



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A. en OWM
Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar U.A., beide te
Tilburg

Zaak : Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, buikwandcorrectie, rectusdiastase

Zaaknummer : 201800057

Zittingsdatum : 23 mei 2018

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden zorgverzekering 2017, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2017)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

- 1) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A. en
- 2) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar U.A., beide te Tilburg,
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 CZ-Zorg-op-maatpolis (natura) (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 Basis Collectief afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
De eveneens afgesloten aanvullende verzekering Tandarts Collectief is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een buikwandcorrectie inclusief navelinsertie en reven fascia abdominalis (hierna: de aanspraak). Bij brief van 7 maart 2017 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 26 april 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. Bij brief van 29 december 2017 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 van € 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 4 april 2018 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 10 april 2018 aan verzoekster gezonden.
- 3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 16 april 2018 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 23 april 2018 schriftelijk medegedeeld eveneens af te zien van horen.
- 3.7. Bij brief van 10 april 2018 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 1 mei 2018 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2018018487) de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat onvoldoende is aangetoond dat sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of een vermindering en derhalve een verzekeringsindicatie ontbreekt. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 2 mei 2018 aan partijen gezonden. Zij zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen tien dagen op dit advies te reageren. Van de geboden mogelijkheid hebben partijen geen gebruik gemaakt.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
- 4.1. Verzoekster was, voordat zij de ingreep onderging, bekend met een rectusdiastase die ten tijde van de operatie tien centimeter breed bleek te zijn. Doordat de stabiliteit van haar lichaam niet meer naar behoren functioneerde, resulteerde de rectusdiastase in ernstige bekken-, onderrug- en buikklachten, met inbegrip van een bolle overhangende buik. De behandelend arts heeft ten behoeve van verzoekster een aanvraag voor een buikwandcorrectie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. Hoewel de ingreep met name zag op het reën van de spiergroepen, heeft verzoekster begrepen dat de betreffende ingreep niet anders kon worden aangevraagd dan als een buikwandcorrectie. Het betrof een aanvraag voor een medische ingreep die weliswaar binnen het vakgebied van een plastisch chirurg valt, maar die niet vanwege uiterlijke aspecten werd uitgevoerd, zodat deze voor vergoeding in aanmerking dient te komen.
- 4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft de aanvraag ten onrechte beoordeeld als een aanvraag voor een buikwandcorrectie, zonder bij zijn beoordeling uit te gaan van het doel waarvoor deze werd ingediend, te weten het verhelpen van de rectusdiastase en de klachten die verzoekster hierdoor ervoer.
- 4.3. Daarnaast is door de ziektekostenverzekeraar ten onrechte gesteld dat geen medisch wetenschappelijk bewijs bestaat voor het verband tussen de klachten die verzoekster had en een rectusdiastase. Dit getuigt volgens verzoekster van beperkte medische kennis aan de zijde van de ziektekostenverzekeraar. Inmiddels is de betreffende ingreep uitgevoerd en zijn de spiergroepen gereëfd, waarbij meteen overtollig buikvet en buikhuid zijn weggehaald, waardoor de functie van de spiergroepen is hersteld en verzoekster vrij is van de klachten die haar ertoe hebben aangezet deze ingreep te ondergaan.
- 4.4. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. Ten behoeve van verzoekster is een buikwandcorrectie aangevraagd in combinatie met het reën van de buikspieren. De ziektekostenverzekeraar gaat er van uit dat de aanvraag overeenkomt met de ingreep die de behandelend arts gaat uitvoeren en heeft deze om die reden als uitgangspunt gehanteerd bij zijn beoordeling.

5.2. Op grond van artikel B.4.5. van de zorgverzekering komt een behandeling van plastisch chirurgische aard, waaronder een buikwandcorrectie, voor vergoeding in aanmerking in geval van verminking of een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. Om dit te beoordelen wordt getoetst aan de 'VAGZ Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch-chirurgische aard'.

5.3. Volgens de betreffende werkwijzer is sprake van verminking bij een buikwand die in ernst te vergelijken is met een derdegraads verbranding of een ernstige huid- of contourafwijking volgens de Pittsburgh Rating Scale graad 3. Er bestaat een aantoonbare lichamelijke functiestoornis bij een overhang van de buik die minimaal een kwart van de bovenbenen bedekt of bij onbehandelbaar smetten in de huidplooiën, waarbij sprake is van ernstige smetten, die het hele jaar aanwezig zijn en ondanks een adequate behandeling door de dermatoloog niet zijn te verhelpen. Verminking of een aantoonbare lichamelijke functiestoornis in voornoemde zin is bij verzoekster niet aan de orde.

5.4. De klachten van verzoekster en de rectusdiastase vormen geen (verzekerings)indicatie voor een buikwandcorrectie. Een rectusdiastase kan hinderlijk zijn, maar geeft geen ernstige objectieerbare lichamelijke functiestoornissen die het dagelijks functioneren ernstig belemmeren. Verder is er geen medisch-wetenschappelijk bewijs dat een verband bestaat tussen de klachten van verzoekster en een rectusdiastase. Er is niet aangetoond dat herstel van de rectusdiastase, door middel van een buikwandcorrectie, een effectieve behandeling is voor de genoemde klachten. Het reven van de rechte buikspieren vanwege deze klachten is daarom geen doelmatige zorg.

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 A.22.2. van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering en 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 het verzoek 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 zorg van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen B.1. tot en met B.27. van de zorgverzekering.

8.3. Artikel B.4.5. van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op plastische chirurgie bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"De zorg omvat behandelingen van plastisch-chirurgische aard volgens de standaard van plastisch chirurgie. Het kan gaan om zorg met of zonder opname. Het gaat om correcties van:

- *afwijkingen in uw uiterlijk die aantoonbare lichamelijke functiestoornissen veroorzaken. Het gaat hierbij om lichamelijke klachten waarvan door onderzoek is vastgesteld (objectief) dat ze zijn*

ontstaan door de te corrigeren lichamelijke afwijking. Een voorbeeld hiervan is: onbehandelbare, continue aanwezige smetplekken in de huidplooi bij een forse overhang van de buik.

- verminkingen die zijn ontstaan door ziekte, een ongeval of een geneeskundige verrichting (bijvoorbeeld een operatie). Hiervan is sprake als het gaat om een ernstige misvorming die in het dagelijkse leven meteen opvalt, bijvoorbeeld: misvorming door brandwonden en geamputeerde (afgezette) benen, armen of borsten;

(...)

Algemeen

De VAGZ Werkwijzer wordt gehanteerd bij alle plastisch chirurgische ingrepen. (...)"

- 8.4. Artikel B.4.5. van de zorgverzekering is volgens artikel A.2.4. van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.5. Artikel 11, eerste lid, Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft. Degene die is verzekerd op basis van een zuivere restitutiepolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten. Degene die is verzekerd op grond van een naturapolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit de zorg of overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Naast zuivere restitutiepolissen en naturapolissen bestaan er combinatiepolissen, waarbij de invulling van de zorgplicht per dekkingsrubriek verschilt. Verzekerden op basis van een zuivere restitutiepolis hebben, op grond van artikel 2.2, tweede lid, onder b, Bzv aanspraak op vergoeding van de betreffende kosten, tenzij deze hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden passend is te achten. Voor de naturapolissen en combinatiepolissen stelt de zorgverzekeraar, overeenkomstig artikel 13, eerste en tweede lid, Zvw, de vergoeding vast in het geval de verzekerde gebruik maakt van een niet door de zorgverzekeraar voor die zorg of dienst gecontracteerde aanbieder, en deze neemt hij op in zijn verzekeringsvoorwaarden. Hierbij houdt de zorgverzekeraar rekening met eventueel van toepassing zijnde eigen bijdragen. 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 gereguleerde 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. Bij verzoekster was, voor de onderhavige ingreep werd uitgevoerd, sprake van een rectusdiastase. Volgens haar was zij voor het herstel hiervan aangewezen op het reven van de fascia abdominalis, maar omdat deze ingreep niet als zodanig kon worden gemachtigd, is in plaats daarvan een buikwandcorrectie aangevraagd. Omdat de aanvraag leidend is, zal de commissie voor het vervolg uitgaan van een buikwandcorrectie inclusief navelinsertie en reven van de fascia abdominalis. Hierbij tekent de commissie nog aan dat feitelijk ook een buikwandcorrectie is uitgevoerd, aangezien tevens buikvet en overtollige huid zijn verwijderd.

- 9.2. Verzoekster heeft aanspraak op een buikwandcorrectie ten laste van de zorgverzekering indien bij haar sprake is van een (verzekerings)indicatie in de vorm van verminking dan wel een aantoonbare lichamelijke functiestoornis als bedoeld in artikel B.4.5. van de zorgverzekering.
- 9.3. Van verminking is 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. Verminking kan voorts aan de orde zijn bij een huid- of contourafwijking volgens de Pittsburgh Rating Scale graad 3. Van het één noch het andere is bij verzoekster gebleken. Van verminking in bovenvermelde zin is in het onderhavige geval derhalve geen sprake.
- 9.4. Bij een aantoonbare lichamelijke functiestoornis kan in dit kader worden gedacht aan een ernstige bewegingsbeperking dan wel onbehandelbaar smetten in de huidplooien. Een ernstige bewegingsbeperking is aanwezig indien de overhangende buikhuid een kwart van de lengtes van het bovenbeen bedekt. Niet gebleken is dat de buikhuid van verzoekster aan genoemd criterium voldoet. Verder is verzoekster voor het smetten niet onder behandeling (geweest) van een dermatoloog, zodat geen sprake is van onbehandelbaar smetten. Een rectusdiastase vormt geen aantoonbare lichamelijke functiestoornis volgens het advies van het Zorginstituut van 1 mei 2018. De commissie maakt het oordeel van het Zorginstituut tot het hare.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.5. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde, zodat het verzoek op grond van deze verzekering niet kan worden toegewezen.

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, 23 mei 2018,

G.R.J. de Groot