

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C te D en E te F
Zaak : Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, abdominoplastiek
(buikwandcorrectie)
Zaaknummer : 2010.01698
Zittingsdatum : 16 maart 2011

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 2010, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2010)

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 verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Beter Af Polis(hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Beter Af Plus Polis 4 sterren, Beter Af Tandarts Polis 2 sterren en Beter Af Extra Pakket afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 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 buikwandcorrectie (hierna: de aanspraak). Bij brief van 8 juni 2010 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 27 juli 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. Bij brief van 18 augustus 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).
- 3.4. 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.
- 3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 7 december 2010 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 14 december 2010 aan ver-

zoekster gezonden.

- 3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 18 december 2010 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 7 maart 2011 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.7. Bij brief van 15 december 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 7 januari 2011 heeft het CVZ (zaaknummer 2010144678) 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 verminking. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.8. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 16 maart 2011 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.9. Bij brief van 29 maart 2011 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 4 april 2011 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. Verzoekster stelt dat zij is afgevallen van 110 naar ongeveer 75 kilogram. Het lukt haar alleen niet om het vetschort aan haar onderbuik weg te krijgen. Dit ondanks het feit dat zij drie keer per week aan fitness doet. Door haar buik krijgt zij mechanische problemen tijdens haar werk. Daarnaast heeft zij door het vetschort rugklachten gekregen en beginnen smetplekken te ontstaan. Verzoekster merkt op dat het vetschort als zij staat haar benen weliswaar niet voor een kwart bedekt, maar dat dit wel het geval is als zij zit.
- 4.2. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling het volgende aangevoerd dat alleen de gevraagde ingreep haar van haar probleem kan afhelpen. Ander opties zijn er niet. Verzoekster heeft last van rugklachten en smetten. Zij draagt voor haar werk een pak. Als er plooiën ontstaan, blijft het zweet daar in hangen. Het is voor haar niet mogelijk die plekken dan droog te maken. Hierdoor kan zij haar werk niet goed doen. Als zij haar stage niet haalt, wordt zij werkloos. Desgevraagd deelt zij mede dat zij niet onder behandeling is van een dermatoloog. Verzoekster benadrukt dat het geen cosmetische ingreep betreft.
- 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 heeft verzoekster naar aanleiding van het verzoek om heroverweging opgeroepen op het spreekuur van de medisch adviseur. Uit het on-

derzoek van de medisch adviseur is gebleken dat geen sprake is van een indicatie in de vorm van een lichamelijke functiestoornis. Uit het onderzoek blijkt dat sprake is van een overhangende buik van ongeveer 3 cm, niet reikend tot over de genitaliën.

- 5.2. Daarnaast is sprake van een fraai sectio caesarea litteken zonder enig teken van smetten. Wel is er een oppervlakkig wondje op de buik ter grootte van 2 mm, dat is ontstaan na een pok ter plaatse. Er is derhalve geen sprake van bedekking van minimaal een kwart van de lengte van de bovenbenen door de buikwand of van onbehandelbaar smetten. Ook kan niet worden gesproken van verminking, nu de misvorming van de buikwand in ernst niet is te vergelijken met een derdegraads brandwond.
- 5.3. In de aanvullende ziektekostenverzekering is geen aanspraak opgenomen voor een (gedeeltelijke) vergoeding van de gevraagde ingreep.
- 5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar verklaard dat hij niets heeft toe te voegen aan de eerder ingenomen stellingen.
- 5.5. 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 verzoekster aanspraak kan maken op een buikwandcorrectie, 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 mixpolis, zodat de verzekerde voor bepaalde zorgvormen is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners en voor andere zorgvormen kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg.
Artikel 3 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op plastische chirurgie bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“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 ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;*
- ☐ *de buikwand (het abdominoplastiek), als er sprake is van een verminking die in ernst te vergelijken is met een derdegraads verbranding, van onbehandelbare smetten in huidplooien of*

van een zeer ernstige beperking van de bewegingsvrijheid (hiervan is sprake indien het buikschort minimaal een kwart van de bovenbenen bedekt);

(...)

Voorwaarde

Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.

(...)”

- 8.3. Artikel 3 van de zorgverzekering is volgens artikel 2 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 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.
- 8.6. In artikel 3 van de aanvullende ziektekostenverzekering is een aanspraak opgenomen voor vergoeding van de kosten van plastische chirurgie. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

“(...

3.2 Cosmetische chirurgie (zonder medische indicatie)

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

(...)

100% voor de correctie van de oorstand voor kinderen tot 18 jaar, overige behandelingen maximaal € 250,- per persoon per 3 kalenderjaren”

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Voor een buikwandcorrectie bestaat onder meer een (verzekerings)indicatie in geval van een lichamelijke functiestoornis. Hiervan kan, blijkens de toelichting op de wijziging van de Rzv, sprake zijn als de verzekerde last heeft van onbehandelbaar smetten. Dit is door de dermatoloog niet te voorkomen of te genezen smetten in de huidplooien dat altijd daar 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. In de procedure is niet gebleken van behandeling door een dermatoloog, zodat niet is komen vast te staan dat bij verzoekster sprake is van onbehandelbaar smetten.
- 9.2. Een indicatie voor een buikwandcorrectie kan voorts aanwezig zijn in geval van een ernstige bewegingsbeperking. Uit de toelichting op de wijziging van artikel 2.1 van de Rzv, blijkt dat hiervan eerst sprake is indien in staande positie het buikschort minimaal een kwart van de lengteas van de bovenbenen bedekt. Door de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar is gesteld dat geen sprake is van bedekking van

minimaal een kwart van de lengte van de bovenbenen door de buikwand, hetgeen overigens door verzoekster is bevestigd. Er is dus geen sprake van een ernstige bewegingsbeperking als bedoeld in de polisvoorwaarden.

- 9.3. Van verminking kan worden gesproken, in geval van een ernstige misvorming, al of niet met weefseldefecten gepaard gaat (zie ook GcZ, 5 november 2007, ANO 07.00289). In dit verband is sprake van verminking indien het een misvorming betreft die vergelijkbaar is met bijvoorbeeld een derdegraads brandwond. Een overhang van de buikhuid valt hier niet onder.
- 9.4. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat in de situatie van verzoekster een indicatie als bedoeld in artikel 3 van de zorgverzekering ontbreekt.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.5. Op grond van artikel 3.2 van de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van chirurgische ingrepen van cosmetische aard waarbij de aanleiding voortvloeit uit de persoonlijke behoefte, noodzaak of omstandigheid. Op grond van de door haar afgesloten variant kan verzoekster recht doen gelden op maximaal € 250,-- per persoon per drie kalenderjaren. Nu gesteld noch gebleken is dat verzoekster in de afgelopen drie jaar een beroep heeft gedaan op deze aanspraak, is het verzoek toewijsbaar tot een bedrag van € 250,--.

Conclusie

- 9.6. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen, voor zover het de aanspraak op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering betreft. Het meer of anders verzochte wordt afgewezen. Aangezien het verzoek gedeeltelijk wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld aan verzoekster te vergoeden.

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek toe tot het bedrag van € 250,--.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden een bedrag ad € 37,--.

Zeist, 13 april 2011,

Voorzitter