

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C te D
Zaak : Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, abdominoplastiek
Zaaknummer : 2010.00886
Zittingsdatum : 16 maart 2011

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

C te D 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 Samen 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 Extra Zorg Polis Best afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De eveneens afgesloten aanvullende ziektekostenverzekering Tand Goed Pakket is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken. 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 vergoeding van maximaal € 2.500,00 voor een abdominoplastiek (hierna: de aanspraak). Bij brief van 10 maart 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 brief van 29 maart 2010 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 brief van 12 oktober 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).
- 3.5. 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 stuk-

ken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 13 januari 2011 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 20 januari 2011 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 24 januari 2011 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 2 maart 2011 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 20 januari 2011 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 11 februari 2011 heeft het CVZ (zaaknummer 2011007489) 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. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 23 februari 2011 aan partijen gezonden.
- 3.9. 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.
- 3.10. Bij brief van 17 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 21 maart 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. De behandelend plastisch chirurg heeft bij verzoekster een “abdomino dermatocalasis na zwangerschappen” vastgesteld.
- 4.2. Op 12 februari 2010 heeft de behandeling op vergoeding waarvan verzoekster aanspraak maakt, overeenkomstig de wijze zoals in de aanvraag is vermeld, plaatsgevonden.
- 4.3. Verzoekster stelt dat vóór de behandeling sprake was van een overhang van de buikplooï met een dikte van circa 6 cm. Tijdens sporten ondervond zij hinder in de vorm van schuring van de huidplooï. Tevens was sprake van smetten tijdens warm weer. Het smetten werd behandeld met zalf. Verzoekster stelt een telefonische toezegging te hebben verkregen van de ziektekostenverzekeraar. Zij ging naar aanleiding van dit gesprek en na het raadplegen van de brochure van de ziektekostenverzekeraars ervan uit dat zij recht had op een vergoeding van maximaal € 2.500,00 voor de buikwandcorrectie na verkrijging van de machtiging door de arts.
- 4.4. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat zij verkeerd is ingelicht door de ziektekostenverzekeraar. De door haar ontvangen brochure is misleidend, omdat niet wordt gesproken over artikel 36 van de aanvullende ziektekostenverzeke-

ring en de daarin vervatte voorwaarden. Telefonisch is bevestigd dat zij recht had op een vergoeding van € 2.500,00 voor de buikwandcorrectie en er waren geen 'kleine lettertjes'. De operatiedatum is verzet naar 2010 in verband met de DBC. Voorts stelt verzoekster dat zij voldeed aan de voorwaarden zoals verwoord in artikel 36 van de aanvullende ziektekostenverzekering. De buikwandcorrectie was noodzakelijk, omdat zij last had van de buikhuid tijdens het sporten. Bovendien was haar gewicht vijf jaar stabiel. Ten slotte geeft verzoekster aan dat zij niet op het spreekuur van de medisch adviseur is geweest en daarvoor ook nooit is uitgenodigd.

4.5. 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 dat aanspraak bestaat op een buikwandcorrectie indien sprake is van afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen dan wel verminking als gevolg van een ziekte, een ongeval of een geneeskundige verrichting. De Body Mass Index mag niet hoger zijn dan 30.

5.2. Op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering moet de overhangende buikplooi aan de binnenzijde gemeten zes centimeter of meer bedragen, waarbij smetten aannemelijk is. Verzoekster voldoet niet aan deze voorwaarden, zodat zij geen aanspraak heeft op een buikwandcorrectie ten laste van de zorgverzekering of de aanvullende ziektekostenverzekering. De beoordeling door de medisch adviseur van verzoekster heeft het standpunt van de ziektekostenverzekeraar niet veranderd. De ziektekostenverzekeraar stelt voorts dat niet gebleken is van een telefonische toezegging aan verzoekster.

5.2. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat verzoekster geen indicatie had voor een buikwandcorrectie. Dit wordt onderschreven in het CVZ-advies. Van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis, dan wel verminking als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering is geen sprake. Verzoekster voldoet ook niet aan de voorwaarden zoals gesteld in de aanvullende ziektekostenverzekering. Er was geen plooi van zes centimeter of meer, dan wel smetten. Voorts is geen toestemming gegeven. Steeds is gezegd dat eerst een machtiging moest zijn verleend voordat tot vergoeding kon worden overgegaan. De ziektekostenverzekeraar had mevrouw kunnen oproepen voor het spreekuur van de medisch adviseur. Nu heeft dit echter geen zin meer, aangezien de ingreep al heeft plaatsgevonden. Ten slotte stelt de ziektekostenverzekeraar dat in de tekst van de brochure een disclaimer staat. De verzekeringsvoorwaarden zijn leidend.

5.3. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden 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 de ziektekostenverzekeraar gehouden is 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 mix polis, zodat de verzekerde voor bepaalde vormen van zorg is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners.

De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 t/m 33 van de zorgverzekering.

Artikel 18 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op behandeling van plastisch-chirurgische aard bestaat. Voor zover hier van belang, luidt artikel 18 als volgt:

Artikel 18. Plastische en/of reconstructieve chirurgie(restitutie)

Omschrijving:

Uw recht op vergoeding van de kosten van geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 13 (Medisch specialistische zorg) omvat behandeling van plastisch-chirurgische aard, uitsluitend als deze strekt tot correctie van:

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

- 8.3. Artikel 18 van de zorgverzekering is volgens artikel 2 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 en 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. 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 36 van de aanvullende ziektekostenverzekering is bepaald:

“artikel 36 buikwandcorrectie

Omschrijving: correctie van de buikwand.

Wie mag de zorg verlenen: medisch specialist.

Verwijzing door: huisarts of medisch specialist.

Indicatie: een overhangende buikhuidplooï waarbij de diepte van de plooï – aan de binnenzijde gemeten – 6 cm of meer bedraagt waarbij smetten aannemelijk is. Uw gewicht moet in verhouding staan tot uw lichaamslengte ($BMI \leq 30$).

Machtiging: ja, de machtigingsaanvraag moet een brief bevatten van de behandelend medisch specialist die de aard en de omvang van de afwijking vermeldt.

Vergoeding: Extra Zorg Polis Best maximaal € 2.500 (...)."

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Verzoekster heeft aanspraak op een abdominoplastiek, indien bij haar sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis dan wel verminking als bedoeld in de polisvoorwaarden.
- 9.2. Een aantoonbare lichamelijke functiestoornis is aan de orde in geval van onbehandelbaar smetten in de huidplooïen of bij een ernstige bewegingsbeperking die ontstaat door de overhangende buikhuid. Dit laatste is het geval indien het overhangende buikschort een kwart van de lengteas van het bovenbeen bedekt. Hiervan is bij verzoeker geen sprake. Ook anderszins, waarbij met name moet worden gedacht aan onbehandelbaar smetten, is niet gebleken van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. Het smetten beperkte zich in de situatie van verzoekster tot warm weer, terwijl zij daarnaast kennelijk niet onder behandeling van een dermatoloog is of is geweest.
- 9.3. Van verminking is slechts sprake in geval van een ernstige misvorming, die al dan niet met weefseldefecten gepaard gaat (zie ook GcZ, 5 november 2007, ANO07.289). 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 onderhavige geval geen sprake.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.4. Verzoekster heeft aanspraak op een tot € 2.500,00 gemaximeerde vergoeding van de kosten van een abdominoplastiek, indien bij haar sprake is van een overhangende buikhuidplooï waarbij de diepte van de plooï - aan de binnenzijde gemeten - 6 cm of meer bedraagt waarbij smetten aannemelijk is. De BMI moet kleiner of gelijk zijn aan 30. Dit is bij verzoekster niet het geval.
- 9.5. Door verzoekster is gesteld dat zij naar aanleiding van een telefonisch onderhoud met de ziektekostenverzekeraar en na raadpleging van een brochure ervan uitging dat zij, na machtiging door de behandelend arts, aanspraak zou kunnen maken op een vergoeding van maximaal € 2.500,--. Uit de gang van zaken maakt de commissie op dat geen sprake kan zijn geweest van een onvoorwaardelijke en eenduidige telefonische toezegging. Duidelijk was immers dat de vergoeding afhankelijk was van een af te geven machtiging en dat de beoordeling niet bij de behandelend medisch specialist lag, maar bij de ziektekostenverzekeraar. Verzoekster diende er dan ook rekening mee te houden dat laatstgenoemde de aanvraag zou kunnen afwijzen. Zou

de redenering van verzoekster voor juist worden gehouden, dan was de machtigings-procedure volstrekt overbodig. Voorts heeft verzoekster niet ontkend dat de tekst van de brochure een disclaimer bevat.

Conclusie

9.6. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 30 maart 2011,

Voorzitter