



**SKGZ**




OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN




Partijen : Mevrouw A te B, tegen C en D  
beide te E  
Zaak : Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, dijbeenlift  
Zaaknummer : 201301946  
Zittingsdatum : 12 februari 2014







 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 2013, artt. 10 en 11 Zvw, 2.4 Bzv, 2.1 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2013)


---

 1. Partijen


 Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster, tegen

1) C te E, en


2) D te E,


 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 [naam ziektekostenverzekeraar] Basispolis (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 Comfortpolis afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 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 een dijbeenlift (hierna: de aanspraak). Bij brief van 24 mei 2013 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 26 juni 2013 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 16 oktober 2013 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 21 november 2013 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 26 november 2013 aan verzoekster gezonden.

-  3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 10 december 2013 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 14 januari 2014 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord.
-  3.8. Bij brief van 26 november 2013 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 december 2013 heeft het CVZ (zaaknummer 2013144906) 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 een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of van verminking. Uit het dossier blijkt niet dat chronische onbehandelbare smetplekken bestaan. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 8 januari 2014 aan partijen gezonden.
-  3.9. Verzoekster is op 12 februari 2014 telefonisch gehoord. Zij is daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
-  3.10. Bij brief van 13 februari 2014 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 voorlopig advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 18 februari 2014 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt 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 behandelend plastisch chirurg heeft over verzoekster het volgende verklaard: "*st. na 48 kg afgevallen, huidsurplus dijen, zit in de weg, schuurt met lopen, hygiënische problemen*", en verzocht om een machtiging voor een dijbeenlift.
-  4.2. Verzoekster is 48 kilo afgevallen, waardoor sprake is van overtollige huid. In september 2012 heeft een buikwandcorrectie plaatsgevonden, en in februari 2013 een borstcorrectie. Thans vormen haar bovenbenen nog een probleem. Er is sprake van verminking, smetten, ontstekingen en een belemmering in het dagelijks functioneren. Het dragen van kleding is problematisch, het liggen op de zij is onmogelijk en lopen is erg vervelend en vermoeiend. Daarnaast kampt verzoekster met pijnklachten en psychische klachten. Een dijbeenlift is volgens de plastisch chirurg de oplossing voor het probleem. De ziektekostenverzekeraar weigert hiervoor een machtiging af te geven. Dit is onbegrijpelijk, gelet op de verklaringen van de behandelend artsen en op het feit dat de eerdere ingrepen probleemloos zijn vergoed. Verzoekster stelt dat de aanvraag en haar klacht niet correct zijn behandeld door de ziektekostenverzekeraar. Zo werden termijnen overschreden en ontving zij standaardbrieven waaruit geen enkele vorm van empathie bleek. De ziektekostenverzekeraar handelt onmenselijk en verschuilt zich achter wet- en regelgeving. Verzoekster benadrukt dat zij de dijbeenlift niet om cosmetische redenen wil laten uitvoeren. Zij heeft veel moeite gedaan om veel gewicht kwijt te raken en heeft het gevoel dat de ziektekostenverzekeraar haar thans tegenwerkt.
-  4.3. Ter zitting is door verzoekster haar standpunt herhaald. Voorts is door haar ter aanvulling aangevoerd dat de klachten constant aanwezig zijn. Het is onrechtvaardig dat de zorgverzekeraar de aanvraag heeft afgewezen. Op grond van de polis bestaat aanspraak op plastische chirurgie. Verzoekster verklaart dat de behandelend artsen jarenlang hebben gezegd dat zij moet afvallen.
-  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. Aanspraak bestaat op een plastisch-chirurgische behandeling indien sprake is van een afwijking in het uiterlijk die gepaard gaat met een aantoonbare lichamelijke functiestoornis (artikel 2.4 lid 1 onder b sub 1 Bzv) of van verminking die het gevolg is van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting (artikel 2.4 lid 1 onder b sub 2 Bzv). Een aantoonbare lichamelijke functiestoornis kan ertoe leiden dat een lichamelijke functie niet meer kan worden uitgeoefend of dat er een geneeskundig risico bestaat. Verminking is een ernstige deformiteit, al of niet

met weefseldefecten gepaard gaande, die direct in het oog springt en die in het normale dagelijkse verkeer niet is te camoufleren.

5.2. Bij verzoekster is geen sprake van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis, aangezien er geen bewegingsbeperking bestaat. Van verminking kan niet worden gesproken. Al ware sprake van een deformiteit, dan kan deze in het normale dagelijkse verkeer worden gecamoufleerd. Verzoekster heeft zich beroepen op psychisch lijden. Dit vormt echter geen indicatie voor een plastisch-chirurgische behandeling. De aanvraag voor een dijbeenlift is terecht afgewezen. Het is begrijpelijk dat een dijbeenlift voor verzoekster voordelen oplevert. Feit blijft echter dat niet wordt voldaan aan de voorwaarden. Er kan voor verzoekster geen uitzondering worden gemaakt. De ziektekostenverzekeraar benadrukt hierbij dat onderscheid dient te worden gemaakt tussen een medische indicatie en een verzekeringsindicatie.

5.3. Verzoekster heeft verklaard dat zij eerder wel toestemming heeft gekregen voor een buikwandcorrectie en een borstcorrectie. Hierover merkt de ziektekostenverzekeraar op dat verzoekster destijds wel voldeed aan de voorwaarden voor die behandelingen. Aan deze eerdere vergoedingen kunnen geen rechten worden ontleend voor andere plastisch-chirurgische behandelingen.

5.4. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor een dijbeenlift.

5.5. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

## 6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. In artikel 18 van de "Algemene Voorwaarden" van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering wordt voor geschillenbeslechting verwezen naar de commissie. Er is echter geen verwijzing naar de bevoegde rechter opgenomen, hoewel dit zou moeten. Dit maakt de bepaling waarin naar de commissie wordt verwezen op grond van de wet vernietigbaar. Om te voorkomen dat de commissie niet over de kwestie kan adviseren, omdat in de loop van de procedure tot vernietiging wordt besloten, en verzoekster zich (alsnog) tot de bevoegde rechter moet wenden, heeft de commissie verzoekster hierop bij brief van 15 november 2013 gewezen. Verzoekster heeft de commissie op 19 november 2013 telefonisch bevestigd dat zij gebruik wil maken van de in de verzekeringsvoorwaarden geboden mogelijkheid een bindend advies te vragen aan de commissie. Hierdoor is in geval van vernietiging van bedoelde bepaling toch een formele basis aanwezig voor de bindende advisering.

## 7. Het geschil

7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar is gehouden 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 restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen 1 tot en met 15 van de "Lijst van verstrekkingen" van de zorgverzekering.

Artikel 2 sub c van de "Lijst van verstrekkingen" van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op een plastisch-chirurgische behandeling in een ziekenhuis bestaat. Voor zover hier van belang, luidt dit artikel:

*"Omschrijving: op behandeling van plastisch-chirurgische aard bestaat slechts aanspraak indien de behandeling strekt tot correctie van:*

*a afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;*

*b verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;*

*(...)*

*De plastisch-chirurgische zorg omvat onderzoek, behandeling en het verblijf, al dan niet gepaard gaande met verpleging en verzorging. De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen medisch specialisten als zorg plegen te bieden. De aanspraak omvat de met de behandeling en onderzoek gepaard gaande verpleging en paramedische zorg, alsmede de bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.*

*Zorgverlening: medisch specialist in een ziekenhuis.*

*Prestatie: vergoeding van kosten conform art. 7 van de Algemene Voorwaarden.*

*Verwijzing: huisarts of medisch specialist.*

*Machtiging: ja, vooraf op een gemotiveerde aanvraag van de behandelend medisch specialist tenzij [naam ziektekostenverzekeraar] afspraken heeft gemaakt met het ziekenhuis.*


*(...)"*

- 8.3. Artikel 2 sub c van de "Lijst van verstrekkingen" van de zorgverzekering is volgens artikel 4 van de "Algemene Voorwaarden" 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.  
Behandeling van plastisch-chirurgische aard is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 lid 1 sub b Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.1 Rzv.
- 8.5. 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 aanspraak op een dijbeneelift indien sprake is van een (verzekerings)indicatie in de vorm van aantoonbare lichamelijke functiestoornissen dan wel verminking als bedoeld in artikel 2 sub c van de "Lijst van verstrekkingen" van de zorgverzekering.
- 9.2. Bij een aantoonbare lichamelijke functiestoornis kan in dit verband in de eerste plaats worden gedacht aan een ernstige bewegingsbeperking. Een voorbeeld hiervan is het moeilijk kunnen lopen door de forse omvang van de benen. Slechts in zeer uitzonderlijke gevallen kan worden aangenomen dat sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis in deze zin. Verzoekster heeft verklaard dat lopen vermoeiend en vervelend is door de overtollige huid. Daarnaast ontstaan ontstekingen, kampt zij met smetten en heeft zij pijnklachten. Uit de overgelegde stukken valt op te maken dat het smetten niet constant aanwezig is. Evenmin is gesteld of gebleken dat adequate behandeling hiervan niet mogelijk is. De gestelde pijnklachten zijn niet objectiveerbaar. De commissie is daarom van oordeel dat bij verzoekster niet kan worden gesproken van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis als bedoeld in artikel 2 sub c van de "Lijst van verstrekkingen" van de zorgverzekering. Een en ander wordt bevestigd door het CVZ-advies van 19 december 2013.
- 9.3. Van verminking is slechts sprake is geval van een ernstige misvorming, die al dan niet met weefseldefecten gepaard gaat (zie ook GcZ, 5 november 2007, AN007.289). 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 geval van verzoekster geen sprake.




#### Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.4. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde, zodat de aanspraak niet op grond van die verzekering kan worden ingewilligd.




#### 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, 5 maart 2014,


Voorzitter