



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 : 201700154
Zittingsdatum : 21 februari 2018

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. H.A.J. Kroon)

(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

- 1) Menzis Zorgverzekeraar N.V. te Wageningen, en
 - 2) Menzis N.V. te Wageningen,
- 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 grond van de verzekering Menzis Basis (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 GarantVerzorgd 2 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 GarantTandVerzorgd 650 is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.


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 20 december 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 10 januari 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 brief van 23 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 22 december 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 2 januari 2018 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 8 januari 2018 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 11 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 22 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 22 januari 2018 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2017058301) 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. Daarnaast is het verband niet aangetoond tussen de andere genoemde klachten en het huidoverschot. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 31 januari 2018 aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoekster is op 21 februari 2018 in persoon gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch aan de hoorzitting deelgenomen. 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 de ziektekostenverzekeraar verzocht een inhoudelijke reactie te geven op de ter zitting door verzoekster overgelegde verklaring van haar behandelend uroloog. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 6 maart 2018 de gevraagde informatie gezonden. Een afschrift hiervan is op dezelfde dag aan verzoekster gestuurd waarbij zij in de gelegenheid is gesteld hierop binnen tien dagen te reageren. Van de geboden mogelijkheid heeft verzoekster geen gebruik gemaakt.
- 3.12. Bij brief van 20 maart 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 aantekeningen en nagekomen stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 30 maart 2018 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen en nagekomen 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 verzoekster
- 4.1. De behandelend plastisch chirurg heeft over verzoekster het volgende verklaard: *"via HA: Veel afgevallen 165- nr 93; totaal 72 kilo/geen gastric bypass operatie maar zelfstandig gedaan. klachten vulva, vooral bij mictie, plas gaat alle kanten op afgevallen. Meer dan 1 jr stabiel; met kerst 2 jaar. Klachten: lage rugpijn, pijn knieën/enkel/schouders. Last bij beweging, het hangt, smetten, schaamte ++. Eindelijk normaal postuur echter voelt zeer beperkt en afunctioneel"*.
- 4.2. In aanvulling op hetgeen de plastisch chirurg heeft verklaard stelt verzoekster dat zij veel klachten heeft van haar buik. Deze klachten worden met het jaar meer en erger. Inmiddels heeft verzoekster al vele onderzoeken en behandelingen ondergaan. Met name de pijn in haar enkels, knieën, rug en schouders beperken verzoekster erg in haar dagelijks functioneren. Naast deze klachten heeft verzoekster last van smetten. Hiervoor is zij onder behandeling geweest bij een dermatoloog, maar de verschillende crèmes en zalfjes hebben tot op heden tot niets geleid. Met name als de temperatuur buiten oploopt worden de smetklachten erger.

-  4.3. Voorts stelt verzoekster dat zij het ergerlijk vindt dat de ziektekostenverzekeraar haar klachten bagatelliseert. Door de vergrote venusheuvel heeft zij last bij het plassen. Verzoekster erkent dat zij voor deze klachten geen uroloog heeft bezocht, maar een plastisch chirurg is even bekwaam om de oorzaak van de klachten vast te stellen. Daar komt bij dat de ziektekostenverzekeraar geen contact heeft gezocht met haar behandelend arts. Het bezoek aan de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar duurde maar twintig seconden.
-  4.4. Ter zitting heeft verzoekster haar standpunt herhaald. Daarnaast is door verzoekster een verklaring overgelegd van haar behandelend uroloog waarin deze concludeert dat er mictiebezwaren zijn bij een externe blokkade van de plasstraal door een voorhangend vetschort.
-  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. Een buikwandcorrectie kan alleen worden vergoed vanuit de zorgverzekering indien sprake is van een verzekeringsindicatie 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 huidplooiën 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 buikplooi minimaal een kwart van de lengte 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 vergelijking met de foto's van verzoekster is duidelijk te zien dat in haar situatie geen sprake is van Pittsburgh Rating Scale graad 3. Verder geldt een meer algemene voorwaarde dat de BMI 30 of minder moet zijn en ook gedurende twaalf maanden stabiel.
-  5.4. De klachten van verzoekster worden zeker niet onderschat, maar deze vormen geen (verzekerings)indicatie voor een buikwandcorrectie. Er is geen sprake van onbehandelbare smetten, een ernstige bewegingsbeperking of verminking.
-  5.5. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar benadrukt dat tot op heden door verzoekster niet is aangetoond dat sprake is van onbehandelbaar smetten.
In reactie op de door verzoekster overgelegde verklaring van de uroloog stelt de ziektekostenverzekeraar dat uit de betreffende verklaring niet blijkt van geobjectiveerde mictieproblemen. Dit leidt de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar af uit het feit dat geen sprake is van een urineweginfectie, er een goede blaaslediging is en verzoekster een normale straat en meatus heeft. Voorts heeft de uroloog in dezelfde verklaring het volgende vermeld: "om de klachten echt te objectiveren zou een mictiecystogram kunnen worden gemaakt, maar pte wil geen foto/aanvullend onderzoek".
Dat de door verzoekster genoemde klachten worden veroorzaakt door het vetschort is derhalve niet komen vast te staan.
-  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 de voorwaarden van de zorgverzekering en 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 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 voorwaarden van de zorgverzekering.


 8.3. Op bladzijde 34 van de voorwaarden van de zorgverzekering staat wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op behandeling van plastisch-chirurgische aard bestaat en de betreffende passage luidt, voor zover hier van belang:

"Welke zorg

U heeft recht op behandelingen van plastische 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; (...)"*

 8.4. Volgens de voorwaarden van de zorgverzekering zijn deze 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 de voorwaarden 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 lengte 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 thans onder behandeling is bij een dermatoloog; zij behandelt de smetklachten zelf door middel van zalfjes. 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 - hiervoor niet (meer) onder behandeling is 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 enkels, knieën en schouders, en beperkingen bij het plassen. Het Zorginstituut heeft in zijn advies van 22 januari 2018 geconcludeerd dat deze klachten en beperkingen 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.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.7. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde, 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, 4 april 2018,

H.A.J. Kroon