

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B versus C te D
Zaak : geneeskundige zorg; plastische chirurgie; littekencorrectie en dermo-
lipectomie bovenbenen
Zaaknummer : 2008.00360
Zittingsdatum : 9 juli 2008

BINDEND ADVIES

Zaak: 2008.00360 (Geneeskundige zorg; plastische chirurgie; littekencorrectie en dermoliplectomie bovenbenen)

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, artt. 10 en 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 15 januari 2008 inzake de afwijzing van een littekencorrectie en een dermoliplectomie van de bovenbenen.

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 Zorg Geregeld 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, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw).
- 3.2. De behandelend plastisch chirurg heeft bij verzoekster de volgende diagnoses gesteld: "status na 70 kg afgevallen na maagbandje. Nu klachten van huidsurplus bovenbenen" en "klachten van litteken na abdominoplastiek in verband met 70 kg afvallen na maagband". De behandelend zorgverlener heeft naar aanleiding van de gestelde diagnoses bij de zorgverzekeraar een aanvraag gedaan tot verstrekking van de door haar gewenste zorg bestaande uit "dermoliplectomie bovenbenen" en "littekencorrectie" ten laste van de zorgverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 15 januari 2008 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat haar aanspraak is afgewezen.
- 3.3. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 28 januari 2008 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster meegedeeld zijn standpunt te handhaven. Bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen heeft niet geleid tot wijziging van dat standpunt.
- 3.4. Bij brief van 13 maart 2008 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering (hierna: het

verzoek).

- 3.5. 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.
- 3.6. De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie bij brief van 31 maart 2008 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 22 mei 2008 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 26 mei 2008 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 22 mei 2008 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 18 juni 2008 heeft het CVZ de commissie geadviseerd het verzoek van verzoekster af te wijzen op de grond dat bij haar geen sprake is van een vermindering of een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 20 juni 2008 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 9 juni 2008 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. In vervolg op de zitting heeft de zorgverzekeraar getracht met verzoekster een afspraak te maken voor het spreekuur van de medisch adviseur. Een dergelijke afspraak is niet tot stand gekomen.
- 3.11. Bij brief van 12 augustus 2008 heeft de commissie aan 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 augustus 2008 de commissie meegedeeld 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 wel degelijk last heeft van een functiestoornis. Vooral in de zomer heeft zij last van smetplekken in haar liezen. De medisch adviseur van de zorgverzekeraar heeft niet gekeken naar haar smetplekken, maar volstaan met het op afstand bekijken of haar dijen niet tegen elkaar schuren. Voor de smetplekken hoeft zij niet naar een dermatoloog, omdat behandeling door een huisarts in de meeste gevallen afdoende is. Voorts heeft het AMC de eerdere buikwandcorrectie niet juist heeft uitgevoerd, waardoor zij nu kampt met vetophoping aan haar buik.
- 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 het litteken van verzoekster geen aantoonbare lichamelijke functiestoornis geeft en er eveneens niet gesproken kan worden van een vermindering. Wat betreft de bovenbe-

nen heeft de medisch adviseur beoordeeld dat er weliswaar veloverschot is, maar dat geen sprake is van schuren. Zodoende kan ook hierbij niet gesproken worden van een functiestoornis. De zorgverzekeraar stelt tevens dat de doelstelling van de eerdere buikwandcorrectie van verzoekster het verhelpen van de lichamelijke functiestoornissen door een aanzienlijk huidoverschot was. Dat doel is bereikt. De zorgverzekeraar ziet daarom geen indicatie voor een hernieuwde ingreep voor rekening van de zorgverzekering.

- 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 naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen artikel 3 van de zorgverzekering.
Artikel 3.1. lid 2 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op plastische-chirurgie bestaat, te weten, voor zover hier van belang:

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

- 7.2. De regeling in de artikelen 3 van de zorgverzekering is volgens artikel 2.1. van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 7.3. Artikel 11, lid 1, onderdeel a Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerd risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. In artikel 2.4 lid 1 onder b van het Bzv is bepaald dat een plastisch-chirurgische ingreep slechts onder de geneeskundige zorg valt indien die strekt tot de correctie van de onder sub 1 tot en met 5 genoemde aandoeningen.
- 7.4. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.5. Het geschil betreft de vraag of bij verzoekster sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis dan wel een verminking, en wel zodanig dat zij aanspraak kan maken op een littekencorrectie en een dermolpectomie van de bovenbenen ten laste van de zorgverzekering.

- 7.6. Wat betreft de aangevraagde littekencorrectie oordeelt de commissie dat daartoe bij verzoekster sprake moet zijn van een verminking als gevolg van een ziekte, een ongeval of een geneeskundige verrichting. Van een verminking kan in de zin van de zorgverzekering naar vaste jurisprudentie van de commissie niet eerder worden gesproken dan bij een ernstige misvorming, 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. Dit is bij verzoekster niet het geval. Verder is in de situatie van verzoekster niet gebleken van een afwijking van het uiterlijk die gepaard gaat met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen, als bedoeld in artikel 3.1 van de zorgverzekering. Van dergelijke afwijkingen kan eerst worden gesproken in geval van vrij ernstige lichamelijke klachten. Door verzoekster is niet, althans onvoldoende, aannemelijk gemaakt dat van dergelijke klachten, met name pijnklachten of een bewegingsbeperking door contractuur, bij haar sprake is.
- 7.7. De aanvraag voor dermoliplectomie van de bovenbenen dient aan dezelfde voorwaarden als de littekencorrectie getoetst te worden. Zoals gezegd, kan van een afwijking in het uiterlijk die gepaard gaat met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen eerst worden gesproken in geval van vrij ernstige lichamelijke klachten, met – voor een geval als dit – als onderscheidend criterium het aanwezig zijn van een ernstige bewegingsbeperking. Dit laatste is door verzoekster voor wat betreft de hinder die zij na operatie heeft overgehouden aan haar bovenbenen gesteld noch gebleken. Evenmin is bij verzoekster, die zelf stelt een bezoek aan een dermatoloog niet nodig te achten, gebleken van een onbehandelbaar smetten. Bovendien is ook hier niet gebleken van een verminking, zoals bedoeld in de verzekeringsvoorwaarden.
- 7.8. De door verzoekster naar voren gebrachte argumenten van psychische en sociale aard, hoe begrijpelijk ook, vallen niet onder de in de polisvoorwaarden opgenomen (limitatieve) gronden voor vergoeding, zodat deze niet kunnen leiden tot een ander oordeel.
- 7.9. Tenslotte overweegt de commissie dat niet gebleken is van een verzekeringsindicatie voor een ingreep die zou moeten gebracht onder een indicatie voor behandeling van een overgebleven vetophoping in de buikwand en die voor de thans aan de orde zijnde klachten wordt toegeschreven aan de wijze waarop een eerdere behandeling is verricht. Voorzover het hier al een tekortkoming zou betreffen van die eerdere behandeling, merkt de commissie op dat het hier veeleer gaat om de verhouding tussen verzekerde en haar behandelend plastisch-chirurg van destijds .
- 7.10. Gezien het voorgaande verkeert verzoekster niet in een situatie dat zij een verzekeringsindicatie heeft voor de aangevraagde littekencorrectie en dermoliplectomie van de bovenbenen. Het verzoek dient derhalve te worden afgewezen.

8. Het bindend advies

- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 15 oktober 2008,

Voorzitter