



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, tegen C te D  
en E te F  
Zaak : EU/EER, België, geneeskundige zorg, plastische chirurgie, post bariatrische dijplastiek  
Zaaknummer : 201303142  
Zittingsdatum : 18 juni 2014

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 2013, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.7 Bzv, 2.4 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2013, Vo 883/2004)

---

## 1. Partijen

Mevrouw 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 [naam ziektekostenverzekeraar] Zorgpolis (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 Royaal (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering), Tand Royaal en AV Eigen risico afgesloten. De verzekeringen Tand Royaal en AV Eigen risico zijn niet in geschil en blijven daarom in het vervolg buiten beschouwing. Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. 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 vergoeding van een post bariatrische diijplastiek, uitgevoerd in het AZ Sint-Jan te Brugge, België (hierna: de aanspraak). Bij e-mailbericht van 11 november 2013 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 verschillende data 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 e-mailbericht van 5 maart 2014 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 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.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 2 april 2014 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 3 april 2014 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 7 april 2014 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 3 juni 2014 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 3 april 2014 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 22 april 2014 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2014047273) 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 dan wel vermindering, zodat zij geen indicatie heeft voor de onderhavige ingreep. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 28 mei 2014 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster is op 18 juni 2014 in persoon gehoord. Zij is daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.10. Bij brief van 7 juli 2014 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 11 juli 2014 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 behandelend plastisch chirurg heeft bij verzoekster het volgende vastgesteld: *“Operatieve voorgeschiedenis: mei 2004 laparoscopische gastric bypass procedure, morbide obesitas, 2010 band op bypass. (...) Huidige problematiek: We zagen [naam verzoekster] op onze poliklinische raadpleging. Zij onderging in 2011 een banded RNY gastric bypass. In totaal vermagerde zij hiermee van 135 kg naar momenteel 89,4 kg. Haar huidig lichaamsgewicht is stabiel. Er zijn geen problemen. Eten en drinken gaan goed. Er zijn geen pijnklachten. Patiënte komt ons nu consulteren met een huid vet overschot ter hoogte van de benen. Zij ondervindt hier voornamelijk hygiënische problemen van. Zij heeft tevens last bij het sporten en bij het dragen van gepaste kledij. Er is tevens een belangrijke psychische weerslag. (...) Bij klinisch onderzoek stellen we inderdaad een huid vet overschot vast van PRS score 3/3. (...)”*
  - 4.2. Op 15 oktober 2013 heeft verzoekster de behandelend plastisch chirurg geconsulteerd in verband met een huidoverschot ter hoogte van de dijen. Volgens de arts was een post bariatrische diijplastiek de oplossing voor het probleem. Nog diezelfde dag heeft hij namens verzoekster een aanvraag hiertoe naar de ziektekostenverzekeraar gezonden. In overleg met de plastisch chirurg is besloten dat de ingreep op 7 november 2013 zou plaatsvinden.
  - 4.3. Aangezien verzoekster op 28 oktober 2013 nog geen reactie op de aanvraag had ontvangen, heeft zij op die datum telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar. Uit dit gesprek is naar voren gekomen dat de aanvraag door de plastisch chirurg naar een verkeerd adres was gezonden. Op 6 november 2013 heeft verzoekster opnieuw contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar omdat een reactie van de ziektekostenverzekeraar nog steeds uitbleef. Door de medewerker die zij aan de lijn kreeg werd haar gezegd dat zij zich geen zorgen hoefde te maken. Uit deze mededeling heeft verzoekster begrepen dat zij een vergoeding zou ontvangen voor de ingreep.
  - 4.4. Ter zitting is door verzoekster verklaard dat zij op de dag van de ingreep (7 november 2013) van het ziekenhuis te horen kreeg dat zij de operatie, die ruim € 4.000,- zou kosten, zelf moest betalen. Zij heeft hierover toen contact gezocht met de ziektekostenverzekeraar.
  - 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 zorgverzekering biedt aanspraak op een correctie van de dijen, een behandeling van plastische chirurgische aard, indien deze dient ter correctie van een afwijking in het uiterlijk die gepaard gaat met een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of verminking.
- 5.2. In tegenstelling tot de behandelend plastisch chirurg, heeft de medisch adviseur op basis van de overgelegde foto's vastgesteld dat de dijen beiderzijds een huidoverschot hebben dat te kwalificeren is als Pittsburgh Rating scale 2. Er was vóór de ingreep geen sprake van smetten. Bij verzoekster kan om die reden niet worden gesproken van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of verminking.
- 5.3. In zijn registratiesysteem heeft de ziektekostenverzekeraar geen notitie gevonden dat in de telefoongesprekken van 28 oktober, 6 november en 7 november 2013 is toegezegd dat de behandeling volledig zou worden vergoed. In de betreffende gesprekken is alleen gesproken over het feit dat de aanvraag door de plastisch chirurg naar een verkeerd adres was gestuurd, en over het toezenden van foto's.
- 5.4. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op artikel 19 van de zorgverzekering 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 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 combinatiepolis, zodat de verzekerde voor bepaalde zorg is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners, en voor andere zorg kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in artikel 23 e.v. van de zorgverzekering. Artikel 26 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op behandeling van plastisch-chirurgische aard bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

*"U heeft aanspraak op de vergoeding van de kosten van chirurgische ingrepen van plastisch chirurgische aard door een medisch specialist of kaakchirurg indien de behandeling leidt tot correctie van:*

- a. Afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;*
- b. Verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting; (...)"*

- 8.3. Artikel 59 van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland. Voor zover hier van belang, luidt dit artikel:

*"59.1 Bij gebruik van zorg in een EU/EER-staat of verdragsland heeft u naar keuze aanspraak op:*

- Zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag.*
- Zorg door een zorgverlener die door ons in het buitenland is gecontracteerd.*

- *Vergoeding van de kosten van zorg van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener conform de afspraken van de [naam ziektekostenverzekeraar] Zorgpolis tot maximaal:*
    - *Wanneer dit bij een aanspraak wordt genoemd, de lagere vergoeding of de eigen bijdrage die u verschuldigd bent.*
    - *Het op dat moment op basis van de Wet marktverordening gezondheidszorg vastgestelde (maximum-)tarief.*
    - *Wanneer en voor zover geen op basis van de Wet marktverordening gezondheidszorg vastgesteld (maximum-)tarief bestaat, het in Nederland geldende marktconforme bedrag.*
- (...)"

- 8.4. De artikelen 26 en 59 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 4 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. Plastische chirurgie is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 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.
- 8.7. *Artikel 20 Vo. nr. 883/2004 luidt, voor zover hier van belang:*
- “1. Tenzij in deze verordening anders is bepaald, moet een verzekerde die naar een andere lidstaat reist met het oogmerk gedurende zijn verblijf verstrekkingen te ontvangen, daarvoor toestemming van het bevoegde orgaan vragen.*
- 2. Een verzekerde die van het bevoegde orgaan toestemming heeft gekregen om zich naar een andere lidstaat te begeven met het oogmerk om daar een voor zijn gezondheidstoestand passende behandeling te ondergaan, heeft recht op verstrekkingen die voor rekening van het bevoegde orgaan worden verleend door het orgaan van de verblijfplaats, volgens de door dit orgaan toegepaste wetgeving, alsof hij krachtens die wetgeving verzekerd was. De toestemming mag niet worden geweigerd wanneer de desbetreffende behandeling behoort tot de prestaties waarin de wetgeving van de lidstaat waar betrokkene woont, voorziet, en die behandeling hem, gelet op zijn gezondheidstoestand van dat moment en het te verwachten ziekteverloop, in laatstbedoelde lidstaat niet kan worden gegeven binnen een termijn die medisch verantwoord is. (...)”*

## 9. Beoordeling van het geschil

### Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Verzoekster is naar een andere EU-lidstaat, te weten België, gegaan met het doel daar de onderhavige zorg te verkrijgen. Zodoende is sprake van planbare zorg. Op deze situatie ziet artikel 20 van Vo. nr. 883/2004.
- 9.2. Voorafgaand aan de behandeling heeft de behandelend plastisch chirurg namens verzoekster een aanvraag ingediend. Uit de overgelegde stukken blijkt dat deze aanvraag per abuis niet naar de ziektekostenverzekeraar is gezonden, maar naar een vestiging van het concern waarvan de ziektekostenverzekeraar deel uitmaakt. Uit het verslag van het telefonisch contact tussen verzoekster en de ziektekostenverzekeraar op 28 oktober 2013, blijkt dat door het ziekenhuis eerst op die datum, derhalve een week vóór de geplande operatie, alsnog een aanvraag naar de ziektekostenverzekeraar is gefaxt. Gelet op deze omstandigheid, in combinatie met het gegeven dat de foto's waar eerder om was verzocht pas op de dag van de operatie per fax naar de ziektekostenverzekeraar zijn gestuurd, is de commissie van oordeel dat de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid is ontnomen binnen een redelijke termijn op de aanvraag te beslissen. Deze situatie is volgens de commissie gelijk te stellen aan die waarin

in het geheel geen aanvraag is gedaan. Op grond van het arrest van het Hof van Justitie (Stamatelaki C-444/05) blijft toetsing aan Vo. nr. 883/2004 dan achterwege en dient het recht op vergoeding te worden beoordeeld aan de hand van de voorwaarden van de zorgverzekering.

- 9.3. De zorgverzekering biedt dekking voor een post bariatrische dijplastiek bij een (verzekerings)indicatie in de vorm van een aantoonbare functiestoornis dan wel verminking als bedoeld in artikel 26 van de zorgverzekering.
- 9.4. Bij een aantoonbare lichamelijke functiestoornis kan in dit kader worden gedacht aan een ernstige bewegingsbeperking dan wel onbehandelbaar smetten in de huidplooien. Gesteld noch gebleken is dat dit bij verzoekster vóór de operatie aan de orde was. Ook anderszins is bij verzoekster niet gebleken van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. Mogelijk ondervond verzoekster hinder van de overtollige huid, doch dit betekent niet dat kan worden gesproken van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis in de zin van artikel 26 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 9.5. 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). Verzoekster heeft aangevoerd dat bij haar kan worden gesproken van verminking aangezien de behandelend plastisch chirurg heeft verklaard dat het vóór de operatie een Pittsburgh score 3 betrof. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar heeft naar aanleiding van de door verzoekster ingezonden foto's geconstateerd dat bij verzoekster een Pittsburgh score 2 aan de orde was. Aangezien de ingreep al is uitgevoerd is niet (meer) te beoordelen of sprake was van Pittsburgh score 2 dan wel 3. Door tot de operatie te besluiten, heeft verzoekster het risico aanvaard dat de (verzekerings)indicatie niet (meer) zou kunnen worden bepaald. De eventuele negatieve gevolgen hiervan dienen daarom voor haar rekening te blijven. Aangezien zij niet voldoende aannemelijk heeft gemaakt dat bij haar, vóór de ingreep, sprake was van Pittsburgh score 3, moet worden geconcludeerd dat een (verzekerings)indicatie in de vorm van verminking ontbreekt.

#### **Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering**

- 9.6. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor de onderhavige zorg, zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden toegewezen.

#### **Telefonische toezegging**


- 9.7. Verzoekster heeft gesteld dat zij op 6 november 2013 telefonisch contact heeft gehad met de ziektekostenverzekeraar, bij welke gelegenheid door een door verzoekster bij naam genoemde medewerker de verwachting is gewekt dat de kosten van de onderhavige ingreep volledig zouden worden vergoed. Een en ander is door de ziektekostenverzekeraar betwist. Ten aanzien hiervan overweegt de commissie het volgende.
- 9.8. In een situatie als de onderhavige is het moeilijk de exacte vraagstelling van verzoekster en de beantwoording daarvan door de ziektekostenverzekeraar te reconstrueren, terwijl dan nog het probleem blijft hoe dit antwoord luidde, respectievelijk mocht worden opgevat. Toch is de commissie van oordeel dat in de procedure door verzoekster niet aannemelijk is gemaakt dat van de zijde van de ziektekostenverzekeraar, in afwijking van de verzekeringsvoorwaarden, telefonisch is toegezegd dat de kosten van de operatie volledig vergoed zouden worden. Door verzoekster is verklaard dat haar op 6 november 2013 is verteld dat zij "zich geen zorgen hoefde te maken". Zeker gezien het feit dat haar op 31 oktober en 7 november 2013 (telefonisch) werd verzocht aanvullende informatie en foto's aan te leveren - hetgeen zij op 8 november 2011 heeft gedaan - , kan uit deze mededeling geen onvoorwaardelijke toezegging worden afgeleid. Ook uit de door de ziektekostenverzekeraar overgelegde telefoonnotities blijkt niet van een zodanige toezegging.

#### **Conclusie**

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

 10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.

 Zeist, 23 juli 2014,

 Voorzitter