

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen E te F
Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, plastische chirurgie,
abdominoplastiek
Zaaknummer : 2011.02200
Zittingsdatum : 16 mei 2012

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. H.P. Ch. van Dijk)

(Voorwaarden zorgverzekering 2010, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2010, artikel 20 Vo 883/2004)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door C te D,

tegen

E te F, 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 basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] Zorgverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Plus Aanvullende verzekering (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering) en het Tand Beter Pakket afgesloten. Het Tand Beter Pakket is niet in geschil en blijft in het vervolg buiten beschouwing. Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van een abdominoplastiek met navelrepositie, ondergaan te Tongeren (België) (hierna: de aanspraak). Bij brief van 19 april 2012 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 6 mei 2011 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 24 januari 2012 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 stuk-

ken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 16 maart 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 26 maart 2012 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 17 april 2012 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 26 maart 2012 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 19 april 2012 heeft het CVZ (zaaknummer 2012041606) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat verzoekster geen indicatie heeft voor een abdominoplastiek, omdat bij haar geen sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis dan wel verminking als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 16 mei 2012 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ. Na de zitting is door verzoekster een aanvullend stuk ingebracht. Een afschrift hiervan is aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 3.10. Bij brief van 21 mei 2012 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting en het nagekomen stuk gezonden met het verzoek mede te delen of het verslag en het nagekomen stuk aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 25 mei 2012 de commissie medegedeeld dat het verslag en het nagekomen stuk geen aanleiding vormen tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. De plastisch chirurg heeft het volgende verklaard: *“Bij [verzoekster] werd op 28.06.2010 een abdominoplastie met navelrepositie uitgevoerd omwille van recidiverende schimmelinfecties bij eczemateuze huid in de huidplooien van de buikwand en in de liesplooien. Tevens bestond bij patiënte een ernstige rectusdiastase. Patiënte was in het laatste jaar tevens 20 Kg vermagerd. Omwille van deze absolute medische indicatie vraagt bovengenoemde patiënte om financiële tussenkomst uwentwege. (...)”*
- 4.2. Vanwege een gewichtsverlies van meer dan 20 kilo en een periode van psychisch lijden heeft verzoekster haar huisarts verzocht om een verwijzing naar de plastisch chirurg voor een buikwandcorrectie. Uit de door de ziektekostenverzekeraar verstrekte informatiekraant heeft verzoekster begrepen dat zij vanuit haar aanvullende ziektekostenverzekering aanspraak heeft op vergoeding van een bedrag van € 2.500,--. Zij was niet op de hoogte van de in de voorwaarden gestelde nadere eisen.
- 4.3. Voor zover verzoekster geen aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van de ingreep ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering, geldt dat zij een indi-

catie had voor een buikwandcorrectie ten laste van de zorgverzekering. De ingreep was medisch noodzakelijk vanwege onder andere dermatologische klachten.

4.4. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. De zorgverzekering biedt dekking voor een buikwandcorrectie indien sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. Hierbij kan gedacht worden aan onbehandelbaar smetten in de huidplooien of een ernstige bewegingsbeperking, waarbij de buikschort minimaal een kwart van de lengteas van de bovenbenen bedekt. Verder bestaat aanspraak op de ingreep in geval van ernstige verminking. Niet aanneemelijk is geworden dat sprake was van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of van ernstige verminking, zodat verzoekster geen aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van een buikwandcorrectie, ten laste van de zorgverzekering.

5.2. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt dekking voor een buikwandcorrectie indien de diepte van de buikhuidplooi, aan de binnenzijde gemeten, minimaal zes centimeter bedraagt, en smetten aanneemelijk is, terwijl de BMI gelijk of lager dient te zijn dan 30. Aan deze vereisten voldoet verzoekster niet, zodat zij geen aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van de buikwandcorrectie, ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

5.3. In de nieuwsbrief waarnaar verzoekster verwijst, is vermeld dat de polisvoorwaarden leidend zijn. In deze voorwaarden is duidelijk vermeld aan welke eisen moet zijn voldaan om voor de vergoeding van € 2.500,- in aanmerking te komen.

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 10 van de zorgverzekering en 7 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 gecontracte-

teerde zorgverleners. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 tot en met 34 van de zorgverzekering.

- 8.3. Artikel 18 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op behandeling van plastisch-chirurgische aard bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“Uw recht op geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 13 (Medisch specialistische zorg) omvat behandeling van plastisch-chirurgische aard, uitsluitend als deze strekt tot correctie van:

1. *afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;*
2. *verminderingen die het gevolg zijn van een ziekte, een ongeval of een geneeskundige verrichting; (...)*”

- 8.4. Artikel 9 van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

“Als u woont of tijdelijk verblijft in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland kunt u voor zorg kiezen uit:

- *zorg volgens het wettelijke verzekeringspakket in een EU-/EER-land of verdragsland, als dit voor u van toepassing is. Dit recht op zorg is geregeld in de EU-sociale-zekerheidsverordening of een sociaalzekerheidsverdrag;*
- *zorg door een zorgaanbieder of zorginstelling die door [de ziektekostenverzekeraar] is gecontracteerd;*
- *vergoeding van de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. De kosten worden vergoed tot maximaal het bedrag dat u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. (...)*”

- 8.5. Artikel 1.2 van de zorgverzekering luidt, voor zover hier van belang:

“U hebt recht op (vergoeding van de kosten van) zorg zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden als u op de zorgvorm naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen en als de zorgvorm doelmatig en doeltreffend is. (...)”

- 8.6. De artikelen 1.2, 9 en 18 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2.9 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.7. 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 verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Plastische chirurgie is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.1 Rzv.

Artikel 2.1 lid 3 Bzv bepaalt dat een verzekerde slechts recht heeft op een bepaalde vorm van zorg of een dienst voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

Artikel 13 Zvw regelt de aanspraak op zorg indien een verzekerde kiest voor een zorgaanbieder die niet door de zorgverzekeraar is gecontracteerd.

- 8.8. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.

- 8.9. Artikel 39 van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op een buikwandcorrectie en luidt, voor zover hier van belang:

“Omschrijving:

correctie van de buikwand.

Wie mag de zorg verlenen:

medisch specialist.

Verwijzing door:

huisarts of medisch specialist.

Indicatie:

een overhangende buikhuidplooi waarbij de diepte van de plooi – aan de binnenzijde gemeten – 6 cm of meer bedraagt waarbij smetten aannemelijk is. Uw gewicht moet in verhouding staan tot uw lichaamslengte (BMI ≤ 30).

Machtiging:

ja, de machtigingsaanvraag moet een brief bevatten van de behandelend medisch specialist die de aard en de omvang van de afwijking vermeldt.

Vergoeding:

(...)

Plus Aanvullende Verzekering

maximaal € 2.500

Bijzonderheden:

als u aanspraak kunt maken op een vergoeding uit de zorgverzekering dan geldt de vergoeding uit de Plus Aanvullende Verzekering niet.”

- 8.10. Artikel 20 van Vo 883/2004 luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

- “1. Tenzij in deze verordening anders is bepaald, moet een verzekerde die naar een andere lidstaat reist met het oogmerk gedurende zijn verblijf verstrekkingen te ontvangen, daarvoor toestemming van het bevoegde orgaan vragen.
2. Een verzekerde die van het bevoegde orgaan toestemming heeft gekregen om zich naar een andere lidstaat te begeven met het oogmerk om daar een voor zijn gezondheidstoestand passende behandeling te ondergaan, heeft recht op verstrekkingen die voor rekening van het bevoegde orgaan worden verleend door het orgaan van de verblijfplaats, volgens de door dit orgaan toegepaste wetgeving, alsof hij krachtens die wetgeving verzekerd was. De toestemming mag niet worden geweigerd wanneer de desbetreffende behandeling behoort tot de prestaties waarin de wetgeving van de lidstaat waar betrokkene woont, voorziet, en die behandeling hem, gelet op zijn gezondheidstoestand van dat moment en het te verwachten ziekteverloop, in laatstbedoelde lidstaat niet kan worden gegeven binnen een termijn die medisch verantwoord is. (...)”

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Aangezien verzoekster niet voorafgaand aan de ingreep toestemming heeft gevraagd aan de ziektekostenverzekeraar, kan toetsing aan Vo 883/2004 achterwege blijven. Op grond van het Verdrag tot oprichting van de Europese Gemeenschap (EG), thans Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie (VWEU), dient aan de voorwaarden van de zorgverzekering te worden getoetst, meer specifiek artikel 9, onder het derde gedachtestreepje.

- 9.2. Vast staat dat de door verzoekster ondergane ingreep een verzekerde prestatie vormt onder de zorgverzekering. De vraag die dient te worden beantwoord, is of zij hiervoor ten tijde van de ingreep een indicatie had.
- 9.3. Een indicatie voor een buikwandcorrectie is aanwezig indien sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. Hierbij kan worden gedacht aan onbehandelbaar smetten in de huidplooien, dat daar altijd aanwezig is en waarbij een operatie nog de enige oplossing van het probleem vormt. Uit de door verzoekster overgelegde stukken is niet gebleken dat bij haar sprake is van onbehandelbaar smetten. De plastisch chirurg heeft verklaard dat zij last had van schimmelinfecties bij een eczemateuze huid, doch niet is gebleken of hiervoor conservatieve behandelingen zijn geprobeerd. Door verzoekster is bevestigd dat zij niet is gezien door een dermatoloog, hetgeen in de rede zou hebben gelegen. Van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis is voorts sprake bij een ernstige bewegingsbeperking. Dit is aan de orde indien het buikschort in staande positie minimaal een kwart van de lengte van het bovenbeen bedekt. Niet is gebleken dat verzoekster voorafgaand aan de ingreep aan dit criterium voldeed. Ook anderszins is bij haar niet gebleken van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis.
- 9.4. Voorts kan een indicatie bestaan voor een buikwandcorrectie bij verminking als gevolg van een ziekte, een ongeval of een geneeskundige verrichting. Van verminking is slechts sprake in geval van een ernstige misvorming, die al dan niet met weefseldefecten gepaard gaat (zie ook GcZ, 5 november 2007, ANO07.289). 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 in bovenvermelde zin is in het onderhavige geval geen sprake.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.5. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt dekking voor een buikwandcorrectie indien de diepte van de overhangende buikhuidplooi – aan de binnenzijde gemeten – minimaal zes centimeter bedraagt, en smetten aannemelijk is. Als aanvullend vereiste geldt dat de BMI gelijk of lager dient te zijn dan 30. Niet is gebleken dat verzoekster voldoet aan de in de hiervoor genoemde criteria, zodat zij geen aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van de ingreep, ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

Informatiekrant

- 9.6. Verzoekster heeft verder aangevoerd dat zij uit een informatiekrant van de ziektekostenverzekeraar heeft opgemaakt dat zij de kosten van de ingreep tot een bedrag van € 2.500,-- zonder meer vergoed zou krijgen. De ziektekostenverzekeraar heeft hier tegenin gebracht dat in de betreffende brochure is vermeld dat hieraan geen rechten kunnen worden ontleend en dat de polisvoorwaarden leidend zijn. Door verzoekster is slechts een deel van de door haar bedoelde informatiekrant overgelegd. De ziektekostenverzekeraar heeft op verzoek van de commissie de gehele informatiekrant overgelegd. Hierin is duidelijk vermeld dat het gaat om een beknopte weergave van de veranderingen in de vergoedingen voor het jaar 2010. Voor

de volledige aanspraak wordt verwezen naar de verzekeringsvoorwaarden. Verzoeker kan dan ook geen rechten ontleen aan de informatiekrant.

Conclusie

9.7. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 30 mei 2012,

Voorzitter