



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen OWM Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid U.A. te Leiden
Zaak : Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, borstcorrectie, dermolipsectomie bovenbenen
Zaaknummer : 201602356
Zittingsdatum : 19 april 2017



Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)



(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



OWM Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid U.A. te Leiden, 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 Zorg Zeker Polis (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 AV-Top 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).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding



3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op behandelingen van plastisch-chirurgische aard, te weten een borstcorrectie en een dermolipectomie van de bovenbenen (hierna: de aanspraak). Bij brieven van 31 augustus 2016 en 1 september 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 brieven van 13 en 25 oktober 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.



3.3. Bij klachtenformulier van 17 oktober 2016 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).



3.4. 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.



3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 17 januari 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 26 januari 2017 aan verzoekster gezonden.

- 3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 20 februari 2017 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 1 maart 2017 schriftelijk medegedeeld eveneens in persoon te willen worden gehoord.
- 3.7. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10 lid 9 van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat de onderhavige zaak enkelvoudig wordt afgedaan.
- 3.8. Bij brief van 26 januari 2017 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 9 februari 2017 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2017004623) 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 aantoonbare lichamelijke functiestoornissen. Met name is geen oorzakelijk verband aantoonbaar tussen de klachten en de omvang van de borsten en de benen. Verder is niet aangetoond dat sprake is van onbehandelbaar smetten. Ook blijkt niet dat sprake is van verminking. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 6 maart 2017 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster is niet ter zitting verschenen. De ziektekostenverzekeraar is op 19 april 2017 in persoon gehoord. Hij is daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.10. Bij brief van 24 april 2017 heeft de commissie het Zorginstituut een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 26 april 2017 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen 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 huisarts heeft het volgende over verzoekster verklaard: *"(...) Ik en mijn collega huisarts hebben [verzoekster] de afgelopen jaren meerdere malen op het spreekuur gezien en behandeld. Er is sprake van therapieresistente intertrigo in huidplooiën van beide mammae, als gevolg van overmatige huid. Daarnaast is er sprake van chronische klachten van de huid van de bovenbenen, tevens veroorzaakt door de overmatige huid. De overmatige huid is ontstaan na succesvolle vermindering van het gewicht bij obesitas. De intertrigo en klachten van de huid van de borsten en van de benen [zijn] dagelijks aanwezig en van grote invloed op het dagelijks functioneren."*
- 4.2. De behandelend plastisch chirurg heeft het volgende over verzoekster verklaard: *"Bovengenoemde patiënte werd gezien op het spreekuur van de polikliniek plastische chirurgie in OLVG. VG gastric bypass 2008
Med -
All bruine pleisters
A/ Pat. wil graag in aanmerking komen voor een dijbeenlift en mamma pexie. Pat. momenteel niet werkzaam. Gewicht voor bypass 138 kg, nu stabiel gewicht al jaren. Draagt altijd panty broekje, gebruikt af en toe poeder of [crème] voor smetten tegen te gaan. Pat. heeft meeste last van druk op knieën. Mastopathie met pijnklachten, zwellingen worden verergerd door ptosis, smet plekken. LO/ 78 kg, L 1.78, 75E
Mediale benen lipodystrofie
Mamma: TJ 27 cm re en li 29 cm, ptosis gr III, lege bovenpolen, wel genoeg volume voor een pexie.
B/ aanvraag zorgverzekeraar: mamma pexie en dijbeen lift
mammogram vervaardigen bij goedkeuring (...)."*

- 4.3. Verzoekster kampt met overtollige huid op de bovenbenen en borsten ten gevolge van gewichtsafname, hetgeen wordt bevestigd door de huisarts en de plastisch chirurg. Daarnaast heeft zij onbehandelbare smetten aan de binnenkant van de bovenbenen en onder de borsten. Verzoekster verwijst in dit kader naar de verklaring van de huisarts. Voorts ervaart verzoekster pijnklachten aan haar knieën door de overhangende huid van haar bovenbenen, en pijnklachten in haar borsten als gevolg van mastitis en de overtollige huid. De pijnklachten belemmeren haar dagelijks functioneren. Lopen gaat moeizaam. Medicatie helpt nauwelijks tegen de pijn.
Verzoekster stelt dat uit een artikel in Trouw, datum onbekend, waarvoor de voorzitter van de VAGZ is geïnterviewd, blijkt dat bij onbehandelbare smetten wordt voldaan aan de voorwaarde dat sprake moet zijn van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis.
- 4.4. Ten aanzien van de borstcorrectie stelt verzoekster dat het niet gaat om een cosmetische ingreep. Er is sprake van een ernstige functiestoornis vanwege de slappe huid en de aanwezigheid van mastitis in beide borsten. Het is voor verzoekster onmogelijk een goed passende beha te vinden in verband met het huidoverschot. Zij heeft door haar hangende borsten last van smetten. Ondanks dagelijks gebruik van zinkolie en bij ernstige ontstekingsklachten het gebruik van een antibioticazalf of -kuur, is de huid onder haar borsten voortdurend rood en heeft verzoekster regelmatig last van natte plekken. Volgens verzoekster bevestigen de foto's de aanwezigheid van smetplekken onder haar borsten. Zij behandelt de smetplekken vanaf dat zij twintig werd met diverse zalven, 'deppers' of medicatie.
Naast onbehandelbare smetten heeft verzoekster een kromming in haar rug door het gewicht van haar borsten en de daarmee gepaard gaande pijn. Dat zij door haar pijnklachten in haar dagelijks functioneren wordt belemmerd, is wel degelijk objectiveerbaar.
Verzoekster stelt verder dat zij een cup E heeft. Dat op de vorige aanvraag van de medisch specialist is vermeld dat sprake is van een cup D is een typefout of misverstand.
Verzoekster merkt nog op dat de ziektekostenverzekeraar in zijn afwijzende beslissing ten onrechte spreekt van een borstlift in plaats van een borstverkleining.
- 4.5. Ten aanzien van de correctie van de bovenbenen stelt verzoekster dat zij, naast de smetplekken en ontstekingen aan de binnenkant van de bovenbenen, veel pijn heeft aan haar knieën. Vanwege deze pijnklachten wordt verzoekster belemmerd in haar dagelijks functioneren, zodat sprake is van een objectiveerbare lichamelijke functiestoornis. Zij kan maximaal tien minuten lopen zonder hevige pijnen te ervaren, en kan daardoor geen dagelijkse routine volgen. Verzoekster merkt op dat een bij haar vriendin uitgevoerde correctie van de bovenbenen wel is vergoed.
- 4.6. Nadat verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar een klacht had ingediend tegen de afwijzende beslissingen, is zij uitgenodigd op het spreekuur van de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar. De medisch adviseur heeft twee maal gezegd dat de voor verzoekster aangevraagde ingrepen medisch noodzakelijk zijn.
De stagiaire van de medisch adviseur heeft ten onrechte vastgesteld dat verzoekster hooguit een cup C heeft. De stagiaire is niet bij het spreekuur geweest en heeft haar conclusie op afstand getrokken. Verzoekster heeft de medisch adviseur haar beha en de daarin vermelde cupmaat getoond. Zij heeft telefonisch contact gezocht met de medisch adviseur, maar heeft hem vanwege zijn afwezigheid in verband met vakantie niet gesproken.
- 4.7. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. De aanspraak op medisch specialistische zorg is geregeld in artikel 6 van de zorgverzekering. Artikel 6.4 bepaalt dat een verzekerde, met inachtneming van de artikelen 6.1, 6.2 en 6.3, recht heeft op behandelingen van plastisch chirurgische aard indien die noodzakelijk zijn, onder andere ter correctie 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.
Bij de beoordeling van de aanspraak op behandelingen van plastisch-chirurgische aard ten laste van de zorgverzekering, hanteert de ziektekostenverzekeraar de richtlijnen die zijn vastgelegd in de Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch-chirurgische aard (versie november 2012) van de vereniging voor artsen, tandartsen en apothekers werkzaam bij (zorg)verzekeraars (hierna: VAGZ Werkwijzer).

Blijkens de toelichting op pagina 5 van de VAGZ Werkwijzer wordt onder verminking verstaan: een verworven aandoening zoals misvormingen van de handen door reumatoïde, artritis, misvorming door verlammingen van de aangezichtszenew, misvormingen door brandwonden, replantatie van ledematen, reconstructie van geamputeerde ledematen of geamputeerde mammae. Het dient daarbij te gaan om een ernstige misvorming van het lichaamsdeel.

Op de genoemde pagina is tevens vermeld dat het bij een lichamelijke functiestoornis moet gaan om objectief aantoonbare lichamelijke functiestoornissen van vrij ernstige aard, welke gepaard gaan met een ernstige bewegingsbeperking.

5.2. Met betrekking tot de aangevraagde borstcorrectie geldt het volgende.

Op grond van paragraaf 1 van de VAGZ Werkwijzer is bij een ptosiscorrectie uitsluitend vergoeding mogelijk bij het liften van de contralaterale zijde in het kader van een borstreconstructie bij een status na amputatie, vanwege de asymmetrie die mogelijk is ontstaan na plaatsing van een prothese, waarbij wordt voldaan aan het criterium van verminking.

Verzoekster heeft gesteld dat het een borstverkleining betreft. Dit is echter niet de ingreep die door de medisch specialist is aangevraagd. Indien de medisch specialist een aanvraag zou doen voor een dubbelzijdige borstverkleining, gelden de voorwaarden zoals omschreven in paragraaf 1 van de VAGZ Werkwijzer ten aanzien van een borstverkleining.

5.3. Met betrekking tot de aangevraagde dermoliplectomie geldt het volgende.

Blijkens paragraaf 5 van de VAGZ Werkwijzer bestaat aanspraak op dermoliplectomie van de benen indien sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis, bijvoorbeeld bij moeilijk lopen door een bewegingsbeperking vanwege de forse omvang van de benen. Dit is slechts in zeer uitzonderlijke gevallen aan de orde. Voorts is vermeld dat zelden sprake is van verminking. Doorgaans is geen vergoeding mogelijk bij forse bovenbenen, waarbij eventueel sprake is van kapot schuren van de benen. Het kapot schuren van de huid is in het algemeen te voorkomen door het dragen van broeken. Een aanvraag voor dermoliplectomie van (onder andere) de laterale dijen wordt gezien in combinatie met het bepaalde in paragraaf 3 van de VAGZ Werkwijzer met betrekking tot bodylift rug, flanken, buik, billen, heupen/laterale dijen en mons.

In paragraaf 3 is vermeld dat in het geval van extreem gewichtsverlies, na bariatrische chirurgie of met behulp van dieet en oefeningen, vergoeding mogelijk is voor plastische chirurgie ter verbetering van de lichaamscontour - zoals de lower bodylift - als wordt voldaan aan de volgende criteria:

- Voltooid gewichtsverlies en gestabiliseerd gewicht (gedurende ten minste 12 maanden);

- BMI < 35;

- Verminking door ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;

Van verminking kan, in de lichaamsgebieden rug, flanken, buik, billen, heupen/laterale dijen en mons, gesproken worden bij een Pittsburgh score graad 3 in een (symmetrisch) lichaamsgebied (volgens bijlage 2 van de VAGZ Werkwijzer). Huidsurplus van andere lichaamsdelen is bij een graad 3 score niet per definitie aan te merken als verminking. Hiervoor gelden de algemene criteria voor behandelingen van plastisch-chirurgische aard.

- Lichamelijke functiestoornissen;

Er moet sprake zijn van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis zoals een ernstige bewegingsbeperking en/of chronisch onbehandelbaar smetten.

5.4. Verzoekster is op 12 oktober 2016 op het spreekuur van de medisch adviseur geweest. Bij die gelegenheid is op basis van lichamelijk onderzoek vastgesteld dat bij verzoekster geen sprake is van een ernstige deformiteit die is te kwalificeren als Pittsburgh score graad 3, maar als graad 2. Hierdoor kan niet worden gesproken van verminking als bedoeld in de polisvoorwaarden.

Tijdens het spreekuur is tevens vastgesteld dat bij verzoekster geen sprake is van smetplekken onder de borsten. Bij de benen waren wel plekken zichtbaar, maar deze betroffen geen

schuurplekken. De pijn in de benen die verzoekster ervaart, is volgens de medisch adviseur het gevolg van orthopedische knieklachten. Bovendien is bij verzoekster geen sprake van forse omvang van de benen.

In de brief van 17 augustus 2016 van het OLVG aan de huisarts - welke brief overigens niet bij de medisch adviseur bekend was - is vermeld dat verzoekster af en toe poeder of crème gebruikt om het smetten tegen te gaan. Hieruit kan niet worden afgeleid dat bij verzoekster sprake is van onbehandelbaar smetten.

Uit de verklaring van de huisarts van 12 september 2016 blijkt dat bij verzoekster sprake zou zijn van therapieresistente intertrigo in de huidplooien van de mammae. Echter, de huisarts vermeldt niet welke medische/farmacologische therapie of therapieën eerder zijn gevolgd, en tevens wordt niet onderbouwd dat deze zonder het gewenste resultaat zijn gebleven. Op basis van de beschikbare (medisch inhoudelijke) informatie, zoals declaraties van apotheken en fysiotherapeuten, blijkt niet dat verzoekster conventionele behandelingen heeft ondergaan.

Op grond van het voorgaande heeft de medisch adviseur geconcludeerd dat bij verzoekster geen aantoonbare lichamelijke functiestoornissen bestaan als bedoeld in de polisvoorwaarden.

Ook indien de behandelend medisch specialist een aanvraag had ingediend voor een borstverkleining, zou de ziektekostenverzekeraar deze hebben afgewezen, aangezien verzoekster niet voldoet aan de in de VAGZ Werkwijzer onder 'borstverkleining' opgenomen, cumulatieve voorwaarden. Niet is gebleken dat verzoekster fysiotherapie heeft gehad ter behandeling van nek- en schouderklachten vanwege te zware borsten. Daarnaast is sprake van een BMI van 24,6, en heeft verzoekster tijdens het spreekuur bij de medisch adviseur verklaard last te hebben van mastopathie. Dit laatste leidt, ongeachte de cupmaat, niet tot aanspraak op een borstverkleining. De medisch adviseur is op basis van alle beschikbare informatie tot de conclusie gekomen dat bij verzoekster geen sprake is van een ernstige bewegingsbeperking of van onbehandelbaar smetten. Niet is voldaan aan de criteria die gelden voor een borstcorrectie en een dermoliplectomie ten laste van de zorgverzekering.

De ziektekostenverzekeraar heeft de beide aanvragen correct beoordeeld en aangezien verzoekster niet voldoet aan de geldende voorwaarden, is een vergoeding niet aan de orde.

- 5.5. De ziektekostenverzekeraar stelt voorts dat de medisch adviseur de klachten van verzoekster serieus heeft genomen en deze zorgvuldig heeft beoordeeld. Haar klachten zijn (mogelijk) als reële klachten betiteld, waarmee het bestaan ervan is erkend. Van een toezegging door de medisch adviseur met betrekking tot de vergoeding van de aangevraagde ingrepen is echter geen sprake. Het enkele feit dat de klachten van verzoekster bestaan, betekent niet dat zij recht heeft op vergoeding. Hiervoor moet aan specifieke voorwaarden zijn voldaan. Verzoekster stelt dat *"de adviserend geneeskundige zou gaan kijken onder welke voorwaarden de vergoeding zou vallen"*. Hieruit is volgens de ziektekostenverzekeraar geen toezegging voor een vergoeding af te leiden. Uiteraard is het betreurenswaardig indien bepaalde uitlatingen door de medisch adviseur zijn gedaan die bij verzoekster tot een onjuiste conclusie c.q. aanname hebben geleid.
- 5.6. Voorts benadrukt de ziektekostenverzekeraar dat een aanvraag voor een behandeling van plastisch-chirurgische aard individueel wordt beoordeeld aan de hand van de toepasselijke wet- en regelgeving. Daarin wordt niet willekeurig of selectief gehandeld. In verband met de privacywetgeving gaat de ziektekostenverzekeraar niet in op het argument van verzoekster dat een vriendin van haar wel goedkeuring heeft gekregen voor een dijbeencorrectie/lift.
- 5.7. In de aanvullende ziektekostenverzekering is geen vergoedingsmogelijkheid opgenomen voor de gewenste ingrepen.
- 5.8. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat het advies van het Zorginstituut overeenstemt met zijn standpunt om de aanvragen voor een borstlift en dermoliplectomie van de bovenbenen af te wijzen. Uit eerdere adviezen van de commissie, te weten SKGZ 201601062 - met betrekking tot een dermoliplectomie - en SKGZ 201601186 - met betrekking tot een borstcorrectie -, volgt dat psychische klachten geen aanspraak geven op een behandeling van plastisch-chirurgische aard. De ziektekostenverzekeraar merkt nog op dat verzoekster spreekt

van een borstverkleining, terwijl een borstlift is aangevraagd. Om die reden is de aanvraag aan de voorwaarden voor beide behandelingen getoetst.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 37 van de zorgverzekering en 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 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 naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen 5 tot en met 27 van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 6.4 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op behandelingen van plastisch-chirurgische aard bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"6.4 Behandelingen van plastisch chirurgische aard

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op:

Behandelingen van plastisch chirurgische aard, met inachtneming van voorgaande leden, indien die noodzakelijk zijn ter correctie van:

- afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
- verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting; (...)."

8.4. Artikel 6.4 van de zorgverzekering is volgens artikel 1.1 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.5. 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.

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.

8.6. 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. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn verdeeld over de vraag of een aanvraag is ingediend voor een borstlift (ptosiscorrectie) dan wel een borstverkleining. Dienaangaande merkt de commissie op dat de aanvraag van de medisch specialist in deze leidend is. Uit de aanvraag blijkt dat namens verzoekster een borstlift bij de ziektekostenverzekeraar is aangevraagd. De commissie gaat hier dan ook van uit bij haar beoordeling. Over het feit dat de andere aanvraag betrekking heeft op een dermolipectomie van de bovenbenen zijn partijen niet verdeeld.

Borstlift

-  9.2. Op een borstlift bestaat aanspraak indien sprake is van een verzekeringsindicatie in de vorm van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis dan wel verminking als bedoeld in artikel 6.4 van de zorgverzekering. Teneinde te beoordelen of verzoekster aan de in dit verband toepasselijke criteria voldoet, gaat de commissie uit van de Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch-chirurgische aard (november 2012). Deze werkwijzer is opgesteld door de Vereniging voor artsen, tandartsen en apothekers werkzaam bij (zorg)verzekeraars (VAGZ) in samenwerking met Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en het College voor zorgverzekeringen, thans het Zorginstituut. Deze VAGZ Werkwijzer is geen regelgeving, maar wordt gehanteerd om te komen tot een eenduidige uitleg van hetgeen ten aanzien van plastische chirurgie is geregeld in het Bzv en de Rzv. Gezien de wijze van totstandkoming en het doel van de werkwijzer heeft de commissie bij eerdere gelegenheden uitgesproken de hierin opgenomen criteria bij haar beoordeling te volgen. In de VAGZ Werkwijzer is bepaald dat het liften van de borsten als een cosmetische procedure wordt beschouwd. Er is alleen vergoeding mogelijk bij het liften van de contralaterale zijde in het kader van een borstreconstructie bij een status na amputatie, vanwege de asymmetrie die mogelijk ontstaat na plaatsing van een prothese, waarbij wordt voldaan aan het criterium van verminking. Gesteld noch gebleken is dat bij verzoekster sprake is van een status na amputatie. Ook anderszins is niet gebleken van een verzekeringsindicatie voor een borstlift, hetgeen wordt bevestigd door het advies van het Zorginstituut van 9 februari 2017.

Dermolipectomie bovenbenen

-  9.3. De zorgverzekering biedt aanspraak op een dermolipectomie van de bovenbenen indien sprake is van een (verzekerings)indicatie in de vorm van aantoonbare lichamelijke functiestoornissen dan wel verminking als bedoeld in artikel 6.4 van de zorgverzekering. Teneinde te beoordelen of verzoekster aan de in dat verband toepasselijke criteria voldoet, gaat de commissie ook ten aanzien van de aanvraag voor een dermolipectomie van de bovenbenen uit van de VAGZ Werkwijzer.
-  9.4. 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 gesteld dat zij moeilijk kan bewegen door de overtollige huid van haar bovenbenen, en dat de overtollige huid pijn in haar knieën veroorzaakt. Daarnaast heeft verzoekster smetplekken aan de binnenzijde van haar bovenbenen. Daarentegen is volgens de ziektekostenverzekeraar bij verzoekster geen sprake van aantoonbare lichamelijke functiestoornissen.
- De commissie is van oordeel dat bij verzoekster niet kan worden gesproken van aantoonbare lichamelijke functiestoornissen als bedoeld in artikel 6.4 van de zorgverzekering. Van een ernstige bewegingsbeperking is niet gebleken, en het moet er voor worden gehouden dat het smetten voornamelijk behandelbaar is, aangezien verzoekster hiervoor kennelijk niet onder behandeling is

(geweest) bij een dermatoloog. Dit wordt bevestigd door het advies van het Zorginstituut van 9 februari 2017.

- 9.5. Van verminking is slechts sprake in geval van 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 aangezichtszenuw, 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, zodat ook deze (verzekerings)indicatie op basis van artikel 6.4 van de zorgverzekering niet aan de orde is. Dit wordt eveneens bevestigd door eerdergenoemd advies van het Zorginstituut.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.6. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde, zodat het verzoek niet op die grond kan worden ingewilligd.
- 9.7. Hetgeen overigens door verzoekster is gesteld - met name ten aanzien van een vermeende toezegging door de medisch adviseur en het feit dat een vriendin van haar wel een goedkeuring ontving voor een dijbeencorrectie/lift -, maakt het voorgaande niet anders.

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, 10 mei 2017,

J.A.M. Strens-Meulemeester