

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C te D
Zaak : Plastische chirurgie, dermolipectomie bovenbenen
Zaaknummer : 2011.00806
Zittingsdatum : 31 augustus 2011

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2010, artt. 10 en 11 Zvw, 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 [naam ziektekostenverzekeraar] Zorgverzekering (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 Plus Aanvullende Verzekering afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide 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 dermoliplectomie van de bovenbenen (hierna: de aanspraak). Bij brief van 13 oktober 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 6 december 2010, 28 januari 2011 en 4 maart 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven, en bij wijze van hoge uitzondering een vergoeding van het entreegeld voor de behandeling van haar zaak door de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie), toe te kennen.
- 3.3. Bij brief van 16 maart 2011 heeft verzoekster 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 12 juli 2011 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 13 juli 2011 aan verzoekster gezonden.
- 3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 1 augustus 2011 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 29 augustus 2011 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.7. Bij brief van 12 juli 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 juli 2011 heeft het CVZ (zaaknummer 2011074805) 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 aantoonbare lichamelijke functiestoornissen of vermindering. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 10 augustus 2011 aan partijen gezonden.
- 3.8. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 31 augustus 2011 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.9. Bij brief van 2 september 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 6 september 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 het volgende vastgesteld: “(...) *extreem gewichtsverlies na maagband, (...) functionele klachten, smetplekken*”, en verzocht om de volgende behandeling: “*huidreductie bovenbenen bdz.*”.
- 4.2. Verzoekster stelt dat zij door middel van een maagband ruim 60 kilo is afgevallen. Hierdoor heeft zij veel last van overtollige huid en smetplekken aan haar bovenbenen. Kleding schuurt over haar benen en daardoor ontstaan ontstekingen en uiteindelijk littekens. Zij schaamt zich voor haar lichaam. Verzoekster stelt dat sprake is van een ernstige bewegingsbeperking. Haar klachten zijn het gevolg van een geneeskundige verrichting, te weten het plaatsen van de maagband. Voorts stelt verzoekster dat zij zich niet serieus genomen voelt door de ziektekostenverzekeraar. Zij is op het medisch spreekuur verschenen en de medisch adviseur heeft haar bij die gelegenheid gezegd dat de bovenbenen er aanzienlijk erger aan toe waren dan bleek uit de door verzoekster eerder gezonden foto's. Desalniettemin volgde opnieuw een afwijzing voor de dermolipectomie. Verzoekster stelt dat zij voldoet aan de voorwaarden en dat de dermolipectomie van de bovenbenen volledig vergoed dient te worden.
- 4.3. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat zij op 30 mei 2008 een aanvraag heeft ingediend voor onder meer een correctie van de bovenbenen. Zij is bij de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar geweest, en voelde zich niet serieus genomen. Verzoekster stelt dat zij 65 kilo is afgevallen. Zij sport drie keer in

de week, maar krijgt het niet voor elkaar om het overtollige vel kwijt te raken. De ingreep dient te worden vergoed.

4.4. 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 op een dermolipectomie van de bovenbenen bestaat, indien het gaat om een correctie van afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen of verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of een geneeskundige verrichting. Bij verzoekster is een dergelijke indicatie niet vastgesteld. Volgens de medisch adviseur is geen sprake van verminking, functionele stoornissen of medische klachten die veroorzaakt worden door het huidoverschot. Derhalve komt de dermolipectomie van de bovenbenen niet voor vergoeding in aanmerking. Voorts deelt de ziektekostenverzekeraar mede dat aan verzoekster bij wijze van hoge uitzondering een vergoeding van het entreegeld is toegekend, zodat zij haar klacht door de commissie kan laten beoordelen zonder dat hier voor haar kosten aan zijn verbonden. Tot slot stelt de ziektekostenverzekeraar begrip te hebben voor het feit dat verzoekster in het dagelijks leven veel hinder ondervindt van haar lichamelijke klachten.

5.2. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd op de hoogte te zijn van de voorgeschiedenis van verzoekster. Verzoekster is afgevallen door een maagband. Er is een huidreductie van de bovenbenen aangevraagd en deze is afgewezen. De ziektekostenverzekeraar stelt dat verzoekster foto's heeft ingestuurd, en deze zijn beoordeeld door de medisch adviseur. Deze kwam tot de conclusie dat verzoekster geen indicatie heeft voor de ingreep, omdat geen sprake is van aantoonbare lichamelijke functiestoornissen dan wel verminking, als bedoeld in de regelgeving. Hierop heeft verzoekster bezwaar gemaakt, en zij is daarop uitgenodigd voor het spreekuur van de medisch adviseur. Dit bezoek heeft geen wijziging van het standpunt tot gevolg gehad. Tot slot stelt de ziektekostenverzekeraar dat het CVZ dit standpunt ondersteunt.

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 is gehouden de aanspraak 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 naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 tot en met 34 van de zorgverzekering. Artikel 18 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op plastische en/of reconstructieve chirurgie bestaat. Voor zover hier van belang, luidt dit artikel:

“Artikel 18. Plastische en/of reconstructieve chirurgie

Omschrijving:

Uw recht op 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;*
- (...)*

Door:

medisch specialist.

Verwijzing door:

huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist of kaakchirurg.

Machtiging:

ja, met toelichting van de behandelend medisch specialist.”

- 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 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 lid 1 onder b 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. Aanspraak op behandelingen van plastisch-chirurgische aard bestaat, indien sprake is van afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen of van verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting. Beoordeeld dient te worden of hiervan in het geval van verzoekster sprake is.

- 9.2. Bij een aantoonbare lichamelijke functiestoornis kan worden gedacht aan onbehandelbaar smetten of een ernstige bewegingsbeperking. Onder “ernstige bewegingsbeperking” valt niet het ondervinden van hinder in het dagelijks verkeer, zoals in de situatie van verzoekster. In de verklaring van de behandelend plastisch chirurg wordt gerept over ‘smetplekken’. Uit de overgelegde stukken blijkt echter niet dat verzoekster onder behandeling is (geweest) van een dermatoloog. Zodoende oordeelt de commissie dat door verzoekster onvoldoende aannemelijk is gemaakt dat bij haar sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis.
- 9.3. Van verminking kan slechts worden gesproken in geval van een ernstige misvorming, al dan niet met weefseldefecten gepaard gaande, die direct in het oog springt en die in het normale dagelijkse verkeer niet kan worden gecamoufleerd met bijvoorbeeld kleding. Het is de commissie niet gebleken dat die situatie zich ten aanzien van de bovenbenen voordoet.
- 9.4. Derhalve is bij verzoekster geen sprake van een (verzekerings-)indicatie, zodat de aangevraagde dermoliplectomie van de bovenbenen niet voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking komt.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.5. Het is de commissie gebleken dat de aanvullende ziektekostenverzekering geen dekking biedt voor het gevraagde, zodat deze geen verdere bespreking behoeft.

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, 14 september 2011,

Voorzitter