

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B vs. C en E te D
Zaak	: Geneeskundige zorg; plastische chirurgie; buikwandcorrectie
Zaaknummer	: 2009.00024
Zittingsdatum	: 17 juni 2009

Zaak: 2009.00024 geneeskundige zorg; plastische chirurgie; buikwandcorrectie

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2008, art. 10, 11 Zvw, 2.4 Bzv, 2.1 Rzv, voorwaarden aanvullende verzekering 2008)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

C en E te D, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 28 november 2008, de aanvraag voor een buikwandcorrectie af te wijzen.

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 Beter Af Polis (hierna: de zorgverzekering). Dit is een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, van de Zvw. Voorts werden door verzoekster de aanvullende verzekeringen Beter Af Plus Polis 3 sterren en Beter Af Extra Pakket afgesloten (hierna: de aanvullende verzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 BW.
- 3.2. De behandelend plastisch chirurg heeft bij verzoekster de volgende diagnose gesteld: "fors verslapte buikwand na 75 kg. vermageren". De behandelend zorgverlener heeft naar aanleiding van de gestelde diagnose bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op verstrekking van de door verzoekster gewenste zorg bestaande uit "buikwandreductieplastiek + reins. navel" ten laste van de zorgverzekering, dan wel de aanvullende verzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 28 november 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat haar aanspraak is afgewezen.
- 3.3. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 23 december 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat hij heeft besloten zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.5. Bij brief van 20 februari 2009 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht de ziektekostenverzekeraar te gelasten de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering, dan wel de aanvul-

lende verzekering (hierna: het verzoek).

- 3.6. 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.
- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie bij brief van 6 april 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 21 april 2009 aan verzoekster toegezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 23 april 2009 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden.
- 3.9. Bij brief van 21 april 2009 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, van de Zvw, gevraagd. Het CVZ heeft bij brief van 13 mei 2009 zijn voorlopige advies gegeven en de commissie geadviseerd het verzoek van verzoekster, voor zover dat betrekking heeft op aanspraken op grond van de basisverzekering, af te wijzen op de grond dat verzoekster niet voldoet aan de geldende voorwaarden voor een buikwandcorrectie. Een afschrift hiervan is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 26 mei 2009 aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 17 juni 2009 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.11. Bij brief van 17 juni 2009 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting toegezonden 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 23 juni 2009 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, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat zij ruim zeventig kilo is afgevallen. Voorheen durfde zij zich niet in badkleding te vertonen omdat zij zo dik was, nu durft zij dit niet vanwege haar buik. Verzoekster zit naar haar zeggen niet goed in haar vel, voelt zich onzeker en kampt met een minderwaardigheidscomplex. Zij begrijpt dat er regels zijn, maar meent dat een uitzondering daarop gerechtvaardigd is.
- 4.2. Verzoekster komt tot de conclusie dat haar verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, en onder verwijzing naar de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en de onderliggende regelgeving, dat verzoekster niet aan de eisen voldoet om voor de onderhavige ingreep in aanmerking te komen. Zo is er geen sprake van vermindering of onbehandelbaar smetten en bedekt de buikwand niet ten minste een kwart van de bovenbenen. Psychisch lijden vormt geen indicatie. De ziektekostenverzekeraar tekent hierbij aan dat hij de verzekeringsindicatie beoordeelt, aan welke indicatie nu

eenmaal niet zonder meer is voldaan bij aanwezigheid van een medische indicatie. .

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

6. De bevoegdheid van de commissie

De commissie acht zich bevoegd van het onderhavige geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. De beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 7.1. Het betreft hier een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. Artikel 3 van de 'Aanspraken' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op plastische chirurgie bestaat. Voor zover hier relevant, luidt dit artikel aldus:

*"Cosmetisch chirurgie/Plastische chirurgie
U heeft aanspraak op chirurgische ingrepen van plastisch chirurgische aard door een medisch specialist wanneer de behandeling leidt tot correctie van:
- afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
- verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of een geneeskundige verandering;
(...)
- de buikwand(het abdominoplastiek) als er sprake is van een verminking die in ernst te vergelijken is met een derdegraads verbranding, van onbehandelbaar smetten in huidplooien of van een zeer ernstige beperking van de bewegingsvrijheid;
(...)
Wij moeten u schriftelijk toestemming hebben gegeven."*

- 7.2. Artikel 3 van de 'Aanspraken' van de zorgverzekering is volgens artikel 2.1 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Bzv en de Rzv.
- 7.3. Artikel 11, lid 1, onderdeel a van de Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde in voorkomend geval, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Behandeling van plastische-chirurgische aard is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 van het Bzv, en verder uitgewerkt in artikel 2.1 Rzv.
- 7.4. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.5. Het onderhavige geschil spitst zich toe op de vraag of in de situatie van verzoekster sprake is van verminking en/of een aantoonbare lichamelijke functiestoornis als bedoeld in artikel 3 van de 'Aanspraken' van de zorgverzekering.

- 7.6. Van verminking kan worden gesproken, in geval van 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 door bijvoorbeeld kleding. Er is in dit verband sprake van verminking indien er een misvorming is die vergelijkbaar is met bijvoorbeeld een derdegraads brandwond. Een overhang van de buikhuid valt hier niet onder.
- 7.7. Van een lichamelijke functiestoornis kan in de eerste plaats sprake zijn als betrokke- ne last heeft van onbehandelbaar smetten. Dit is het smetten in huidplooien dat 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. Gesteld noch bewezen is dat verzoekster kampt met een dergelijk onbehandelbaar smetten.
- 7.8. Een indicatie voor een buikwandcorrectie kan voorts aanwezig zijn in geval van een ernstige bewegingsbeperking. Een ernstige bewegingsbeperking is naar het oordeel van de commissie eerst aan de orde 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. Van een dergelijke situatie is bij verzoekster geen sprake.
Psychisch lijden vormt in dit verband geen (verzekerings)indicatie.
Voorzover verzoekster, waar zij stelt dat er reden zou zijn voor het maken van een uitzondering in haar specifieke geval, een beroep doet op coulance van de zijde van de zorgverzekeraar, merkt de commissie op dat zij niet bevoegd is te treden in die vraag.
- 7.9. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek, voor zover dit ziet op de zorgverzekering, dient te worden afgewezen.

Ten aanzien van de aanvullende verzekering

- 7.10. In artikel 3.1 van de aanvullende verzekering is, voor zover hier van belang, het volgende opgenomen:

“Cosmetische chirurgie/Plastische chirurgie

3.1 Met medische indicatie

Wij vergoeden de kosten van chirurgische ingrepen van cosmetische aard wanneer de behandeling leidt tot correctie van afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke stoornissen. Wij vergoeden de volgende behandelingen:

- correctie van bovenoogleden;*
- correctie van oorstand;*
- tepelhofatomeage na borstampuatie.*

(...)

3.2 Zonder medische indicatie

Wij vergoeden de kosten van chirurgische ingrepen van cosmetische aard waarbij de aanleiding voortvloeit uit de persoonlijke behoefte, noodzaak of omstandigheid.

(...)”

De commissie stelt vast dat geen van de in artikel 3.1, limitatief opgesomde behandelingen in de situatie van verzoekster aan de orde is. Ten aanzien van het bepaalde in artikel 3.2 constateert de commissie dat uit de in het artikel opgenomen tabel, blijkt dat op de vergoeding van maximaal € 250,-- per persoon per drie kalenderjaren alleen aanspraak bestaat indien is gekozen voor de Beter Af Plus Polis 4 sterren. De

door verzoekster gesloten aanvullende verzekering biedt derhalve geen dekking voor de aangevraagde behandeling.

- 7.11. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek, ook voor zover dit ziet op de aanvullende verzekering, moet worden afgewezen.

8. Het bindend advies

- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 1 juli 2009,

Voorzitter