

# **ANONIEM BINDEND ADVIES**

Partijen : Mevrouw A te B, tegen C en D ,beide te E  
Zaak : Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, correctie bovenarmen  
Zaaknummer : 2013.01640  
Zittingsdatum : 6 november 2013

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 2011, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.7 Bzv, 2.4 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2011)

---

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

1) C en

2) D beide te E

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 Basisverzekering Optimaal (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 Aanvulling Uitgebreid 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).

De eveneens afgesloten verzekering Tandarts Maximaal 2005 is net in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een correctie van de bovenarmen (hierna: de aanspraak). Bij brief van 4 november 2011 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 27 december 2011, 20 januari 2012, 7 mei en 12 juni 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.3. Nadat verzoekster de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen met haar klacht had benaderd, heeft de Ombudsman Zorgverzekeringen haar bij brief van 17 juli 2013 medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling. Verzoekster is hierbij gewezen op de mogelijkheid haar geschil voor te leggen aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie)

3.4. Bij brief van 20 juli 2013 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).

- 3.5. 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 4 september 2013 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 19 september 2013 aan verzoekster gezonden.
  - 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 20 september 2013 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
  - 3.8. Bij brief van 19 september 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 14 oktober 2013 (zaaknummer 2013111150) 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 niet is gebleken dat sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of verminking. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
  - 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 6 november 2013 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
  - 3.10. Bij brief van 14 november 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 28 november 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 is in het verleden door een eetstoornis veel aangekomen. Ondanks het feit dat zij nog iedere dag moeite moet doen om de eetstoornis onder controle te houden, is het haar een aantal jaren geleden gelukt om af te vallen van 130 naar 60 kg en dit gewicht sindsdien vast te houden. Verzoekster heeft door het gewichtsverlies echter last gekregen van overtollige huid. Ongeveer vijf jaar geleden heeft zij daarom een buikwand- en borstcorrectie ondergaan, waarvan de kosten door haar vorige verzekeraar volledig zijn vergoed.
  - 4.2. Na de afwijzende beslissing van 20 januari 2012 heeft verzoekster een aanvraag voor een tegemoetkoming gedaan bij het sociaal fonds van haar werkgever. Op 27 november 2012 heeft zij van haar werkgever te horen gekregen dat deze de helft van de kosten van de ingreep, die totaal € 4.820,-- bedragen, zal vergoeden. Dit betekent dat het onderhavige geschil nog betrekking heeft op een bedrag van € 2.410,--. De ingreep heeft op 21 maart 2013 plaatsgevonden.

- 4.3. Verzoekster had vóór de ingreep veel last van de overtollige huid aan haar bovenarmen. Zij heeft geprobeerd eraan te wennen, maar dat is niet gelukt. De armen waren lelijk door de overtollige huid. Bovendien waren de bovenarmen niet in verhouding met de rest van haar lichaam, waardoor zij voor haar bovenarmen kledingmaat 42 nodig had en voor de rest van haar lichaam maat 36. Ook kreeg zij vaak opmerkingen van vreemden over haar armen. Verzoekster was hierdoor diep ongelukkig.
- 4.4. De ziektekostenverzekeraar heeft de aanvraag in eerste instantie afgewezen, zonder dat hij verzoekster in persoon had gezien. Na het verzoek om heroverweging is verzoekster alsnog opgeroepen op het spreekuur van de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar. Echter, tijdens het spreekuurbezoek werd verzoekster al verteld dat de aanvraag zou worden afgewezen, en dat dit al vóór het spreekuurbezoek vaststond. Verzoekster vindt dit stuitend en ongepast.
- 4.5. De ziektekostenverzekeraar heeft er bij de beoordeling geen rekening mee gehouden dat lichaam en geest één zijn, en verschuilt zich achter de polisvoorwaarden.
- 4.6. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat zij van de ziektekostenverzekeraar coulance verwacht, met name omdat deze het belangrijk vindt dat zijn verzekerden goed eten. Zij benadrukt dat de ziektekostenverzekeraar alleen naar de regels kijkt en niet naar de mens om wie het gaat. Verzoekster merkt op dat zij door de ingreep niet mooier is geworden, aangezien zij hierdoor op haar armen een groot litteken heeft gekregen.
- 4.7. 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 bovenarmen, 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. De medisch adviseur heeft tijdens het spreekuurbezoek van 22 december 2011 vastgesteld dat de bovenarmen beiderzijds een huidoverschot hebben van ongeveer 6 cm (Pittsburgh Rating scale 2, matig). Er was geen sprake van smetten. Bij verzoekster kan daarom niet worden gesproken van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of verminking.
  - 5.3. Ook voor de aanspraak ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering geldt dat sprake moet zijn van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of verminking. De bewoordingen in de aanvullende ziektekostenverzekering zijn gelijk aan die van de zorgverzekering. Bij de zorgverzekering moet evenwel sprake zijn van lichamelijke functiestoornissen van vrij ernstige aard, zoals opgenomen in de "Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch chirurgische aard". Deze eis wordt in de aanvullende ziektekostenverzekering niet gesteld. Bij verzoekster is echter in het geheel geen sprake van een lichamelijke functiestoornis. Reeds om die reden heeft zij geen aanspraak op een bovenarmcorrectie ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

- 5.4. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunten herhaald. De ziektekostenverzekeraar heeft toegezegd het coulanceverzoek van verzoekster – indien de commissie afwijzend beslist - voor te leggen aan zijn coulancecommissie.
- 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 17 van de zorgverzekering en 17 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 verzoekster aanspraak heeft op een correctie van haar bovenarmen, 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 restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen 18.1 e.v. van de zorgverzekering. Artikel 18.12 onder e van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak bestaat op behandeling van plastisch chirurgische aard, en luidt, voor zover hier van belang:
- “Op behandeling van plastisch-chirurgische aard bestaat slechts aanspraak op de vergoeding van kosten, indien die strekt ter 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;*
- (...)*
- Deze zorg komt uitsluitend voor vergoeding in aanmerking als tijdig en vooraf schriftelijk toestemming is aangevraagd bij de zorgverzekeraar. Aanvragen voor behandelingen van plastisch chirurgische aard worden beoordeeld aan de hand van de “Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch chirurgische aard”. Deze is opvraagbaar bij de afdeling claimbehandeling.”*
- 8.3. Artikel 18.12 onder e 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 b 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 vergoeding van de kosten van 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 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.1 Rzv.

- 8.5. 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.
- 8.6. Artikel 3.37.1 van de aanvullende ziektekostenverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak bestaat op plastisch chirurgische behandeling, en luidt, voor zover hier van belang:

*“Vergoeding: Volledig.*

*Voorwaarden: In geval van een behandeling van plastisch chirurgische aard waarbij de aanleiding niet voortvloeit uit persoonlijke behoefte, noodzaak of omstandigheid, tenzij er sprake is van verminking ten gevolge van een ongeval, ziekte of een geneeskundige verrichting. Er bestaat slechts recht op vergoeding als de aard van de behandeling strekt ter correctie van afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen. In tegenstelling tot voorgaande komt de correctie van flaporen wel voor vergoeding in aanmerking. Er is vooraf toestemming van de zorgverzekeraar vereist. Beoordeling vindt plaats aan de hand van een schriftelijke aanvraag van de behandelend specialist, foto's en een verklaring van verzekerde over de klachten. De ingreep dient te worden uitgevoerd door een medisch specialist in een ziekenhuis of in een zelfstandig behandelcentrum.”*

## 9. Beoordeling van het geschil

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

- 9.1. De zorgverzekering biedt dekking voor een correctie van de bovenarmen bij een (verzekerings)indicatie in de vorm van een aantoonbare functiestoornis dan wel verminking als bedoeld in artikel 18.12 van de zorgverzekering.
- 9.2. Bij een aantoonbare lichamelijke functiestoornis moet in dit verband in de eerste plaats worden gedacht aan een ernstige bewegingsbeperking. Verzoekster had problemen met het aanschaffen van kleding, omdat de omvang van haar bovenarmen voorheen niet in verhouding stond tot de rest van haar lichaam. Daarnaast vond zij haar bovenarmen lelijk, waardoor zij zich ongelukkig voelde. Het is echter niet zo dat zij haar armen moeilijk kon bewegen. Daarom kan niet worden gesproken van een ernstige bewegingsbeperking. Voorts zou in dit verband kunnen worden gedacht aan ernstig onbehandelbaar smetten. Echter, gesteld noch gebleken is dat dit bij verzoekster aan de orde was. 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 regelge-

ving gaat het daarbij om verworven aandoeningen, zoals misvorming van de handen door reumatoïde artritis, misvorming door verlamming van de aangezichtsenuw, 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.

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

- 9.4. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt dekking voor een correctie van de bovenarmen indien een (verzekerings)indicatie aanwezig is in de vorm van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis dan wel verminking.
- 9.5. Voor de (verzekerings)indicatie aantoonbare lichamelijke functiestoornis gelden – blijkens de verklaring van de ziektekostenverzekeraar en het feit dat in de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering niet wordt verwezen naar de VAGZ-richtlijn – in het kader van de aanvullende ziektekostenverzekering minder strenge eisen dan voor de zorgverzekering. Echter, ook indien wordt uitgegaan van deze minder strenge eisen, moet worden geconcludeerd dat de klachten die verzoekster vóór de behandeling ondervond, en die zijn weergegeven onder 9.2, niet zijn te duiden als een aantoonbare lichamelijke functiestoornis als bedoeld in de verzekeringsvoorwaarden.
- 9.6. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar heeft vastgesteld dat de bovenarmen beiderzijds een huidoverschot hebben van ongeveer 6 cm (Pittsburgh Rating scale 2, matig). Een dergelijk huidoverschot is niet aan te merken als verminking.

#### **Conclusie**

- 9.7. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 4 december 2013,

Voorzitter