

# **ANONIEM BINDEND ADVIES**

Partijen : Mevrouw A te B, vertegenwoordigd door mevrouw C te B, tegen D en E beide te F  
Zaak : Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, dermolipectomie  
Zaaknummer : 2012.02220  
Zittingsdatum : 17 juli 2013

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. P.J.J. Vonk (fungerend voorzitter), mr. H.P.Ch. van Dijk en mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden zorgverzekering 2012, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2012)

---

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door mevrouw C te B,

tegen

1) D te F, 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] 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 AV Den Haag afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide 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 een dermolpectomie van de huid onder haar armen (hierna: de aanspraak). Bij brief van 20 juni 2012 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 3 augustus 2012 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 brief van 1 maart 2013 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 8 mei 2013 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 14 mei 2013 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 24 mei 2013 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 2 juli 2013 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 14 mei 2013 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 12 juni 2013 (zaaknummer 2013062315) heeft het CVZ 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 een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of van verminking. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 26 juni 2013 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 17 juli 2013 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 18 juli 2013 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 31 juli 2013 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. Verzoekster heeft al jaren last van vetophopingen. Zij wordt hierdoor ernstig gehinderd en ondervindt hiervan constante pijn. De behandelend medisch specialist heeft haar medegedeeld dat het voor haar noodzakelijk is een dermolipectomie te ondergaan. Verzoekster voldoet aan de voorwaarden die de zorgverzekering ten aanzien hiervan stelt.
- 4.2. Verzoekster is van mening dat de ziektekostenverzekeraar met betrekking tot haar verzoek een verkeerd standpunt inneemt. Ook vindt zij dat de ziektekostenverzekeraar haar had moeten oproepen voor het spreekuur van de medisch adviseur, zodat deze had kunnen zien dat het probleem van verzoekster groter is dan de ziektekostenverzekeraar denkt.
- 4.3. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat zij het oneens is met het CVZ-advies. Zij heeft veel last van de vetophopingen onder haar armen. De huid schuurt, zet op en wordt rood, waardoor pijn ontstaat. Door het dragen van bepaalde kleding kan (verdere) beschadiging van de huid worden voorkomen. Verzoekster stelt niet te begrijpen waarom alleen op deze plekken vetophopingen zijn ontstaan. De huisarts begrijpt dit ook niet. Inmiddels kan verzoekster haar huishouden niet meer

doen en heeft zij huishoudelijke hulp ingeschakeld. Zij wordt derhalve beperkt in haar functioneren. Een persoonlijk onderzoek door de ziektekostenverzekeraar had duidelijk gemaakt hoe erg de situatie is.

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 zorgverzekering biedt dekking voor een dermolpectomie indien sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis dan wel verminking die het gevolg is van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting. Op basis van de toepasselijke regelgeving zijn deze begrippen verder uitgewerkt in de werkwijzer plastische chirurgie van de VAGZ. Verzoekster heeft last van “het in de weg zitten van teveel huid”, “schuren” en “drukken”. Hoe vervelend deze klachten ook zijn, zij vormen geen reden voor vergoeding van een dermolpectomie. Er is namelijk geen zodanig ernstige bewegingsbeperking dat sprake is van een lichamelijke functiestoornis.

5.2. De beoordeling door de medisch adviseur vindt plaats aan de hand van de documenten in het dossier. Indien hieruit onvoldoende duidelijk wordt of aanspraak bestaat op een behandeling, kan een oproep voor het medisch spreekuur volgen. Op basis van de foto's is de medisch adviseur echter tot de conclusie gekomen dat geen sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of verminking.

5.3. De ziektekostenverzekeraar wijst erop dat bij de uitvoering van de zorgverzekering de Zorgverzekeringswet dient te worden gevolgd. Er is geen vrijheid af te wijken van de wet, of de bedoeling van de wetgever te negeren. Hoewel begrip bestaat voor de wens van verzoekster, biedt de zorgverzekering geen dekking voor deze ingreep. Ook de aanvullende ziektekostenverzekering kent hiervoor geen dekking.

5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat de medisch adviseur heeft verklaard dat de foto's voldoende duidelijk zijn voor een beoordeling. De beoordeling van verzoeksters aanvraag heeft derhalve plaatsgevonden zonder haar op te roepen voor het spreekuur. Het CVZ heeft bevestigd dat nader onderzoek niet nodig is. De ziektekostenverzekeraar brengt in te begrijpen dat verzoekster hinder ondervindt van de vetophoping.

5.5. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

#### 6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op de artikelen 15 van de zorgverzekering en 14 van de aanvullende ziektekostenverzekering 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 ziektekostenverze-

kering.

## 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. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen 16 tot en met 35 van de zorgverzekering.
- 8.3. Artikel 17.2d van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op behandelingen van plastisch-chirurgische aard bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

*“Op behandeling van plastisch-chirurgische aard bestaat, als binnen minstens drie weken vooraf schriftelijk toestemming bij [naam ziektekostenverzekeraar] is aangevraagd en deze door [naam ziektekostenverzekeraar] is verleend, slechts aanspraak als die strekt ter correctie van:*

- *afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;*
- *verminderingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting; (...)*

- 8.4. Artikel 17d van de zorgverzekering is volgens artikel 2.2 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.

## 9. Beoordeling van het geschil

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

- 9.1. De zorgverzekering biedt dekking voor een dermoliplectomie bij een (verzekerings)indicatie in de vorm van een aantoonbare functiestoornis dan wel verminking als bedoeld in artikel 17.2d van de zorgverzekering.

- 9.2. Bij een aantoonbare lichamelijke functiestoornis moet in dit verband worden gedacht aan een ernstige bewegingsbeperking. Een voorbeeld hiervan is het moeilijk kunnen lopen door de forse omvang van de benen. Slechts in zeer uitzonderlijke gevallen kan worden aangenomen dat sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. Verzoekster heeft pijnklachten doordat haar bovenarmen langs de huid van haar lichaam schuren. Het is echter niet zo dat zij haar arm moeilijk kan bewegen. Daarom kan niet worden gesproken van een ernstige bewegingsbeperking. Ook anderszins is bij verzoekster niet gebleken van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis als bedoeld in de zorgverzekering en de onderliggende regelgeving.
- 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. De commissie merkt verder op dat op de foto's die verzoekster heeft overgelegd duidelijk is te zien dat onder de arm vet is opgehoopt. Voor een zorgvuldige beoordeling van de aanvraag kon de ziektekostenverzekeraar volstaan met de beoordeling van de foto's en hij heeft op basis hiervan tot de afwijzing kunnen komen. De ziektekostenverzekeraar was daarom niet gehouden verzoekster te laten oproepen voor het spreekuur van zijn medisch adviseur.

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

- 9.5. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor een dermolipectomie, 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, 7 augustus 2013,

Voorzitter