



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen Onderlinge Waarborgmaatschappij DSW Zorgverzekeraar
U.A. te Schiedam
Zaak : Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, buikwandcorrectie
Zaaknummer : 201701200
Zittingsdatum : 10 januari 2018

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2016, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2016)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

Onderlinge Waarborgmaatschappij DSW Zorgverzekeraar U.A. te Schiedam, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Basisverzekering (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 AV Top 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.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een abdominoplastiek, inclusief navelreïnsertie en reven fascia abdominalis. Bij brief van 11 mei 2016 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 27 juni 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster 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 e-mailbericht van 6 oktober 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).

3.5. 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.

3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 23 november 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 24 november 2017 aan verzoekster gezonden.

- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 5 december 2017 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 28 december 2017 schriftelijk medegedeeld niet 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 24 november 2017 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 11 december 2017 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2017052758) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat bij verzoekster geen sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis dan wel verminking. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 13 december 2017 aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoekster is op 10 januari 2018 in persoon gehoord. Zij is daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.11. Bij brief van 16 januari 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 stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 17 januari 2018 aan de commissie het definitief advies uitgebracht. Een afschrift van dit advies is op 22 januari 2018 aan partijen gezonden. Zij zijn hierbij in de gelegenheid gesteld binnen tien dagen op het definitief advies te reageren. Partijen hebben van deze mogelijkheid geen gebruik gemaakt.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
- 4.1. Verzoekster heeft, mede als gevolg van drie zwangerschappen, veel klachten van haar buik. Deze klachten worden met het jaar meer en erger. Inmiddels heeft verzoekster al vele onderzoeken en behandelingen ondergaan. Met name de rugklachten en de smetplekken op de buik veroorzaken veel hinder. Door de rugklachten kan verzoekster haar werk niet goed uitvoeren en heeft zij al meerdere keren in de Ziektewet gezeten. Voor de smetklachten is zij onder behandeling bij de huisarts, maar de verschillende crèmes en zalfjes hebben tot op heden tot niets geleid. Verzoekster meent dat de ziektekostenverzekeraar op haar medische kosten kan besparen door de aangevraagde buikwandcorrectie te vergoeden. Veel van de bestaande klachten worden immers verholpen als zij geen overhangende buik meer heeft. Dit geldt ook voor de problemen met het plassen, tillen, lopen en langdurig zitten die verzoekster ondervindt.
- 4.2. Ter zitting is door verzoekster toegelicht dat zij al jaren kampt met veel pijn. Niet alleen aan haar rug, maar ook aan haar knieën, voeten en buik. Zij is hierdoor haar baan kwijtgeraakt. Verzoekster heeft revalidatie gehad, hetgeen onvoldoende heeft geholpen. Zij kan bijvoorbeeld ook niet met haar kinderen een dagje naar de dierentuin. De fysiotherapeut heeft medegedeeld dat de rug niet herstelt omdat de buik hieraan trekt/hangt. Verzoekster wil de ingreep ondergaan, niet om mooier te worden, maar om de klachten te verhelpen. Zij eet nu drie dagen per week bij haar moeder omdat zij niet bij het aanrecht kan staan. Als zij heeft gesport, moet zij twee dagen herstellen. De huisarts begrijpt ook niet waarom de ingreep niet wordt vergoed.
- 4.3. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. Op grond van de zorgverzekering bestaat aanspraak op een buikwandcorrectie indien sprake is van een (verzekerings)indicatie in de vorm van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of verminking als gevolg van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting. Van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis kan met betrekking tot een buikwandcorrectie worden gesproken bij onbehandelbaar smetten of een ernstige bewegingsbeperking. Bij onbehandelbaar smetten zijn de smetten in de buikplooien altijd aanwezig en ondanks adequate behandeling niet te voorkomen c.q. te genezen. Een operatie is dan de enige oplossing. Een ernstige bewegingsbeperking is aan de orde als de verzekerde rechtop staat en de buikhuid een kwart van de bovenbenen bedekt. Verzoekster voldoet niet aan één van deze voorwaarden, daarom is bij haar geen sprake van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis.
- 5.2. Van verminking wordt gesproken in geval van een ernstige misvorming van een lichaamsdeel en deze moet in ernst zijn te vergelijken met een derdegraads verbranding. Uit de aanvraag en de door verzoekster toegestuurde foto's blijkt niet dat dit bij haar aan de orde is.
- 5.3. De ziektekostenverzekeraar benadrukt dat de aanvraag voor de onderhavige buikwandcorrectie dateert van 2016. Dat de situatie sindsdien is verslechterd, is niet relevant, aangezien dient te worden beoordeeld hoe de situatie van verzoekster op het moment van de aanvraag was. Als deze sindsdien is verslechterd, ligt het op de weg van de plastisch chirurg om namens verzoekster een nieuwe aanvraag in te dienen.
- 5.4. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op de artikelen 14 van de zorgverzekering en 13 van 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.

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 restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen 15 e.v. van de zorgverzekering.
- 8.3. Artikel 18a van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op vergoeding van medisch-specialistische zorg, waaronder behandelingen van plastisch-chirurgische aard, bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“lid 3.1 Te vergoeden zorgkosten

Wij vergoeden behandelingen die plastisch-chirurgisch van aard zijn, als deze zijn bedoeld om de volgende zaken te corrigeren:

- a. afwijkingen in uw uiterlijk die aantoonbare lichamelijke functiestoornissen veroorzaken;
- b. verminkingen die zijn ontstaan door ziekte, een ongeval of een geneeskundige verrichting;
(...)
- f. de buikwand (abdominoplastiek), mits er sprake is van verminking of aantoonbare lichamelijke functiebeperking.
(...)"

8.4. Artikel 18a van de zorgverzekering is volgens artikel 2, eerste en tweede lid, 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. De zorgverzekering biedt dekking voor een abdominoplastiek, inclusief navelreïnsertie en reven fascia abdominalis, indien bij de verzekerde een (verzekerings)indicatie bestaat in de vorm van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis dan wel verminking als bedoeld in artikel 18a van de zorgverzekering.

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. Hiervan is bij verzoekster geen sprake.

9.3. Verder kan een aantoonbare lichamelijke functiestoornis aanwezig zijn in geval van onbehandelbaar smetten in de huidplooiën. Dit zijn door de 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.

Uit het dossier is niet gebleken dat verzoekster onder behandeling is (geweest) bij een dermatoloog. Zij wordt behandeld door de huisarts. Daar komt bij dat verzoekster heeft verklaard dat zij met name last heeft van smetten bij warm weer. Aangezien bij verzoekster daarom geen sprake is van smetten die altijd aanwezig zijn in de huidplooi, en zij - als gezegd - niet onder behandeling is (geweest) bij een dermatoloog, kan niet worden gesproken van onbehandelbaar smetten.

- 9.4. Verzoekster heeft aangevoerd dat zij door de overhangende buik last heeft van rugklachten, van haar benen, en beperkingen bij het plassen, tillen, lopen en langdurig zitten. Het Zorginstituut heeft in zijn advies van 11 december 2017 geconcludeerd dat deze klachten niet kunnen worden beschouwd als een lichamelijke functiestoornis als bedoeld in de regelgeving. De commissie neemt deze conclusie over en maakt deze tot de hare.
- 9.5. 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 aangezichtsenuw, 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. Verminking in bovenvermelde zin is bij verzoekster niet aan de orde.
- 9.6. Het voorgaande leidt ertoe dat verzoekster geen (verzekerings)indicatie als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering heeft voor een abdominoplastiek, inclusief navelreïnsertie en reven abdominalis zodat de aanvraag hiervoor terecht door de ziektekostenverzekeraar is afgewezen.
Voor zover verzoekster stelt dat de aangevraagde behandeling leidt tot een kostenbesparing, merkt de commissie op dat bij de beoordeling van een verzoek om vergoeding of verstrekking ten laste van de zorgverzekering enkel een rol speelt of de betreffende zorg onder de dekking valt, zoals omschreven in de voorwaarden. Voor substitutie van zorg, in die zin dat vanwege kostenbesparing zorg wordt vergoed die niet is gedekt, is in de huidige regelgeving die ten grondslag ligt aan de zorgverzekering geen mogelijkheid opgenomen.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.7. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor de onderhavige zorg, zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden toegewezen.

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, 7 maart 2018,

J.A.M. Strens-Meulemeester