

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C te D en E te F
Zaak : Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, buikwandcorrectie
Zaaknummer : 2011.02153
Zittingsdatum : 21 maart 2012

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

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoekster,

tegen

1) C te D 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 Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen ZorgActief 4 sterren en GebitActief 2 sterren afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Alle genoemde 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 buikwandcorrectie (hierna: de aanspraak). Bij brief van 30 maart 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 brief van 24 augustus 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft verzoekster bij brief van 8 november 2011 medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling.
- 3.4. Bij brief van 9 december 2011 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 stuk-

ken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 7 februari 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 14 februari 2012 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 15 februari 2012 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 14 februari 2012 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 27 februari 2012 heeft het CVZ (zaaknummer 2012021027) 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. 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 21 maart 2012 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 22 maart 2012 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 26 maart 2012 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 als gevolg van een maagverkleining veel gewicht verloren. Door dit grote gewichtsverlies heeft verzoekster thans te maken met overtollig vel en verzakkingen die haar belemmeren in haar dagelijks functioneren. Voorts heeft verzoekster last van smet- en menstruatieklasten. Daarnaast ondervindt verzoekster psychische problemen en beperkingen die door haar buik worden veroorzaakt. Zij schaamt zich voor haar buik.
- 4.2. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat drie specialisten en de huisarts de ingreep noodzakelijk vinden. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar heeft niet goed naar verzoekster gekeken. Er zou geen sprake zijn van een situatie die vergelijkbaar is met een derdegraads brandwond. Dit is echter het vergelijken van appels met peren.
- 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. Bij verzoekster is geen sprake van een ernstige bewegingsbeperking. De overhang van de buik is niet ten minste een kwart van de lengte-as van de bovenbenen. Evenmin heeft verzoekster last van onbehandelbaar smetten, zodat derhalve geen sprake is van een lichamelijke functiestoornis. Voorts kan niet worden gesproken van ver-

minking conform de Pittsburgh Scale. Er moet dan sprake zijn van een score graad 3 (ernstige deformiteit). Bij verzoekster is sprake van een lichte misvorming (score graad 1). Psychische klachten vormen geen verzekeringsindicatie. Tot slot voert de ziektekostenverzekeraar aan dat de overtollige huid naar de mening van de medisch adviseur niet de oorzaak is van het menstruatiefprobleem. De ziektekostenverzekeraar concludeert dat verzoekster geen aanspraak heeft op een buikwandcorrectie ten laste van de zorgverzekering. Wel heeft zij recht op een tegemoetkoming van € 250,- ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 16 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering 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 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. Het betreft hier een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de 'Aanspraken' van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 3 van de 'Aanspraken' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak bestaat op plastische chirurgie en luidt, voor zover hier van belang:

"Artikel 3 Cosmetische chirurgie/Plastische chirurgie

U heeft aanspraak op chirurgische ingrepen van plastisch chirurgische aard door een medisch specialist of kaakchirurg 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 een 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 huidplooiën of van een zeer ernstige beperking van de bewegingsvrijheid (hiervan is sprake indien het buikschort minimaal een kwart van de bovenbenen bedekt);

(...)"

- 8.4. Artikel 3 van de 'Aanspraken' van de zorgverzekering is volgens artikel 2.1 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Besluit Zorgverzekering (Bzv) en de Regeling Zorgverzekering (Rzv).
- 8.5. Artikel 11, lid 1, onderdeel a van de Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde in voorkomend geval, 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 sub b Bzv, en verder uitgewerkt in artikel 2.1 Rzv.
- 8.6. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 8.7. Verder is in artikel 3.2 van de aanvullende ziektekostenverzekering het volgende opgenomen:

"3.2 Cosmetische chirurgie (zonder medische indicatie)

(...)

ZorgActief aanvulling

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

(...)"

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Verzoekster heeft aanspraak op een abdominoplastiek, indien bij haar sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis dan wel van een verminking als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 9.2. Een aantoonbare lichamelijke functiestoornis is aan de orde in geval van onbehandelbaar smetten in de huidplooiën 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. Hiervan is bij verzoekster geen sprake. Ook anderszins, waarbij met name moet worden gedacht aan onbehandelbaar smetten, is bij verzoekster niet gebleken van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis.
Het door verzoekster aangevoerde menstruatiefprobleem is in dit verband niet relevant, nog daargelaten dat de relatie tussen deze klachten en de overhangende buikhuid door verzoekster niet dan wel onvoldoende aannemelijk is gemaakt.
- 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 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.

- 9.4. Hoewel verzoekster psychische klachten heeft door de overhangende buikhuid, vormen dergelijke klachten geen (verzekerings)indicatie op grond van artikel 3 van de 'Aanspraken' van de zorgverzekering.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.5. Ingevolge artikel 3.2 van de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van chirurgische ingrepen van cosmetische aard waarbij de aanleiding voortvloeit uit de persoonlijke behoefte, noodzaak of omstandigheid. Op grond van de door verzoekster afgesloten variant kan zij recht doen gelden op maximaal € 250,- per persoon per drie kalenderjaren, welk bedrag ook door de ziektekostenverzekeraar is toegezegd. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen mogelijkheid tot een hogere vergoeding dan genoemd bedrag.

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, 4 april 2012,

Voorzitter