

# **ANONIEM BINDEND ADVIES**

Partijen : A te B tegen C te D en E te F  
Zaak : Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, abdominoplastiek  
Zaaknummer : 2009.02337  
Zittingsdatum : 3 november 2010

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

---

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoeker,

tegen

1) C te D en

2) E te F

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 1 juli 2009 de aanvraag voor een “abdom. plastiek incl. nav/fc abd.” (hierna: de aanspraak) af te wijzen.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering [naam ziektekostenverzekeraar] ZorgActief (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen ZorgActief Top (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering), GebitActief en Collectieve aanvulling afgesloten. De GebitActief en Collectieve aanvulling zijn niet in geschil en blijven in het vervolg buiten beschouwing. Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 18 augustus 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker 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 13 juni 2010 heeft verzoeker 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 verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit ver-

zoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 9 augustus 2010 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 13 augustus 2010 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 19 augustus 2010 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 25 oktober 2010 telefonisch medegedeeld niet gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 13 augustus 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 10 september 2010 heeft het CVZ (zaaknummer 2010104312) 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 verzoeker geen sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis dan wel verminking. Een afschrift van het CVZ-advies is op 19 oktober 2010 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker is op 3 november 2010 in persoon gehoord. Hij is daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 5 november 2010 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 10 november 2010 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 verzoeker

- 4.1. De behandelend plastisch chirurg heeft bij verzoeker de volgende diagnose gesteld: "Veel te zware buikhuid. Surplus aan huid en vet onderkant buik en zijkant bekken. 40 kg. afgevallen. Tevens navelbreukcorrectie".
- 4.2. Op 25 augustus 2009 heeft de behandeling waarop verzoeker aanspraak maakt, overeenkomstig de wijze zoals in de aanvraag vermeld, plaatsgevonden.
- 4.3. Verzoeker stelt dat als gevolg van een eerdere operatie een litteken op de buik was ontstaan. Hierdoor voelde verzoeker zich verminkt en had hij moeite een relatie aan te gaan. Hij was onder behandeling bij een psycholoog. De operatie is inmiddels uitgevoerd, en verzoeker is nu gelukkig getrouwd.
- 4.4. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat voor de operatie sprake was van smetten. Hij is daarvoor niet onder behandeling van een dermatoloog.
- 4.5. Verzoeker 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 een aantoonbare lichamelijke functiestoornis dan wel verminking. Een lichamelijke functiestoornis is aan de orde indien de buikhuid een kwart van de lengteas van het bovenbeen bedekt dan wel indien sprake is van onbehandelbaar smetten. Hiervan is bij verzoeker geen sprake. Ook is niet gebleken van een vermindering. Bovendien moet de BMI gedurende 12 maanden stabiel en minder dan 30 zijn. Verzoeker voldoet niet aan de voorwaarden, zodat hij geen aanspraak heeft op een buikwandcorrectie ten laste van de zorgverzekering. Wel heeft hij recht op een tegemoetkoming van € 250,-- ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit bedrag zal aan verzoeker worden uitgekeerd.
- 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 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 de 'aanspraken' van de zorgverzekering. Artikel 3 van de 'aanspraken' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op behandeling van plastisch-chirurgische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

*"U heeft aanspraak op chirurgische ingrepen van plastisch chirurgische aard door een medisch specialist wanneer de behandeling leidt tot correctie van:*

- afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;*
- verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;*
- (...)*
- de buikwand (het abdominoplastiek), als er sprake is van een verminking die in ernst te vergelijken is met een derdegraads verbranding, van onbehandelbare smetten in huidplooien of van een zeer ernstige beperking van de bewegingsvrijheid; (...)"*

- 8.3. Artikel 3 van de ‘aanspraken’ van de zorgverzekering is volgens artikel 2 van de ‘algemene voorwaarden’ 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 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 3 van de aanvullende ziektekostenverzekering is, voor zover hier van belang, het volgende geregeld:

“(…)

*2. Cosmetische chirurgie (zonder medische indicatie)*

*Wij vergoeden de kosten van chirurgische ingrepen van cosmetische aard waarbij de aanleiding voortvloeit uit de persoonlijke behoefte, noodzaak of omstandigheid.*

*Voorwaarde*

*Een correctie van de oorstand moet worden uitgevoerd door een hiervoor door ons gecontracteerde zorgverlener. Een lijst met gecontracteerde zorgverleners kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.*

“(…)

*ZorgActief Top*

*100% correctie van de oorstand voor kinderen tot 18 jaar, overige behandelingen € 250,- per persoon per 3 kalenderjaren”*

## 9. Beoordeling van het geschil

### **Ten aanzien van de zorgverzekering**

- 9.1. Verzoeker heeft aanspraak op een abdominoplastiek, indien bij hem 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 huidplooien 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. Van dit laatste is bij verzoeker geen sprake, terwijl ook anderszins, waarbij met name moet worden gedacht aan onbehandelbaar smetten, niet is 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 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.

- 9.4. Verzoeker heeft nog aangevoerd dat vergoeding dient plaats te vinden vanwege psychische klachten door de overhangende buikhuid. Psychisch lijden vormt echter geen grond voor vergoeding.

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

- 9.5. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt dekking voor de onderhavige behandeling tot een bedrag van maximaal € 250,-- per drie kalenderjaren. Dit bedrag heeft de ziektekostenverzekeraar toegezegd te zullen betalen, zodat hierover geen geschil bestaat.

#### **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, 17 november 2010,

Voorzitter