

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C en E beide te D
Zaak : Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, abdominoplastiek
Zaaknummer : 2010.00083
Zittingsdatum : 23 juni 2010

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden zorgverzekering 2009, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2009)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

1) C, en

2) E beide te D,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar verzocht om verstrekking of vergoeding van een abdominoplastiek (hierna: de aanspraak), welke aanspraak bij beslissing van 4 mei 2009 is afgewezen.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Vrije Keuze Basisverzekering (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 Vrije Keuze Optifit (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering) en Tandfit C afgesloten. De Tandfit C is niet in geschil en blijft daarom in het vervolg buiten beschouwing. Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van de onder 2 omschreven beslissing gevraagd. Bij brief van 24 november 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn standpunt 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 7 maart 2010 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 ad € 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 27 april 2010 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 28 april 2010 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 5 mei 2010 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. Bij brief van 7 juni 2010 heeft zij vervolgens afgezien van horen. De ziektekostenverzekeraar heeft op 21 juni 2010 telefonisch medegedeeld eveneens niet gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 28 april 2010 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 14 mei 2010 heeft het CVZ (zaaknummer 2010059736) 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 CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
 - 4.1. De behandelend plastisch chirurg heeft bij verzoekster de volgende diagnose gesteld: "Ptosis abdominalis na gewichtsreductie van 23 kg. Met mechanische klachten".
 - 4.2. Op 14 december 2009 heeft de behandeling plaatsgevonden op vergoeding waarvan verzoekster aanspraak maakt, overeenkomstig de wijze zoals in de aanvraag vermeld.
 - 4.3. Verzoekster stelt dat zij als gevolg van een slecht werkende schildklier enige tijd geleden kampte met overgewicht. Nadat zij daarvoor medicijnen heeft voorgeschreven gekregen, is zij – met hetzelfde eetpatroon – 23 kilo afgevallen. Als gevolg daarvan is echter een overhang van de buikhuid ontstaan, hetgeen overmatig zweten veroorzaakte. Het was daardoor noodzakelijk dat verzoekster zich meermalen per dag verschoonde. Gelet op het voorgaande is bij verzoekster sprake van een lichamelijke functiestoornis als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering.
 - 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 ziektekostenverzekeraar stelt dat bij verzoekster geen sprake is van een lichamelijke functiestoornis dan wel verminking als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering, zodat zij geen aanspraak heeft op de vergoeding van een abdominoplastiek. De schildklierafwijking is niet aan te merken als een lichamelijke functiestoornis, omdat deze aandoening geen direct verband houdt met de overhangende buikhuid. Met andere woorden: een abdominoplastiek zal de schildklierafwijking niet wegnemen. Uit de medische stukken blijkt dat geen sprake is van onbehandelbaar smetten.

5.2. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag terecht is afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. De commissie is 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 een abdominoplastiek aan verzoekster te vergoeden, 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 'Deel B Omvang Dekking' van de zorgverzekering. Artikel 4 van 'Deel B Omvang Dekking' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op plastisch-chirurgische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"(...)

c. Behandelingen van plastisch-chirurgische aard

Op vergoeding van kosten van behandeling van plastisch-chirurgische aard bestaat aanspraak indien een en ander strekt ter correctie van:

1. afwijkingen van het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;

2. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;

(...)

lid 3

Geen aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor:

(...)

4. abdominoplastiek, tenzij sprake is van afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen of verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;(..."

8.3. Artikel 4 van 'Deel B Omvang Dekking' van de zorgverzekering is volgens artikel 2 lid 1 van 'Deel A Algemene Bepalingen' van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.4. Artikel 11, lid 1, onderdeel b 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 vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.

Plastisch-chirurgische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.1 Rzv.

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

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Een abdominoplastiek komt voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking indien sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis, dan wel verminking als gevolg van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting.
- 9.2. Bij een lichamelijke functiestoornis dient het te gaan om klachten die worden veroorzaakt door de overhangende buikhuid. De klachten moeten weggenomen dan wel verminderd worden door het uitvoeren van de abdominoplastiek. Voorbeelden van lichamelijke functiestoornissen zijn een ernstige bewegingsbeperking en het onbehandelbaar smetten van de overhangende buikhuid.
Van een ernstige bewegingsbeperking is naar het oordeel van de commissie sprake indien in staande positie het buikschort minimaal een kwart van de lengteas van de bovenbenen bedekt. Zo is dit ook in de toelichting op de wijziging van artikel 2.1 van de Rzv verwoord. Daarvan is bij verzoekster niet gebleken.
Onder onbehandelbaar smetten moet worden verstaan dat het smetten in huidplooiën door een dermatoloog niet kan worden voorkomen of niet is te genezen, daar altijd aanwezig is en waarbij de reden van het conservatief falen duidelijk te objectiveren is, zodat een operatie nog de enige oplossing van het probleem vormt. Verzoekster heeft toegelicht last te hebben van smetten, maar dit te kunnen behandelen door zich meermalen per dag te verschonen.
De schildklierafwijking van verzoekster kan niet worden aangemerkt als een aantoonbare lichamelijke functiestoornis als bedoeld in de regelgeving. De gewichtstoename, en de daardoor ontstane overhangende buikhuid zijn weliswaar door deze aandoening veroorzaakt, maar de aandoening zal niet worden weggenomen door het uitvoeren van de abdominoplastiek.
- 9.3. 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 aangezichtszenew, misvorming door brandwonden, replantatie van ledematen, reconstructie van geamputeerde ledematen of van geamputeerde mammae. Van verminking in bovenvermelde zin is in het onderhavige geval niet gebleken.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.4. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor een abdominoplastiek, zodat de bespreking daarvan achterwege kan blijven.

Conclusie

- 9.5. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
- 10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 23 juni 2010,

Voorzitter