

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C te D en E te F
Zaak : Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, dermolipectomie van
de benen, buikwandcorrectie
Zaaknummer : 2010.00459
Zittingsdatum : 8 september 2010

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

(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 te D en

2) E te F

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen de beslissingen van de ziektekostenverzekeraar waarbij de aanvragen voor een buikwandcorrectie en een dermoliplectomie van de benen (hierna: de aanspraak) zijn afgewezen.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvragen was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de ZorgVerzorgd (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 ExtraVerzorgd 3 en TandVerzorgd 3 afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Over de periode van 1 juni 2009 tot 1 januari 2010 zijn deze verzekeringen geroyeerd geweest. Alle genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). Nu de aanvullende verzekering ten tijde van de aanvragen geroyeerd was biedt deze geen dekking voor het gevraagde en blijft daarom verder onbesproken.
- 3.2. Onder andere bij brief van 13 oktober 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.3. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 28 januari 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. Bij brief van 21 februari 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 (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 stukken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 1 juni 2010 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 4 juni 2010 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 7 juni 2010 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 4 juni 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 15 juni 2010 heeft het CVZ (zaaknummer 2010073982) 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 een vermindering. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 16 juni 2010 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 8 september 2010 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 9 september 2010 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of het verslag aanleiding geeft tot aanpassing van het voorlopige advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 13 september 2010 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopige advies als definitief kan worden beschouwd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Verzoekster stelt dat zij in september 2007 een gastric bypass operatie heeft ondergaan waardoor zij 80 kg is afgevallen. Verder afvallen is niet mogelijk. Door het grote gewichtsverlies is een overschot aan huid ontstaan waardoor zij veel last van irritatie van de huid en voortdurend pijnklachten heeft.
- 4.2. Ter zitting is door verzoekster aangevoerd dat zij een gastric bypass heeft ondergaan, als gevolg waarvan zij 80 kg is afgevallen. Na dit grote gewichtsverlies kampt verzoekster nu met een overschot aan huid. Met name in haar dagelijkse bezigheden ondervindt zij hiervan hinder. Soms ontstaan er rode plekken, maar is daarvoor niet onder behandeling van een dermatoloog. Voorts stelt verzoekster dat zij heeft vernomen dat verschillende andere patiënten, met een vergelijkbare situatie, de operatie wel van hun ziektekostenverzekeraar vergoed krijgen.
- 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. De ziektekostenverzekeraar stelt, met betrekking tot de aangevraagde buikwandcorrectie, dat alvorens wordt getoetst aan de overige voorwaarden, gedurende minimaal één jaar sprake dient te zijn van een Body Mass Index (BMI) van 30 of minder, voordat gesproken kan worden van doelmatige zorgverlening. Volgens de gegevens van de adviserend geneeskundige bedraagt de BMI van verzoekster 31,2. Dit maakt dat de door haar gevraagde buikwandcorrectie reeds op die grond niet voor vergoeding in aanmerking komt.
- 5.2. Met betrekking tot de tevens aangevraagde dermolipectomie van de benen stelt de ziektekostenverzekeraar, onder verwijzing naar de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden, dat verzoekster geen indicatie heeft voor een dermolipectomie. Verzoekster kampt niet met een afwijking in het uiterlijk die gepaard gaat met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen, dan wel een verminking die het gevolg is van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting.
- 5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat de klachten van verzoekster geen reden vormen voor vergoeding. Voor het kalenderjaar 2011 kan verzoekster een aanvullende ziektekostenverzekering afsluiten, zodat zij een deel van de kosten vergoed kan krijgen. Voor zover verzoekster stelt dat andere verzekeraars de kosten wel vergoeden merkt de ziektekostenverzekeraar op dat deze niet is gebonden aan het beleid van andere verzekeraars.
- 5.4. 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 bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

- 7.1. In geschil is of verzoekster aanspraak kan maken op een buikwandcorrectie en een dermolipectomie van de benen ten laste van de zorgverzekering.

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 zorgverleners. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen B10 e.v. van de zorgverzekering. Artikel B27 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op plastische chirurgie bestaat en luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

“Plastische chirurgie is een chirurgisch specialisme waarin men zich richt op het uit functioneel (soms esthetisch) oogpunt aanpassen van het uiterlijk, bijvoorbeeld het herstellen van aangeboren of opgelopen verminkingen. Plastische chirurgie is zeer beperkt opgenomen in de Basisverzekering.

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,
(...)”*

- 8.3. Artikel B27 van de zorgverzekering is volgens artikel B1 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.4. 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.
- 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
- 9.1. Voor een buikwandcorrectie bestaat onder meer een indicatie indien sprake is van een lichamelijke functiestoornis, waarvan, blijkens de toelichting op de wijziging van de Rzv, sprake kan zijn als de verzekerde last heeft van onbehandelbaar smetten. 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. Door verzoekster is weliswaar gesteld dat sprake is van smetten, maar niet dat het daarbij onbehandelbaar smetten betreft; zij is daarvoor niet onder behandeling (geweest) bij een dermatoloog.
- 9.2. Een indicatie voor een buikwandcorrectie kan voorts aanwezig zijn in geval van een ernstige bewegingsbeperking. Hiervan is naar het oordeel van de commissie eerst 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 de Rzv verwoord. Een dergelijke situatie is bij verzoekster - gezien de overgelegde foto's - niet aan de orde.
- 9.3. Van verminking kan worden gesproken, in geval van een ernstige deformiteit, al of niet met weefseldefecten gepaard gaande. In dit verband is sprake van een verminking in geval van een misvorming die vergelijkbaar is met bijvoorbeeld een derdegraads brandwond. Een overhang van de buikhuid valt hier niet onder.
- 9.4. Verder merkt de commissie ter informatie van verzoekster nog op dat indien wél een indicatie zou bestaan - hetgeen niet het geval is - de buikwandcorrectie alleen voor vergoeding in aanmerking indien de BMI gedurende ten minste twaalf aaneengesloten maanden minder dan 30 bedraagt. Verzoekster had ten tijde van het bezoek aan

de adviserend geneeskundige een BMI van 31,2 (85 kg gedeeld door 1.65 in het kwadraat).

- 9.5. Met betrekking tot de dermoliplectomie van de benen, geldt eveneens dat moet zijn voldaan aan bovengenoemde indicatievereisten, te weten het bestaan van een lichamelijke functiestoornis dan wel verminking.
- 9.6. Waar het gaat om de (verzekerings)indicatie verminking merkt de commissie op dat daarvan – als gezegd – niet eerder kan worden gesproken dan in geval van een ernstige misvorming, al of niet met weefseldefecten gepaard gaande, die direct in het oog springt en die in het normale dagelijkse verkeer niet is te camoufleren door bijvoorbeeld kleding. Die situatie doet zich hier ten aanzien van de benen niet voor.
- 9.7. Voorts is onvoldoende aannemelijk gemaakt dat sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis in de zin van de polisvoorwaarden, waarbij in dit verband dan met name valt te denken aan onbehandelbaar smetten of van een ernstige bewegingsbeperking. Onder dat laatste valt niet te begrijpen het ondervinden van hinder in het dagelijks verkeer.
- 9.8. De door verzoekster naar voren gebrachte klachten van psychische en sociale aard, wat daar ook van zij en hoe zeer die ook aanwezig kunnen zijn, kunnen niet leiden tot een ander oordeel.
- 9.9. Verzoekster heeft gesteld dat een andere ziektekostenverzekeraar in vergelijkbare gevallen de behandeling wel vergoedt. Met betrekking hiertoe merkt de commissie op dat zorgverzekeraars op basis van de polisvoorwaarden dienen te toetsen of een verzekerde in aanmerking komt voor (vergoeding van) zorg of overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Alle zorgverzekeraars in Nederland zijn voor wat betreft de inhoud van de zorgverzekering gebonden aan dezelfde wet- en regelgeving. Zij mogen niet meer of minder bieden dan de regelgeving hen toestaat. Dat een andere ziektekostenverzekeraar buiten de verzekeringsvoorwaarden om in een mogelijk vergelijkbare situatie de behandeling wel vergoedt, kan de ziektekostenverzekeraar niet worden tegengeworpen.

Conclusie

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

Zeist, 22 september 2010,

Voorzitter