



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen Menzis Zorgverzekeraar N.V. en Menzis N.V., beide te Wageningen
Zaak : Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, buikwandcorrectie
Zaaknummer : 201702172
Zittingsdatum : 26 september 2018

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(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: verzoeker,

tegen

- 1) Menzis Zorgverzekeraar N.V., en
- 2) Menzis N.V., beide te Wageningen,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Menzis Basis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen ExtraVerzorgd 2 en TandVerzorgd 500 afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Alle hiervoor genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een abdominoplastiek met fleur de lis correctie, inclusief navel reïnsertie en reven fascia abdominalis (hierna: de aanspraak). Bij brief van 8 november 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 14 november 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.4. Bij brief van 30 maart 2018 en e-mailbericht van 11 april 2018 heeft verzoeker 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 of op basis van coulance (hierna: het verzoek).
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 37,- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 10 juli 2018 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 23 juli 2018 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 29 juli 2018 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 14 augustus 2018 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. Nadien heeft de ziektekostenverzekeraar de commissie telefonisch medegedeeld in persoon te willen worden gehoord.
- 3.8. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10, negende lid, van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat de onderhavige zaak enkelvoudig wordt afgedaan.
- 3.9. Bij brief van 23 juli 2018 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 13 september 2018 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2018037683) 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 verminking of een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 13 september 2018 aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 26 september 2018 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.11. Na afloop van de hoorzitting heeft de commissie verzoeker in de gelegenheid gesteld de uitspraak van het Regionaal Tuchtcollege af te wachten en deze over te leggen. Bij e-mailbericht van 31 oktober 2018 heeft verzoeker de commissie de betreffende uitspraak doen toekomen. Een afschrift van dit e-mailbericht is op 7 november 2018 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden die daarbij in de gelegenheid is gesteld hierop te reageren. Bij brief van 16 november 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar van de geboden mogelijkheid gebruik gemaakt. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan verzoeker gezonden.
- 3.12. Bij brief van 19 november 2018 heeft de commissie het Zorginstituut afschriften van de aantekeningen van de hoorzitting en de nagekomen stukken gezonden met het verzoek mede te delen of deze aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 20 november 2018 de commissie medegedeeld dat de overgelegde stukken geen aanleiding vormen tot aanpassing van het advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. Verzoeker heeft verklaringen van zijn behandelend dermatoloog en plastisch chirurg overgelegd. De behandelend dermatoloog heeft over verzoeker het volgende verklaard: *"Nadat patiënt bewust fors is afgevallen (>65kg) persisteert er een zeer fors buikhuidsurplu[s] waardoor bij patiënt sprake is van chronische intertrigo en ontstaan van erosieve afwijkingen. Dit is nagenoeg niet tropicaal te behandelen en verbeter[t] maar beperkt [door] zalftherapie en systemisch gebruik van 'azolen'. Mijns inziens zou patiënt zeer wel gebaat zijn bij een correctie van dit overtollige huidsurplu[s]; en ik zou langs deze weg dan ook willen vragen of u patiënt (deels?) tegemoet kan komen in de kosten hiervan".*
- 4.2. Verzoeker stelt, in aanvulling op hetgeen de dermatoloog heeft verklaard, dat hij na een gastric bypass veel gewicht is kwijtgeraakt. Als gevolg van dit gewichtsverlies heeft verzoeker nu veel last van overhangend vel. Dit vel en met name de huidkwabben worden afgekneld door de kleding, wat erg pijnlijk is. Daarnaast heeft verzoeker last van een pijnlijke en stinkende navel.

- 4.3. Uit de informatie van de ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker opgemaakt dat een buikwandcorrectie wordt vergoed indien sprake is van smetten. Verzoeker stelt op basis van de verklaring van de dermatoloog dat hij aan deze voorwaarde voldoet, zodat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de ingreep te vergoeden. Dat de ziektekostenverzekeraar vergoeding van de kosten steeds afwijst, ergert verzoeker. Te meer omdat de ziektekostenverzekeraar iedere keer standaard afwijsbrieven stuurt. In deze brieven wordt geen aandacht besteed aan zijn persoonlijke omstandigheden. Ook de telefonische contacten over dit onderwerp met medewerkers van de ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker als onprettig ervaren. Volgens verzoeker dient de ziektekostenverzekeraar de ingreep desnoods uit coulance te vergoeden.
- 4.4. In reactie op de brief van de ziektekostenverzekeraar van 10 juli 2018 stelt verzoeker dat hij van de ziektekostenverzekeraar een uitnodiging heeft gehad om op het spreekuur van de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar te verschijnen. Verzoeker is niet op deze uitnodiging ingegaan, omdat hij van mening is dat een dergelijke uitnodiging niet past binnen de onderhavige procedure. Anders dan de ziektekostenverzekeraar stelt, is het dus niet zo dat verzoeker de uitnodiging heeft geweigerd. Daarnaast volgt uit de reactie van de ziektekostenverzekeraar dat hij rechtstreeks contact heeft gehad met de behandelend dermatoloog. Verzoeker vraagt zich af of de ziektekostenverzekeraar dit zonder zijn toestemming had mogen doen. Gelet op het medisch geheim vindt verzoeker het niet vreemd dat zijn dermatoloog niet naar de ziektekostenverzekeraar heeft gereageerd.
- 4.5. Ter zitting heeft verzoeker zijn standpunt herhaald en is door hem benadrukt dat op basis van de overlegde foto's, in combinatie met de verklaringen van zowel de plastisch chirurg als de dermatoloog, niet anders kan worden geconcludeerd dan dat verzoeker voldoet aan de voorwaarden om in aanmerking te komen voor een buikwandcorrectie. Er is immers sprake van Pittsburgh Rating Scale graad 3 en onbehandelbaar smetten. Dat het Zorginstituut in zijn voorlopig advies opmerkt dat verzoeker een bezoek aan het spreekuur heeft geweigerd is opmerkelijk. De stukken die zijn overgelegd, spreken namelijk voor zich. Verder voert verzoeker aan dat hij de ziektekostenverzekeraar, en in het bijzonder diens medisch adviseur, heeft aangeklaagd bij het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg. Verzoeker heeft hiertoe besloten omdat hij van mening is dat de medisch adviseur bij de beoordeling of aanspraak bestaat op een buikwandcorrectie onzorgvuldig heeft gehandeld.
- 4.6. Bij e-mailbericht van 31 oktober 2018 heeft verzoeker de commissie de uitspraak van het Regionaal Tuchtcollege van 30 oktober 2018 doen toekomen. Ook uit de overwegingen van dit college blijkt dat de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar de beoordeling of aanspraak bestaat op een buikwandcorrectie niet alleen op basis van de overgelegde foto's kan doen. Hiervoor is een oproep op het spreekuur vereist.
- 4.7. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. Een buikwandcorrectie kan alleen worden vergoed vanuit de zorgverzekering indien sprake is van een (verzekerings)indicatie in de vorm van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis dan wel verminking die het gevolg is van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting.
- 5.2. Van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis is sprake bij onbehandelbare smetten of een ernstige bewegingsbeperking. Onbehandelbare smetten zijn smetten in de huidplooien die, ondanks adequate behandeling, niet te voorkomen c.q. te genezen zijn en altijd aanwezig zijn. Een operatie is dan nog de enige oplossing. Van een ernstige bewegingsbeperking kan in dit verband worden gesproken indien de buikplooï minimaal een kwart van de lengtes van het bovenbeen bedekt. Rugklachten vallen hier niet

onder, aangezien het niet aannemelijk is dat deze een gevolg zijn van de huidplooiën. Ook een rectusdiastase valt hier niet onder, omdat deze geen functiestoornis tot gevolg heeft.

5.3. Van verminking wordt gesproken in geval van een ernstige misvorming van een lichaamsdeel, die in ernst te vergelijken moet zijn met een derdegraads verbranding. Een overhangende boven- of onderbuik valt hier niet onder. Bij verzoeker is duidelijk geen sprake van Pittsburgh Rating Scale graad 3. Verder geldt een meer algemene voorwaarde dat de BMI 30 of minder moet bedragen en dat deze gedurende twaalf maanden stabiel moet zijn.

5.4. Na bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen heeft de behandelend dermatoloog op 28 maart 2018 een dubbelzinnige verklaring gegeven ten aanzien van het smetten. Vanwege deze verklaring heeft de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar tot twee keer toe de dermatoloog aangeschreven teneinde hem om opheldering te vragen. Aan de dermatoloog is onder meer gevraagd hoe lang verzoeker bij hem onder behandeling is alsmede of bij verzoeker kan worden gesproken van onbehandelbaar smetten. Tot op heden heeft de dermatoloog niet gereageerd. Vervolgens heeft de medisch adviseur verzoeker uitgenodigd op het spreekuur. Verzoeker heeft echter geweigerd dit spreekuur te bezoeken. Gezien het voorgaande komt de ziektekostenverzekeraar tot de conclusie dat de klachten van verzoeker zeker niet worden onderschat, maar dat deze geen (verzekerings)indicatie vormen voor een buikwandcorrectie. Er is geen sprake van onbehandelbare smetten, een ernstige bewegingsbeperking of verminking.

5.5. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat, anders dan verzoeker stelt, het oordeel van het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg niet van belang is. Het college beoordeelt immers het proces en niet de inhoud of aanspraak bestaat. Dat het Tuchtcollege tot het oordeel is gekomen dat de medisch adviseur verzoeker had moeten oproepen voor het spreekuur betekent niet dat aanspraak bestaat op een buikwandcorrectie.

5.6. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel A17 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 de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering of op basis van coulance.

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 op de pagina's 9 e.v. van de zorgverzekering.

8.3. De aanspraak op plastische chirurgie is geregeld op de pagina's 34 en 35 van de voorwaarden van de zorgverzekering en de betreffende passage luidt, voor zover hier van belang:

“Plastische chirurgie is een chirurgisch specialisme waarin men zich richt op het uit functioneel (soms esthetisch) oogpunt aanpassen van het uiterlijk, bijvoorbeeld het

herstellen van aangeboren of opgelopen verminkingen. Plastische chirurgie is zeer beperkt opgenomen in de Basisverzekering.

Welke zorg

U heeft recht op behandelingen van plastisch chirurgische aard als het gaat om correctie van:

- *afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen,*
 - *verminkingen die gevolg zijn van een ziekte, ongeval of een geneeskundige verrichting,*
- (...)

Verwijzing en toestemming

U heeft alleen recht op plastische chirurgie als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van uw huisarts, medisch specialist of specialist ouderengeneeskunde (verpleeghuisarts). U heeft ook voorafgaande toestemming van Menzis nodig.”

- 8.4. De passage op pagina's 34 en 35 van de zorgverzekering is volgens artikel A1 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering en aanvullende ziektekostenverzekering 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. Behandeling van plastisch chirurgische aard 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. Op grond van het bepaalde op de pagina's 34 en 35 van de voorwaarden van de zorgverzekering bestaat aanspraak op behandelingen van plastisch-chirurgische aard, waaronder een abdominoplastiek met fleur de lis correctie, inclusief navel reïnsertie en reven fascia abdominalis, indien sprake is van een (verzekerings)indicatie in de vorm van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis dan wel verminking als bedoeld in de voorwaarden.

- 9.2. Van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis kan in dit kader worden gesproken als de overhangende buikhuid in staande positie meer dan een kwart van de lengteas van het bovenbeen bedekt. Vast staat dat hiervan bij verzoeker geen sprake is.
- 9.3. Verder kan worden gesproken van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis in geval van chronisch onbehandelbaar smetten in de huidplooiën. Dit zijn door een dermatoloog niet te voorkomen of niet te genezen smetten in de huidplooiën die altijd daar aanwezig zijn en waarbij de reden van het conservatief falen duidelijk te objectiveren is, zodat een operatie nog de enige oplossing van het probleem vormt. Verzoeker heeft in dit verband verklaringen van de behandelend plastisch chirurg en zijn dermatoloog overgelegd waarin deze stellen dat een buikwandcorrectie zeer waarschijnlijk een definitieve oplossing voor het probleem is. De ziektekostenverzekeraar heeft naar aanleiding van de afgegeven verklaring vragen gesteld aan de dermatoloog. Nadien is verzoeker uitgenodigd op het spreekuur van de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar. Naar de commissie begrijpt om duidelijkheid te verkrijgen of bij verzoeker kan worden gesproken van onbehandelbaar smetten, aangezien de verklaring van de dermatoloog niet eenduidig is en verdere aan hem gerichte vragen niet door hem zijn beantwoord. Gelet op het feit dat verzoeker om hem moverende redenen heeft besloten niet op het spreekuur te verschijnen, is de commissie van oordeel dat verzoeker de bestaande onduidelijkheid rond het smetten niet heeft weggenomen, hoewel dit op zijn weg lag. De commissie ziet in de afgelegde verklaring van de dermatoloog onvoldoende aanknopingspunten om te oordelen dat bij verzoeker sprake is van onbehandelbaar smetten. Dit wordt versterkt doordat de plastisch chirurg vermeldt dat verzoeker "in de zomer" last had van smetten. Daar komt bij dat verzoeker op het door hem ingevulde klachtenformulier van de ziektekostenverzekeraar van 11 november 2017 heeft verklaard: "Zoals aangegeven bij mijn arts zijn mijn smetplekken op dit moment rustig. Ze kunnen echter ieder moment terugkomen". Gelet op het voorgaande concludeert de commissie dat bij verzoeker niet kan worden gesproken van 'onbehandelbaar' smetten.
- 9.4. Van verminking is slechts sprake in geval van een ernstige misvorming, die al dan niet met weefseldefecten gepaard gaat. 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 aangezichtszenew, misvorming door brandwonden, replantatie van ledematen, reconstructie van geamputeerde ledematen of van geamputeerde mammae. Van verminking kan voorts worden gesproken bij een huid- of contourafwijking volgens de Pittsburgh Rating Scale graad 3. Uit de brief van de plastisch chirurg van 22 november 2017 valt op te maken dat verzoeker hieraan voldoet. Het Zorginstituut verklaart daarentegen op 13 september 2018 dat "niet met zekerheid vastgesteld kan worden dat er sprake is van Pittsburgh Rating Scale graad 3 van de mons pubis". De commissie concludeert dat ook ten aanzien van deze mogelijke indicatie geldt dat het spreekuurbezoek duidelijkheid had kunnen bieden. Dat verzoeker van deelname heeft afgezien leidt ertoe dat de ziektekostenverzekeraar in bewijsnood is gekomen. Het was voor hem immers onmogelijk op een andere wijze vast te stellen dat geen sprake is van Pittsburgh Rating Scale graad 3. Onder deze omstandigheden kan het bestaan van een (verzekerings)indicatie niet worden aangenomen.
- 9.5. Het voorgaande leidt ertoe dat verzoeker geen (verzekerings)indicatie als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering heeft voor een abdominoplastiek, inclusief navelreïnsertie en reven abdominalis.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.6. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde, zodat de aanspraak niet op grond van die verzekering kan worden ingewilligd.

Coulance

- 9.7. Verzoeker heeft verder gesteld dat de ziektekostenverzekeraar zo nodig coulance dient te betrachten. De ziektekostenverzekeraar heeft het verzoek tot vergoeding op basis van coulance afgewezen. De commissie oordeelt dat de bevoegdheid tot toepassing van coulance is voorbehouden aan de ziektekostenverzekeraar. In het door deze ter zake gevoerde beleid kan de commissie niet treden. Dit is slechts anders indien de ziektekostenverzekeraar een beleid van willekeur zou voeren waarbij identieke gevallen verschillend worden behandeld. Gesteld noch gebleken is dat hiervan in de onderhavige situatie sprake is.

Uitspraak Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg

Verzoeker heeft ter zitting verzocht de behandeling van het geschil aan te houden in afwachting van de beslissing van het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg (hierna: het College) op de door hem ingediende klacht tegen de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar. Dit verzoek is gehonoreerd, en vervolgens heeft hij de commissie de uitspraak per e-mail toegezonden. Het College heeft geoordeeld dat de medisch adviseur niet in redelijkheid kon komen tot een zorgvuldige heroverweging zonder verzoeker op te roepen voor het spreekuur en heeft als maatregel een waarschuwing opgelegd.

De commissie stelt voorop dat het College niet oordeelt over de verzekeringsvoorwaarden, maar enkel over het handelen door de betrokken zorgaanbieder. Vast staat dat aan de hand van de overgelegde foto's kon worden vastgesteld dat de overhang van de buik niet voldeed aan het criterium voor een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. Anders is dit voor het (onbehandelbaar) smetten en de indicatie verminking. Als gezegd, een spreekuurbezoek had op deze punten duidelijkheid kunnen bieden, maar verzoeker heeft aan de oproep hiervoor geen gevolg willen geven. In de procedure bij het College is dit aspect kennelijk niet aan de orde geweest. Aangezien het voortbestaan van de eventuele onduidelijkheid over voornoemde punten het gevolg is van de keuze van verzoeker de oproep naast zich neer te leggen, behoren de gevolgen hiervan voor zijn rekening te komen. De ziektekostenverzekeraar heeft de aanvraag dus terecht afgewezen.

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, 28 november 2018,

J.A.M. Strens-Meulemeester