoeker heeft naar aanleiding van de gestelde diagnose bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van de door hem gewenste zorg bestaande uit "reconstructie van de musculus Pectoralis links" ten laste van de zorgverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 20 november 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat zijn aanspraak is afgewezen.
- 3.3. Op 12 juli 2007 heeft de behandeling, op de vergoeding waarvan verzoeker aanspraak maakt, overeenkomstig de wijze zoals in de aanvraag vermeld, plaatsgevonden.
- 3.4. Bij brief van 22 januari 2008 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar is gehouden de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering.
- 3.5. De zorgverzekeraar is om heroverweging gevraagd. Bij brief van 17 april 2008 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn besluit te handhaven.
- 3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 37,00 voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de moge-

lijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren.

- 3.7. De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie bij brief van 20 juni 2008 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 27 juni 2008 aan verzoeker toegezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 10 juli 2007 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De zorgverzekeraar heeft bij brief van 31 oktober 2008 medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.9. Bij brief van 27 juni 2008 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3 Zvw, gevraagd. Bij e-mail van 11 juli 2008 is een verzoek tot uitstel ingediend in verband met literatuuronderzoek. Bij brief van 10 oktober 2008 heeft het CVZ bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek van verzoeker af te wijzen omdat verzoeker geen verzekeringsindicatie heeft voor de onderhavige behandeling. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 19 november 2008 gehoord. Verzoeker in persoon en de zorgverzekeraar telefonisch. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.11. Bij brief van 8 december 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 CVZ bij brief van 27 januari 2009, onder nadere motivering van zijn standpunt, 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 verzoeker

- 4.1. Verzoeker stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat hij door de gedeeltelijk gescheurde linkerborstspier last heeft van bewegingsbeperking in de linkerarm, chronische ontstekingen heeft aan het sleutelbeen en de schouder; er sprake is van krachtsverlies en een zichtbare deuk in de borst.
- 4.2. Verzoeker kan zich niet vinden in de afwijzing van de zorgverzekeraar waarin gesteld wordt dat geen sprake is van een gebruikelijke en effectieve behandeling. Verzoeker heeft daartoe verschillende publicaties overgelegd.
- 4.3. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat de onderhavige operatie bedoeld was hem van zijn klachten te verlossen en niet uit cosmetische overwegingen heeft plaatsgevonden.
- 4.4. Verzoeker komt tot de conclusie dat zijn 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 in de situatie van verzoeker, waarbij sprake is van een gedeeltelijke scheuring van de

grote borstspier, geen sprake is van een dusdanige functiebeperking of verminking dat een medische noodzaak aanwezig was tot operatief ingrijpen. Evenmin wordt een verbetering verwacht van de spierfunctie bij operatief ingrijpen. Verzoeker was derhalve redelijkerwijs niet op de operatie aangewezen.

- 5.2. De operatie is evenmin doelmatig omdat met minder omvangrijke en minder ingrijpende (niet-operatieve) behandelmethode hetzelfde medische resultaat behaald had kunnen worden.
- 5.3. Voorts beschikt verzoeker niet over een deugdelijke verwijzing, zoals verwoord in een circulaire van het CVZ van 2004, hetgeen zijn doorwerking heeft in grensoverschrijdende zorg in samenhang met de Europese rechtspraak. .
- 5.4. Ter zitting is door de zorgverzekeraar aangevoerd dat het een cosmetische operatie betrof.
- 5.5. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoeker 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.

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. Het betreft hier een restitutiepolis, zodat de verzekerde gebruik kan maken van niet-gecontracteerde zorg. Vergoeding voor geneeskundige zorg staat vermeld in artikel 8.4 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Medisch-specialistische zorg is geregeld in artikel 8.4 van de voorwaarden van de zorgverzekering. In artikel 8.4 lid 1 en onder b wordt geregeld wanneer aanspraak op plastische chirurgie bestaat en onder welke voorwaarden. Voor zover hier relevant houdt dit artikel het volgende in:

"1. Geneeskundige zorg omvat zorg zoals (...) medisch-specialisten (...) die plegen te bieden (...), met dien verstande dat:
b. behandeling van plastisch-chirurgische aard slechts onder de zorg valt indien die strekt ter correctie van:
1. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
2. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
(...)"

- 7.2. Voorts wordt in artikel 8.2 van de zorgverzekering ten algemene bepaald:

"De inhoud en omvang van de zorgvormen ter zake waarvan recht op zorg bestaat wordt mede bepaald door de stand van 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."

- 7.3. De regeling in de artikelen 8.2 en 8.4 van de zorgverzekering is volgens artikel 2 van de zorgverzekering/van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Bzv en de Rzv.
- 7.4. Artikel 11, lid 1, onderdeel a Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde in voorkomend geval, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.
Artikel 13 Zvw regelt de vergoeding in geval wordt gekozen voor een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde aanbieder.
Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in de artikelen 2.1 en 2.4 Bzv. In artikel 2.1, tweede lid is vervolgens bepaald dat de aanspraak op zorg of vergoeding van de kosten van zorg als in de zorgpolis omschreven, naar inhoud en omvang mede bepaald worden door de stand van de wetenschap en de praktijk, dan wel, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
- 7.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.6. In geschil is of verzoeker een indicatie heeft voor de onderhavige operatie.
- 7.7. De commissie stelt te dien aanzien vast dat, aangezien de onderhavige operatie van plastisch chirurgische aard is, verzoeker niet aannemelijk heeft gemaakt dat in zijn geval sprake is van een afwijking in het uiterlijk die gepaard gaat met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen. Om van een dergelijke afwijking te kunnen spreken dient het volgens de commissie te gaan om functiestoornissen van vrij ernstige aard met als onderscheidend criterium het aanwezig zijn van een ernstige bewegingsbeperking. De functiestoornis dient bovendien, zoals in eerdere uitspraken van de commissie is overwogen, objectiveerbaar zijn. Naar het oordeel van de commissie is voor het stellen van laatstbedoeld vereiste niet zonder belang de jurisprudentie die voor dergelijke gevallen al vóór de Zorgverzekeringswet was gevormd bij de toepassing van de Regeling medisch-specialistische zorg Ziekenfondswet.
Voor de onderhavige situatie stelt de commissie vast dat de door verzoeker gestelde bewegingsbeperking van zijn linkerarm, niet wordt ondersteund door de verklaringen van zijn behandelend artsen, waarbij de commissie opmerkt dat de aanvraag daarvan leidend is voor de beoordeling van het geschil. Een indicatie als bedoeld in artikel 8.4 lid 1 onder b van de zorgverzekering is derhalve niet aangetoond.
- 7.8. Voorts is niet gebleken van een verminking die het gevolg is van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting. Naar het oordeel van de commissie is van dergelijke verminking pas sprake in geval van een ernstige misvorming van een lichaamsdeel, bijvoorbeeld vergelijkbaar met een derdegraads brandwond. Zulks is hier, blijkens de medische gegevens in het dossier, niet aan de orde. Hieraan doet niet af dat het begrip verminking in de (voormalige) beroepspraktijk van verzoeker zelf ook wel op andere gronden wordt aangenomen.
- 7.9. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
8. Het bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 25 februari 2009,

Voorzitter