

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, in deze vertegenwoordigd door E aan F te G, tegen C en
H., beide te D
Zaak : Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, dijlift
Zaaknummer : 2009.00070
Zittingsdatum : 7 oktober 2009

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, in deze vertegenwoordigd door E verbonden aan F te G,

tegen

C en H beide te D, hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 19 maart 2008 een dijlift 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 Zorg-op-maatpolis (hierna: de zorgverzekering). Een zorgverzekering betreft een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Ideaalpakket en Tandartspolis afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Deze verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. De behandelend plastisch chirurg heeft bij verzoekster de volgende diagnose gesteld: "Een duidelijk huidsurplus aanwezig en dit schuurt bij het lopen tegen elkaar". Verzoekster heeft naar aanleiding van de gestelde diagnose bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een "dijlift" ten laste van de zorgverzekering ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 19 maart 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.3. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 9 januari 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.5. Bij brief van 7 mei 2009 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).

- 3.6. 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.
- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief van 6 augustus 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 10 augustus 2009 aan verzoekster gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 12 augustus 2009 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.9. Bij brief van 10 augustus 2009 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 augustus 2009 heeft het CVZ (zaaknummer 29087109) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat geen sprake is van een aantoonbare, lichamelijke functiestoornis of van verminking. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 16 september 2009 aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 7 oktober 2009 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.11. Bij brief van 9 oktober 2009 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 voorlopige advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 14 oktober 2009 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 zij bij lopen, fietsen, zitten en slapen last heeft van functiestoornissen.
- 4.2. Tevens heeft zij – in warme periodes – last van smetplekken. Zij zou vanaf april tot en met einde zomer met crèmes moeten smeren om normaal te kunnen blijven functioneren. Verzoekster is van mening dat de smetplekken haar teveel hinderen bij het normaal functioneren en daarbij weet zij dat Sudocrème de smetplekken niet laat verdwijnen.
Volgens verzoekster geeft de ziektekostenverzekeraar geen enkele onderbouwing waarom geen causaal verband tussen het niet kunnen slapen op de zij en het huidsurplus aanwezig is. Zij ondervindt bij het slapen hinder van het huidsurplus, omdat het gaat hangen als zij op haar zij ligt, waardoor haar benen erg moe worden en de huid gaat trekken.
- 4.3. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling het volgende aangevoerd. Verzoekster benadrukt dat het huidoverschot haar belemmert in haar doen en laten. Zij heeft een

maagbandje laten plaatsen; deze ingreep is door de ziektekostenverzekeraar vergoed. Ook kreeg zij toestemming voor een borst- en buikwandcorrectie. De onderhavige ingreep hoort bij dit 'pakket'.

4.4. 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, onder verwijzing naar de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden, dat geen sprake is van vermindering of aantoonbare lichamelijke functiestoornissen.

Door de medisch adviseur is in dit verband tijdens het spreekuurbezoek vastgesteld dat het looppatroon niet gestoord is en de huid aan de binnenkant van de bovenbenen ten tijde van het spreekuur vrij van smetplekken, gaaf en zonder schuureffecten of plooivorming is.

5.2. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd. De beoordeling door de medisch adviseur is een andere dan die door de behandelend arts; de medisch adviseur gaat na of er een verzekeringsindicatie is. Voor plastische chirurgie gelden zeer strikte criteria. Verzoekster voldoet niet aan deze criteria.

5.3. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoekster terecht is afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

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. De beoordeling van het geschil

7.1. In geschil is of verzoekster aanspraak kan maken op een dijlift, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.

Ten aanzien van de zorgverzekering

7.2. Het betreft hier een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 19 tot en met 39 van de zorgverzekering.

Artikel 20, lid 4 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op behandelingen van plastisch-chirurgische aard bestaat en luidt, voorzover hier van belang:

“Op behandeling van plastisch-chirurgische aard bestaat slechts aanspraak indien die strekt ter 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;

(...)”

- 7.3. Artikel 20 van de zorgverzekering is volgens artikel 2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 7.4. 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.
De behandeling van plastisch-chirurgische aard is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.
- 7.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.6. Het onderhavige geschil spitst zich toe op de vraag of in de situatie van verzoekster sprake is van een indicatie in de vorm van een verminking en/of een aantoonbare lichamelijke functiestoornis.
- 7.7. Van verminking is in het onderhavige geval geen sprake, omdat daarvan slechts kan worden gesproken, in geval van een ernstige deformiteit, al of niet met weefseldefecten gepaard gaande, die direct in het oog springt en die in het normale dagelijkse verkeer niet is te camoufleren door bijvoorbeeld kleding. Zulks is hier niet aan de orde.
- 7.8. Evenmin is gebleken van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis, omdat het hierbij moet gaan om een functiestoornis van vrij ernstige aard, met als onderscheidend criterium het aanwezig zijn van een ernstige bewegingsbeperking. Daarvan is in de procedure niet gebleken.
- 7.9. Met betrekking tot de door verzoekster gestelde pijnklachten, tekent de commissie aan dat de stoornis niet alleen ernstig, maar ook objectiveerbaar dient te zijn. Bij de beoordeling van het laatste is in concreto van belang dat de pijnklachten uitsluitend worden veroorzaakt door de huidafwijking, zonder enige wezenlijke wijze van beïnvloeding van buitenaf. De door verzoekster gestelde klachten ontstaan, naar eigen zeggen, bij het lopen, fietsen, zitten en slapen. Op haar bovenbenen zijn echter geen schuurplekken of littekens waarneembaar. Evenmin is gebleken dat verzoekster last heeft van onbehandelbare smetten. Reeds hierom is onvoldoende aannemelijk geworden dat sprake is van pijnklachten in de bovenbedoelde objectiveerbare zin respectievelijk van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis.
- 7.10. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek, voor zover dit ziet op de zorgverzekering, dient te worden afgewezen.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 7.11. De commissie constateert dat de aanvullende verzekering geen dekking biedt voor hetgeen verzoekster heeft verzocht.

Conclusie

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

8. Het bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 21 oktober 2009,

Voorzitter