

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C te D, vertegenwoordigd door E te F
Zaak : Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, dermolipsectomie en
liposculpture van de bovenbenen
Zaaknummer : 2009.02546
Zittingsdatum : 21 april 2010

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2009, artt. 10 en 11 Zvw, 2.4 Bzv en 2.1 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2009)

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoekster,

tegen

C te D, vertegenwoordigd door E te F, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 11 augustus 2009 de aanvraag voor een dermolipsectomie in combinatie met liposculpture van de bovenbenen (hierna: de aanspraak) af te wijzen.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] Zorgverzekering (hierna: de zorgverzekering), wat een verzekering is als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen [naam gevolmachtigde] Top Pakket en Tandarts afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Laatstgenoemde verzekeringen bieden naar hun aard geen dekking voor het gevraagde en blijven om die reden verder onbesproken. Alle verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. Bij brief van 11 augustus 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.3. Verzoekster heeft, bij monde van haar huisarts, aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Deze heeft hierop foto's opgevraagd, waarna hij verzoekster op 7 september 2009 heeft medegedeeld de afwijzende beslissing te handhaven. Na tussenkomst van de behandelend plastisch chirurg is verzoekster uitgenodigd voor het spreekuur van de medisch adviseur. Bij brief van 19 november 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat hij geen aanleiding ziet op het ingenomen standpunt terug te komen.
- 3.4. Bij brief van 23 november 2009 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 (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 stukken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief van 28 januari 2010 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 11 februari 2010 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar hebben op respectievelijk 26 maart 2010 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 11 februari 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 26 februari 2010 heeft het CVZ (zaaknummer 2010023952) 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 een verminking. Een afschrift van het CVZ-advies is op 31 maart 2010 aan partijen gezonden. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. De behandelend plastisch chirurg heeft bij verzoekster de volgende diagnose gesteld: “forse kwabbels aan de binnenzijde van de bovenbenen.” Tevens heeft hij aangegeven dat deze afwijking door middel van “een dermolipectomie in combinatie met liposculpture” kan worden gecorrigeerd. Door de huisarts is naar voren gebracht dat de kwabbels zeer hinderlijk zijn bij het lopen en bewegen en dat de aandoening bij warm weer “schuurt en schaaft”.
- 4.2. Verzoekster stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat zij een gastric bypass heeft ondergaan, als gevolg waarvan zij van 130 naar 90 kg is afgevalen, bij een lengte van 1,73 m. Er is sprake van een lichamelijke functiestoornis. Verder voert zij aan dat haar echtgenoot heeft gesproken met de medisch adviseur en dat deze hem heeft gezegd dat zijn advies was de aanvraag niet af te wijzen.
- 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 stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat geen sprake is van verminking of van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis in de vorm van een zeer ernstige bewegingsbeperking door de omvang van de benen. Bovendien heeft verzoekster een BMI groter dan 30.
- 5.2. 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 dermoliplectomie in combinatie met liposculpture van de bovenbenen ten laste van de zorgverzekering.

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 van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. Artikel 19 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op plastische en/of reconstructieve chirurgie bestaat en luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

“Omschrijving:

Geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 14 (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. De zorgverzekering is volgens artikel 1 onder 85 een tussen een zorgverzekeraar en een verzekeringnemer voor een verzekeringsplichtige gesloten schadeverzekering, die voldoet aan hetgeen daarover bij of krachtens de Zvw is geregeld, en waarvan de verzekerde prestaties het bij of krachtens deze wet regelde niet te boven gaan.

- 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. Behandeling van plastisch-chirurgische aard is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 lid 1 onder b van het Besluit zorgverzekering(Bzv) en verder uitgewerkt in artikel 2.1 van de regeling zorgverzekering (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 het door de ziektekostenverzekeraar ter zake ingenomen standpunt, behoeft de vraag of sprake is van een verzekerde prestatie geen beantwoording meer.

- 9.2. Gesteld noch gebleken is dat bij verzoekster sprake is van verminking als gevolg van een ziekte, een ongeval of een geneeskundige verrichting als bedoeld in artikel 19 van de zorgverzekering. Van een verminking kan slechts worden gesproken in geval van een ernstige deformiteit, al dan niet met weefseldefecten gepaard gaande, die in het dagelijks verkeer niet kan worden gecamoufleerd met bijvoorbeeld kleding.
- 9.3. Voorts is onvoldoende aannemelijk gemaakt dat sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis in de zin van de polisvoorwaarden, waarbij in dit verband dan met name valt te denken aan een ernstige bewegingsbeperking. Onder dat laatste valt niet te begrijpen het in de verklaring van de huisarts omschreven ondervinden van hinder in het dagelijks verkeer.
- 9.4. Gelet op het voorgaande moet worden geoordeeld dat geen sprake is van een verzekeringsindicatie en het verzoek om die reden moet worden afgewezen.

Opstelling medisch adviseur

- 9.5. Verzoekster heeft gesteld dat de medisch adviseur tijdens een telefonisch onderhoud met haar echtgenoot zou hebben verklaard dat hij niet afwijzend heeft geadviseerd. Wat daarvan ook moge zijn, de medisch adviseur heeft kennelijk niet verklaard – verzoekster stelt dat ook niet – dat zijn advies zonder meer en onverkort door de ziektekostenverzekeraar zou worden overgenomen, zodat bij verzoekster niet een zodanig vertrouwen is gewekt dat de aanspraak alsnog zou moeten worden gehonoreerd...

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, 21 april 2010,

Voorzitter