



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

Zaaknummer : 201701402

Zittingsdatum : 7 februari 2018

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo)

(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. te Tilburg, en
 - 2) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar U.A. 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 Zorg-op-maatpolis (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 50+ 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.
- De eveneens door verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar afgesloten aanvullende verzekering Tandarts Sticol 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 (hierna: de aanspraak). Bij brief van 28 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 2 juni 2017 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 18 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 12 december 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 20 december 2017 aan verzoekster gezonden.
-  3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar hebben op respectievelijk 26 december 2017 en 30 januari 2018 schriftelijk medegedeeld telefonisch 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 20 december 2017 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 17 januari 2018 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2017057811) 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 18 januari 2018 aan partijen gezonden.
-  3.10. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 7 februari 2018 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
-  3.11. Bij brief van 12 februari 2018 heeft de commissie het Zorginstituut een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 14 februari 2018 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen 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 verzoekster
-  4.1. Verzoekster heeft in het verleden twee jaar gespaard om voor eigen rekening een liposuctie van de buik te laten uitvoeren. Deze ingreep heeft ertoe geleid dat zij ruim 25 kilo is afgevallen. Omdat verzoekster kampt met een darmstoornis was verder afvallen niet mogelijk. In 2016 heeft zij voor de eerste keer een aanvraag ingediend voor een buikwandcorrectie. Hierop volgde een brief van de ziektekostenverzekeraar van 29 juli 2016 waarin verzoekster het volgende werd medegedeeld: *"Wij vergoeden een buikwandcorrectie als uw gewicht minimaal een jaar stabiel is en uw BMI (Body Mass index) 30 of lager is. Uit uw aanvraag blijkt dat uw gewicht nog geen jaar stabiel is. Is uw gewicht minimaal een jaar stabiel en hebt u nog steeds klachten? Dan kan de specialist een nieuwe aanvraag indienen."*
-  4.2. Nadat het gewicht van verzoekster in 2017 een jaar lang stabiel was en haar BMI minder dan 30 beliep, heeft zij een nieuwe aanvraag gedaan voor een buikwandcorrectie. Verzoekster verkeerde in de veronderstelling dat het indienen van de aanvraag slechts een formaliteit was, omdat zij inmiddels voldeed aan de in de brief van 29 juli 2016 genoemde criteria. Tot haar ontsteltenis heeft de ziektekostenverzekeraar ook de nieuwe aanvraag afgewezen, echter dit keer op andere gronden. Verzoekster stelt dat de ziektekostenverzekeraar in redelijkheid niet steeds zijn afwijsgonden kan wijzigen.
-  4.3. Verzoekster merkt verder op dat zij veel hinder heeft van haar buik. Met name de aanwezige smetplekken veroorzaken veel overlast, maar door de plekken goed schoon te houden en gaasjes en poeders te gebruiken zijn deze wel redelijk te behandelen. Indien de ziektekostenverzekeraar een vergoeding verleent voor een buikwandcorrectie zou dit voor verzoekster veel betekenen. De problemen met het afvallen en de overhangende buik veroorzaken naast de lichamelijke klachten namelijk ook veel psychische klachten.

- 4.4. Ter zitting heeft verzoekster haar standpunt herhaald.
- 4.5. 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 artikel B.4.5. van de zorgverzekering bestaat aanspraak op een behandeling van plastisch chirurgische aard indien deze is bedoeld ter correctie van een afwijking in het uiterlijk die een aantoonbare lichamelijke functiestoornis veroorzaakt, of ter correctie van een verminking als gevolg van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting. In de 'Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch-chirurgische aard' van de VAGZ is bepaald dat daarnaast de BMI 30 of minder moet zijn en ten minste twaalf maanden stabiel. De ziektekostenverzekeraar is met verzoekster van mening dat zij in 2017 aan dit laatste criterium voldoet.
- 5.2. Een stabiele BMI van 30 of minder alleen is echter niet voldoende om in aanmerking te komen voor een buikwandcorrectie. Daarnaast moet sprake zijn van een verzekeringsindicatie als hiervoor genoemd. In dat verband geldt dat van verminking kan worden gesproken bij een verworven aandoening, zoals misvormingen door brandwonden, misvormingen aan handen door reuma, misvormingen door verlamming van de aangezichtszenuw, of amputatie van ledematen. Dit is bij verzoekster niet aan de orde.
- 5.3. 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 daar aanwezig en ondanks adequate behandeling niet te voorkomen dan wel te genezen. Een operatie is dan de enige oplossing. Verzoekster voldoet niet aan deze voorwaarde. Niet is komen vast te staan dat bij haar sprake is van onbehandelbaar smetten.
Een ernstige bewegingsbeperking bestaat als de buikhuid van verzekerde in rechtopstaande positie een kwart van de bovenbenen bedekt.
Gezien het voorgaande concludeert de ziektekostenverzekeraar dat bij verzoekster geen aantoonbare lichamelijke functiestoornis aanwezig is.
- 5.4. Voor zover verzoekster stelt dat de ziektekostenverzekeraar in zijn brief van 29 juli 2016 bepaalde verwachtingen heeft gewekt, deelt de ziektekostenverzekeraar deze mening niet. Indien de ziektekostenverzekeraar namelijk bij een aanvraag voor een buikwandcorrectie constateert dat geen sprake is van een stabiel gewicht gedurende minimaal een jaar en/of de BMI hoger is dan dertig, wordt de aanvraag reeds op grond van deze informatie afgewezen. Dit betekent dat op dat moment (nog) niet wordt getoetst of sprake is van een verzekeringsindicatie in de vorm van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of verminking. Daar komt bij dat in de brief van 29 juli 2017 staat vermeld dat, in het geval het gewicht minimaal een jaar stabiel is, een nieuwe aanvraag kan worden ingediend. Uit de recente aanvraag blijkt dat bij verzoekster, als gezegd, geen sprake is van een verzekeringsindicatie.
- 5.5. Een gedeeltelijke vergoeding van de kosten is niet mogelijk indien niet is voldaan aan de voorwaarden. De omstandigheid dat verzoekster geen financiële middelen heeft om de behandeling zelf te bekostigen, mag geen rol spelen bij de beoordeling.
- 5.6. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt herhaald en is door hem benadrukt dat in de brief van 29 juli 2016 niet staat vermeld dat indien het gewicht één jaar stabiel is zonder meer een vergoeding voor een buikwandcorrectie volgt. In de betreffende brief staat alleen dat alsdan een nieuwe aanvraag kan worden ingediend. Nadat verzoekster de nieuwe aanvraag had ingediend, is haar bij brief van 15 september 2017 medegedeeld dat niet kan worden gesproken van een (verzekerings)indicatie in de vorm van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of verminking.

5.7. 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 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.

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 gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen B.1. e.v. van de zorgverzekering.

8.3. Artikel B.4.5. van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op een behandeling van plastisch-chirurgische aard bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"Zorg: waar hebt u recht op?"

De zorg omvat behandelingen van plastisch-chirurgische aard volgens de standaard van plastisch chirurgen. 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; (...)"

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.

Behandeling van plastisch-chirurgische aard is, als onderdeel van medisch specialistische zorg, 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 buikwandcorrectie indien bij de verzekerde een (verzekerings)indicatie bestaat in de vorm van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis dan wel verminking als bedoeld in artikel B.4.5. 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 lengtes 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 huidplooien. Dit zijn door de dermatoloog niet te voorkomen of niet te genezen smetten in de huidplooien 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 behandelt de smetklachten zelf door middel van gaasjes en poeders. Daar komt bij dat zij 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. 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.
- 9.5. Het voorgaande leidt ertoe dat verzoekster geen (verzekerings)indicatie als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering heeft voor een buikwandcorrectie. De door verzoekster genoemde psychische klachten vormen, hoe vervelend ook, geen (verzekerings)indicatie voor de aangevraagde behandeling. Zij heeft derhalve geen aanspraak op deze behandeling ten laste van de zorgverzekering.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

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

Schriftelijke toezegging

- 9.7. Verzoekster stelt dat zij voorafgaand aan de onderhavige aanvraag, te weten op 29 juli 2016, van de ziektekostenverzekeraar een brief heeft ontvangen waarmee deze bij haar de verwachting heeft gewekt dat een buikwandcorrectie zonder meer wordt vergoed indien (i) haar gewicht minimaal een jaar stabiel is en (ii) haar BMI 30 of lager is. De commissie kan verzoekster hierin volgen. In de betreffende brief is namelijk geen enkel voorbehoud gemaakt ten aanzien van de overige criteria en/of de verzekeringsindicatie. Hoewel de ziektekostenverzekeraar in de procedure heeft toegelicht dat - om praktische redenen - eerst aan voornoemde criteria wordt getoetst, en dat pas als hieraan is voldaan de beoordeling van de verzekeringsindicatie aan de orde komt - die naar sindsdien is vastgesteld bij verzoekster ontbreekt -, neemt dit niet weg dat deze gang van zaken verzoekster ten tijde van de aanvraag niet bekend was. Zij mocht er daarom op vertrouwen dat indien haar gewicht een jaar lang stabiel was en haar BMI 30 of lager was, de alsdan in te dienen aanvraag voor een buikwandcorrectie zou worden goedgekeurd. Dat aan beide criteria is voldaan, is tussen partijen niet in geschil. Derhalve is de ziektekostenverzekeraar gehouden de aanspraak alsnog in te willigen.

Conclusie

- 9.8. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen.
- 9.9. Aangezien het verzoek wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,- aan verzoekster te vergoeden.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek toe.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden het entreegeld van € 37,-.

Zeist, 7 maart 2018,

A.I.M. van Mierlo