

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vertegenwoordigd door H tegen C en E beide te D vertegenwoordigd door F te G
Zaak : Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, dermolipectomie bovenarmen
Zaaknummer : 2010.02376
Zittingsdatum : 30 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, vertegenwoordigd door H

tegen

1) C , en

2) E beide te D

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar, vertegenwoordigd door F
te G hierna te noemen: gevolmachtigde.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering [naam gevolmachtigde] Ziektekosten Basis (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 AV Compleet en TA Compleet afgesloten (hierna gezamenlijk: 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 dermolipectomie van de bovenarmen (hierna: de aanspraak). Bij brief van 5 juli 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 28 oktober 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. Bij klachtenformulier van 9 november 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 9 februari 2011 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 10 februari 2011 aan verzoekster gezonden.
- 3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 23 februari 2011 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.7. Bij brief van 10 februari 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 22 februari 2011 heeft het CVZ (zaaknummer 2011018628) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat bij verzoekster geen sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. 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 30 maart 2011 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.9. Bij brief van 31 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. Bij brief van 5 april 2011 heeft het CVZ aan de commissie zijn definitieve advies uitgebracht. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld op het advies te reageren. Verzoekster heeft bij brief van 12 april 2011 op het advies gereageerd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. De behandelend plastisch chirurg heeft ten aanzien van verzoekster verklaard: “status na forse gewichtsreductie 164 kg → 90 kg. Fors huidsurplus bovenarmen met functionele klachten. Schuren. Kan geen normale kleding dragen”.
- 4.2. Verzoekster stelt dat bij haar sprake is van een lichamelijke functiestoornis, waarvan zij tevens psychisch leed ondervindt. Het overschot aan vel aan de bovenarmen beperkt haar bij haar dagelijkse bezigheden, zoals huishoudelijk werk, zwemmen, sporten en het aan- en uittrekken van kleding. Bovendien moet zij kleding vaak twee maten te groot kopen.
- 4.3. De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat verzoekster niet voldoet aan de voorwaarden voor vergoeding, omdat haar gewicht nog niet gedurende twaalf maanden stabiel is gebleven. Gelet op de “werkwijzer plastische chirurgie VAGZ” geldt deze eis echter alleen bij een abdominoplastiek.
- 4.4. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat de keuringsarts de ingreep noodzakelijk vond. Er is uitgegaan van de VAGZ-richtlijnen. Deze zijn intussen vernieuwd. Verzoekster is over een lange periode gewicht verloren. Het gewicht is nu sinds lange tijd stabiel. Het CVZ heeft niet naar het inhoudelijke dossier gekeken, maar slechts een algemeen oordeel geveld. Desgevraagd heeft verzoekster medegedeeld niet in te willen gaan op het aanbod van de ziektekostenverzekeraar haar opnieuw op te roepen voor het medisch spreekuur. Zij wenst eerst een bindend ad-

vies.

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 bij verzoekster geen sprake is van een ernstige lichamelijke functiestoornis dan wel verminking als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering. Verder is haar BMI niet gedurende twaalf maanden stabiel gebleven en wenst zij nog verder af te vallen, zodat de door verzoekster gewenste ingreep niet doelmatig is.

5.2. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat de situatie van verzoekster erg vervelend is. Er moet echter gekeken worden of de ingreep voor vergoeding in aanmerking komt. Dit is niet het geval. Verzoekster is opgeroepen voor het medisch spreekuur. De medisch adviseur heeft destijds gezegd dat sprake was van een ernstige situatie. Het gewicht was echter nog niet stabiel, zodat een ingreep niet doelmatig zou zijn. Het gewicht is nu wel stabiel, zodat de ziektekostenverzekeraar bereid is mevrouw opnieuw op te roepen voor het medisch spreekuur.

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 restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen 4 tot en met 24 van 'Deel II Prestatiewijze en dekking' van de zorgverzekering.

Artikel 5 van 'Deel II Prestatiewijze en dekking' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg, waaronder behandelingen van plastisch-chirurgische aard, bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"Op vergoeding van de kosten van behandeling van plastisch-chirurgische aard bestaat aanspraak indien een en ander strekt ter correctie van:

1. *afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;*
 2. *verminderingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting; (...)*
- 8.3. Artikel 5 van ‘Deel II Prestatiewijze en dekking’ van de zorgverzekering is volgens artikel 2 van ‘Deel I Algemeen gedeelte’ 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.
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.
9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Gelet op artikel 5 van ‘Deel II Prestatiewijze en dekking’ van de zorgverzekering bestaat aanspraak op behandeling van plastisch-chirurgische aard indien sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis dan wel verminking als bedoeld in de voorwaarden.
- 9.2. In dit kader kan bij een aantoonbare lichamelijke functiestoornis worden gedacht aan een ernstige bewegingsbeperking als gevolg van een overschot aan huid. Hoewel verzoekster last heeft van het huidoverschot, is bij haar geen sprake van een ernstige bewegingsbeperking. Ook anderszins is bij haar niet gebleken van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis.
- 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 aangezichtszenuw, 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.
- 9.4. Nu een (verzekerings)indicatie voor de onderhavige behandeling ontbreekt, kan de vraag naar de doelmatigheid en de in dat verband door de ziektekostenverzekeraar gehanteerde criteria onbeantwoord blijven.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.5. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor een dermolipectomie van de bovenarmen, zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden toegewezen.

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, 20 april 2011,

Voorzitter