



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen OWM Centrale Zorgverzekeraars groep  
Zorgverzekeraar U.A. en OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering  
Zorgverzekeraar U.A., beide te Tilburg

Zaak : EU/EER, Spanje, geneeskundige zorg, plastische chirurgie, abdominoplastiek  
(buikwandcorrectie), medisch noodzakelijk tijdens verblijf

Zaaknummer : 201800618

Zittingsdatum : 14 november 2018

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot)

(Voorwaarden zorgverzekering 2017, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2017, artt. 19 en 20 Vo. nr. 883/2004)

---

1. Partijen

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

tegen

- 1) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg, en
  - 2) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de CZ Zorgkeuzepolis (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 Excellent afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek.
- De eveneens afgesloten aanvullende verzekering Tandarts is niet 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 vergoeding van de kosten van een buikwandcorrectie, een correctie van de navel en het reven van de buikspieren, ondergaan te Arona, Spanje (hierna: de aanspraak). Bij brief van 12 januari 2018 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 9 maart 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft verzoekster bij brief van 2 mei 2018 medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling.
- 3.4. Bij brief van 29 juni 2018 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 6 september 2018 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 11 september 2018 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 13 september 2018 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 19 september 2018 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10, negende lid, van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat de onderhavige zaak enkelvoudig wordt afgedaan.
- 3.9. Bij brief van 11 september 2018 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 28 september 2018 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2018044848) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat uit het dossier niet blijkt dat ten tijde van de ingreep sprake was van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of verminking. Evenmin is de abdominoplastiek noodzakelijk als behandeling tegen de (pijn)klachten van verzoekster. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 2 oktober 2018 aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 14 november 2018 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.11. Bij brief van 16 november 2018 heeft de commissie het Zorginstituut afschriften van de aantekeningen van de hoorzitting en de pleitnota van verzoekster gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen en de pleitnota aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 19 november 2018 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen en de pleitnota geen aanleiding vormen tot aanpassing van het advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

#### 4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. De behandelend arts heeft op 4 december 2017 over verzoekster verklaard (vertaling):  
*"Patiënte, vrouw van 72 jaar, die geen allergieën heeft, die veroorzaakt kunnen worden door de ons bekende medicamenten, en bekend is (geweest) met suikerziekte (...), die binnenkomt (opgenomen wordt) om een plastisch-chirurgische buikwandoperatie (...) te ondergaan. Op het lichamenlijk onderzoek verschijnt de patiënte met een overmatige/buitengewone buikschort, bovendien lijdt ze aan diastasis recti (...) ("wijkende" buikspieren in het onderlijf). (...) Op 1 december 2017 wordt onder algehele anesthesie chirurgisch een buikwandcorrectie gedaan met correctie van de navel (...) en opvouwen/reven (...) van de diastasis recti. (...)"*
- 4.2. De behandelend arts heeft 23 mei 2018 over verzoekster verklaard (vertaling):  
*"Op 1 december 2017 werd een chirurgische ingreep gedaan bij [verzoekster] die een ernstig groot/overmatig groot buikschort vertoonde, dat haar herhaald huidinfecties veroorzaakte in de schaamstreek/schaambeenstreek en beide zijanten van haar onderbuik. Deze chirurgische ingreep heeft voorkomen dat de patiënte opnieuw huidinfecties kreeg in het gebied van de onderbuik veroorzaakt door het direct contact van het buikschort met de schaamstreek/schaambeenstreek en de zijanten van de onderbuik. Daarom, volgens mijn visie, heeft de chirurgische ingreep haar aandoening (herhaald voorkomende infecties in de onderbuikstreek) verholpen. Opdat het bovenstaand meegedeelde moge dienen als basis voor de terzake staande doeleinden."*

- 4.3. De ziektekostenverzekeraar heeft niet voldoende zorgvuldig gehandeld, door niet via onderzoek en het inventariseren van alle feiten en omstandigheden zich een beeld te vormen van de situatie en op basis daarvan een deugdelijk onderbouwde en op de situatie toegespitste beslissing te formuleren. De ziektekostenverzekeraar is bij zijn afwijzing blijven steken in min of meer algemene bewoordingen. De gronden waarop de ziektekostenverzekeraar zich beroept, maken geen deel uit van de verzekeringsvoorwaarden en kunnen derhalve geen reden zijn de kosten niet te vergoeden. In de voorwaarden is bijvoorbeeld niet opgenomen dat de buikschort minimaal een kwart van de lengteas van het bovenbeen moet bedekken. Of sprake is van een forse overhang van de buikhuid moet worden beoordeeld aan de hand van de feiten en omstandigheden. Een dergelijke beoordeling heeft verzoekster niet kunnen terugvinden in de afwijzing van de ziektekostenverzekeraar.
- 4.4. Verzoekster had hardnekkige infecties. Van haar kan niet worden verlangd dat zij haar klachten onbehandeld laat. Zij heeft thans geen klachten meer, hetgeen tevens betekent dat met de ingreep voor de ziektekostenverzekeraar verdere zorgkosten worden bespaard.
- 4.5. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat de VAGZ Werkwijzer niet leidend is bij de nadere invulling van de (verzekerings)indicaties verminking en aantoonbare lichamelijke functiestoornis als bedoeld in de verzekeringsvoorwaarden, waarbij zij verwijst naar de uitspraak van de commissie van 21 juni 2017 (zaaknummer 201602737). Voorts geven de ziektekostenverzekeraar en het Zorginstituut een opsomming van aandoeningen die kunnen worden aangemerkt als verminking. Deze opsomming kan, gelet op het woord 'zoals' op pagina 5 van de VAGZ Werkwijzer, niet als limitatief worden beschouwd. De betreffende aanvraag is bovendien 'tegen een verkeerde achtergrond geplaatst'. Hierdoor heeft de ziektekostenverzekeraar miskend dat bij verzoekster sprake was van hevige buikpijn, een ernstig overhangend buikschort en een rectusdiastase. Alles overziend had hij aldus een 'individuele beoordeling' moeten uitvoeren en is zijn afwijzing niet juist gemotiveerd. De ziektekostenverzekeraar kan verzoekster verder niet tegenwerpen dat zij haar huidklachten - die al langer dan een jaar aanwezig waren - niet correct heeft behandeld. Zij is vanwege haar gebrek aan medische kennis immers aangewezen op de kennis en kunde van de huisarts en de dermatoloog en mag daarom uitgaan van de juistheid van de door hen toegepaste behandelingen. Daarbij wordt in de verzekeringsvoorwaarden niet verwezen naar de richtlijn 'Smetten (intertrigo) preventie en behandeling'. Aangezien de ziektekostenverzekeraar zich niet kan beroepen op de VAGZ Werkwijzer, kan hij verzoekster niet tegenwerpen dat haar huidklachten niet zijn behandeld conform deze richtlijn. Eerstgenoemd had de pijnklachten en het overhangend buikschort voorts objectief kunnen vaststellen door in overleg te redeneren met laatstgenoemde en haar behandelend arts. De ziektekostenverzekeraar had zich bij zijn beoordeling dus niet hoeven beperken tot het dossier. In dit kader benadrukt verzoekster nog dat de foto's op pagina 34 van de VAGZ Werkwijzer niet overeenkomen met die op pagina's 26 tot en met 28 van het artikel 'A Classification of Contour Deformities after Massive Weight Loss Application of the Pittsburgh Rating Scale'.
- 4.6. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. Verzoekster heeft op het aanvraagformulier toegelicht dat volgens haar sprake was van zorg die medisch noodzakelijk werd tijdens verblijf, omdat zij ernstige buikpijnklachten had. Verder was sprake van een rode huidverkleuring in de buikplooï en had verzoekster last van smetten. Op advies van de dermatoloog gebruikte verzoekster talkpoeder, hetgeen geen effect had. Uit het ontslagrapport van de behandelend arts in Spanje komt naar voren dat verzoekster op 1 december 2017 aldaar is opgenomen in verband met een abdominoplastiek. Bij het lichamelijk onderzoek werd een ernstig overhangende buik gezien, alsmede een rectusdiastase van de rechte buikspieren. De behandelend arts spreekt niet over ernstige buikpijnklachten. Ook is niet duidelijk waaruit deze pijn heeft bestaan. Daarom is de ziektekostenverzekeraar van mening dat het niet ging om medisch noodzakelijke zorg die tijdens het verblijf noodzakelijk werd, als bedoeld in artikel 19 van Vo. nr. 883/2004. Omdat geen sprake was van zorg die redelijkerwijs niet kon worden uitgesteld

tot na terugkeer in Nederland, bestaat ook geen recht op een extra vergoeding ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

- 5.2. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar heeft het dossier beoordeeld, en heeft onder andere gekeken of sprake was van verminking. Hierbij wordt de zogenoemde Pittsburgh Rating Scale gebruikt. Bij een score graad 3 kan worden gesproken van verminking als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering. Op de bij de aanvraag gevoegde foto's is niet te zien dat dit aan de orde was. Voorts bestond geen aantoonbare lichamelijke functiestoornis. Dit volgt eveneens uit de foto's. De medisch adviseur heeft ook gekeken of bij verzoekster sprake was van onbehandelbaar smetten. Hieronder wordt volgens de VAGZ Werkwijzer - waarnaar in artikel B.4.5. van de zorgverzekering wordt verwezen - verstaan chronisch (> 6 maanden), onbehandelbaar smetten, waarbij voldoende hygiënische maatregelen en een adequate medisch/farmacologische behandeling onvoldoende resultaat hebben gehad (lichamelijke functiestoornissen). Bij de behandeling moet de landelijke richtlijn verpleging en verzorging 'Smetten (intertrigo) preventie en behandeling' zijn toegepast. Uit het dossier blijkt niet dat deze richtlijn bij verzoekster is gevolgd. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar is daarom van oordeel dat geen sprake was van onbehandelbaar smetten.
- 5.3. Tot slot is gekeken naar de rectusdiastase. Hierover staat in de richtlijn dat een buikwandcorrectie niet kan worden vergoed indien hiervan sprake is. Hoewel een rectusdiastase hinderlijk kan zijn, geeft deze geen ernstige objectiveerbare lichamelijke functiestoornissen die het dagelijks functioneren ernstig belemmeren. Verder is er geen medisch-wetenschappelijk bewijs voor een verband tussen eventuele klachten, zoals rugklachten, en een rectusdiastase. Er is niet aangetoond dat een correctie van de rectusdiastase door middel van een buikwandcorrectie een effectieve behandeling vormt voor deze klachten. Het reven van de rechte buikspieren betreft daarom geen doelmatige zorg.
- 5.4. In tegenstelling tot hetgeen verzoekster heeft gesteld, kan de onderhavige beslissing van de ziektekostenverzekeraar om de kosten van de ingreep niet te vergoeden stand houden ondanks dat hij geen (medisch) onderzoek bij haar heeft verricht. De ziektekostenverzekeraar mag immers van verzoekster verwachten dat zij alle relevante (medische) informatie aan hem overlegt die hij nodig heeft voor zijn beoordeling of ten tijde van de onderhavige ingreep bij haar sprake was van een (verzekerings)indicatie. Dat geldt te meer, omdat een medisch onderzoek thans niet meer mogelijk is.
- 5.5. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat de (verzekerings-) indicatie verminking als bedoeld in de verzekeringsvoorwaarden in de VAGZ Werkwijzer nader is gedefinieerd. Voort kan alleen worden gesproken van onbehandelbaar smetten indien alle behandelingen als genoemd in de richtlijn 'Smetten (intertrigo) preventie en behandeling' bij een verzekerde zijn toegepast. Dit is bij verzoekster niet aan de orde. De ziektekostenverzekeraar vermog niet in te zien waarom hij de VAGZ Werkwijzer niet mag hanteren bij zijn beoordeling of betrokkene aanspraak heeft op plastische chirurgie.

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

## 6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op artikel A.22. van de zorgverzekering en 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 is gehouden 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 restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen B.1. tot en met B.27. van de zorgverzekering.

8.3. Artikel B.4.5. van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op plastische chirurgie bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

*"Zorg: waar hebt u recht op?"*

*De zorg omvat behandelingen van plastisch chirurgische aard volgens de standaard van plastisch chirurgen. Het kan gaan om zorg met of zonder opname. Het gaat om correcties van:*

*- afwijkingen in uw uiterlijk die aantoonbare lichamelijke functiestoornissen veroorzaken.*

*Het gaat hierbij om lichamelijke klachten waarvan door onderzoek is vastgesteld (objectief) dat ze zijn ontstaan door de te corrigeren lichamelijke afwijking. Een voorbeeld hiervan is: onbehandelbare, continue aanwezige smetplekken in de huidplooi bij een forse overhang van de buik.*

*- verminkingen die zijn ontstaan door ziekte, een ongeval of een geneeskundige verrichting (bijvoorbeeld een operatie). Hiervan is sprake als het gaat om een ernstige misvorming die in het dagelijkse leven meteen opvalt, bijvoorbeeld: misvorming door brandwonden en geamputeerde (afgezette) benen, armen of borsten;*

*(...)*

**Voorwaarden**

**Algemeen**

*De VAGZ Werkwijzer wordt gehanteerd bij alle plastisch chirurgische ingrepen.*

*(...)"*

8.4. Artikel B.2. van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

*"Zorg: waar hebt u recht op?"*

*Als u woont of verblijft in een Verdragsland en u krijgt daar zorg, of u verblijft tijdelijk in een ander Verdragsland (dat kan ook Nederland zijn!) en krijgt daar zorg, dan kunt u kiezen tussen:*

*- zorg volgens de wettelijke regeling die in dat Verdragsland geldt op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag; of*

*- (vergoeding van) verzekerde zorg volgens de door u afgesloten zorgverzekering en zoals beschreven in artikel B.2.2. (...)"*

8.5. De artikelen B.2. en B.4.5. van de zorgverzekering zijn volgens artikel A.2.4. van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.6. Artikel 11, eerste lid, Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft. Degene die is verzekerd op basis van een zuivere restitutiepolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft alsmede, desgevraagd,



activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten. Degene die is verzekerd op grond van een naturapolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit de zorg of overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Naast zuivere restitutiepolissen en naturapolissen bestaan er combinatiepolissen, waarbij de invulling van de zorgplicht per dekkingsrubriek verschilt. Verzekerden op basis van een zuivere restitutiepolis hebben, op grond van artikel 2.2, tweede lid, onder b, Bzv aanspraak op vergoeding van de betreffende kosten, tenzij deze hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden passend is te achten. Voor de naturapolissen en combinatiepolissen stelt de zorgverzekeraar, overeenkomstig artikel 13, eerste en tweede lid, Zvw, de vergoeding vast in het geval de verzekerde gebruik maakt van een niet door de zorgverzekeraar voor die zorg of dienst gecontracteerde aanbieder, en deze neemt hij op in zijn verzekeringsvoorwaarden. Hierbij houdt de zorgverzekeraar rekening met eventueel van toepassing zijnde eigen bijdragen.

Plastische chirurgie is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.1 Rzv.

- 8.7. 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.

- 8.8. Artikel D.14. van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op spoedeisende zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

*"Zorg: waar hebt u recht op?"*

*De zorg omvat spoedeisende zorg tijdens tijdelijk verblijf in het buitenland. Dat is medisch noodzakelijke zorg die redelijkerwijs niet uitgesteld kan worden.*

*Wij vergoeden:*

*a. zorg die onder uw zorgverzekering of aanvullende verzekering ook zou zijn vergoed als u die kosten in Nederland of uw woonland zou hebben gemaakt maar waarvan de kosten door hogere buitenlandse tarieven voor een deel voor uw rekening blijven. (Wij vergoeden namelijk kosten volgens Nederlandse tarieven. Zie daarvoor artikel A.20.) De buitenlandse tarieven zijn vaak anders (lager of hoger) dan de Nederlandse tarieven. Als de buitenlandse tarieven hoger zijn dan de Nederlandse, dan vergoeden wij vanuit de aanvullende verzekering deze meerkosten tot maximaal het tarief dat in uw Vergoedingen Overzicht staat; (...)"*

- 8.9. Artikel 19 van Vo. nr. 883/2004 luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

*"1. Tenzij anders is bepaald in lid 2, hebben een verzekerde en zijn gezinsleden die verblijven in een andere lidstaat dan de bevoegde lidstaat, recht op de verstrekkingen welke tijdens het verblijf medisch noodzakelijk worden, met inachtneming van de aard van de verstrekkingen en de verwachte duur van het verblijf. De verstrekkingen worden voor rekening van het bevoegde orgaan verstrekt door het orgaan van de verblijfplaats, volgens de door dit orgaan toegepaste wetgeving, alsof de betrokkenen krachtens die wetgeving verzekerd waren.*

*2. De Administratieve Commissie stelt een lijst op van de verstrekkingen die om praktische redenen tijdens een verblijf in een andere lidstaat worden verstrekt op voorwaarde dat dit vooraf is overeengekomen tussen de betrokkene en het orgaan dat de zorg verstrekt."*

8.10. Artikel 20 van Vo. nr. 883/2004 luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

*“1. Tenzij in deze verordening anders is bepaald, moet een verzekerde die naar een andere lidstaat reist met het oogmerk gedurende zijn verblijf verstrekkingen te ontvangen, daarvoor toestemming van het bevoegde orgaan vragen.*

*2. Een verzekerde die van het bevoegde orgaan toestemming heeft gekregen om zich naar een andere lidstaat te begeven met het oogmerk om daar een voor zijn gezondheidstoestand passende behandeling te ondergaan, heeft recht op verstrekkingen die voor rekening van het bevoegde orgaan worden verleend door het orgaan van de verblijfplaats, volgens de door dit orgaan toegepaste wetgeving, alsof hij krachtens die wetgeving verzekerd was. De toestemming mag niet worden geweigerd wanneer de desbetreffende behandeling behoort tot de prestaties waarin de wetgeving van de lidstaat waar betrokkene woont, voorziet, en die behandeling hem, gelet op zijn gezondheidstoestand van dat moment en het te verwachten ziekteverloop, in laatstbedoelde lidstaat niet kan worden gegeven binnen een termijn die medisch verantwoord is. (...)”*

9. Beoordeling van het geschil

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

- 9.1. Gelet op artikel 19 van Vo. nr. 883/2004 bestaat aanspraak op zorg die tijdens verblijf in een andere EU-lidstaat medisch noodzakelijk wordt. Verzoekster heeft aangevoerd dat zij tijdens haar verblijf in Spanje buikpijnklachten kreeg, waardoor de aldaar bij haar uitgevoerde abdominoplastiek medisch noodzakelijk was. De buikpijnklachten blijken echter niet uit de medische stukken, nog daargelaten of dergelijke klachten een indicatie vormen om een abdominoplastiek uit te voeren. Het overhangende buikschort en de rectus diastase met de hieraan verbonden klachten waren al vóór het vertrek vanuit Nederland naar Spanje aanwezig. Dit blijkt ook uit het feit dat verzoekster reeds onder behandeling was van een dermatoloog in Nederland, kennelijk vanwege optredende huidinfecties die conservatief werden behandeld. Ook vanwege deze huidinfecties bestond dus geen medische noodzaak voor operatief ingrijpen.
- 9.2. Gezien het voorgaande is sprake van planbare zorg, die dient te worden getoetst aan artikel 20 van Vo. nr. 883/2004. Verzoekster heeft niet voorafgaand aan de behandeling de ziektekostenverzekeraar om toestemming gevraagd. Op grond van jurisprudentie van het Hof van Justitie (Stamatelaki, zaak C-444/05) blijft artikel 20 van de verordening in die situatie buiten toepassing. Getoetst dient te worden aan de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 9.3. Verzoekster heeft aanspraak op een abdominoplastiek ten laste van de zorgverzekering indien bij haar sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis dan wel verminking als bedoeld in artikel B.4.5. van de zorgverzekering.
- 9.4. Bij een aantoonbare lichamelijke functiestoornis kan in dit kader worden gedacht aan een ernstige bewegingsbeperking dan wel onbehandelbaar smetten in de huidplooien. Een bewegingsbeperking is aanwezig indien de overhangende buikhuid een kwart van de lengteas van het bovenbeen bedekt. Een en ander volgt uit de zogenoemde VAGZ werkwijzer, die door ziektekostenverzekeraars wordt gebruikt teneinde tot een eenduidige uitleg van de zorgverzekering te komen en waarover in artikel B.4.5. van de zorgverzekering is bepaald dat de ziektekostenverzekeraar die hanteert bij alle behandelingen van plastisch-chirurgische aard. De commissie tekent hierbij nog aan dat de eis dat de overhangende buikhuid een kwart van de lengteas van het bovenbeen moet bedekken - welke eis volgens verzoekster niet is opgenomen in de verzekeringsvoorwaarden - door de wetgever is geformuleerd, zoals blijkt uit de toelichting op een wijziging van de Rzv. De Rzv ligt mede ten grondslag aan de voorwaarden van de zorgverzekering. Niet gebleken is dat de buikhuid van verzoekster ten tijde van de ingreep aan genoemd criterium voldeed. Ten aanzien van de huidinfecties en het smetten geldt dat verzoekster onder behandeling was van een dermatoloog en dat niet is gebleken dat de door deze ingezette conservatieve



behandeling niet succesvol was. Door de ziektekostenverzekeraar is in dit verband overigens nog gesteld dat uit het dossier niet blijkt dat verzoekster is behandeld conform de landelijke richtlijn 'Smetten (intertrigo) preventie en behandeling'. Verzoekster heeft deze stelling niet bestreden. Indien de behandeling niet succesvol was - zoals door verzoekster is betoogd - staat niet vast dat de bestaande behandelmogelijkheden zijn geprobeerd en kan derhalve niet worden geconcludeerd dat het smetten dus onbehandelbaar was. Ook anderszins is niet gebleken van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis.

- 9.5. 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. Tevens kan worden gesproken van verminking bij Pittsburgh Rating Scale graad 3. Van verminking in bovenvermelde zin was in het onderhavige geval op het moment van de ingreep geen sprake. Dat de foto's van de vooraanzichten van de buik die zijn opgenomen in de VAGZ werkwijzer niet voorkomen in het originele artikel dat de Pittsburgh criteria beschrijft (Gcz 21 juni 2017, zaaknummer 201602737) doet aan dit oordeel niets af.

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

- 9.6. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt dekking voor spoedeisende zorg tijdens tijdelijk verblijf in het buitenland. Dit is medisch noodzakelijke zorg die niet redelijkerwijs kan worden uitgesteld. Vast staat dat de zorg die aan verzoekster is verleend planbaar was en derhalve niet kan worden aangemerkt als spoedeisende zorg. Om die reden heeft verzoekster geen aanspraak op vergoeding, ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

#### **Beoordeling door de ziektekostenverzekeraar**

- 9.7. Door verzoekster is aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar zijn beslissing tot afwijzing niet deugdelijk heeft onderbouwd en dat hij niet is uitgegaan van alle feiten en omstandigheden. Vast staat dat de ziektekostenverzekeraar zijn beoordeling heeft uitgevoerd aan de hand van door verzoekster opgestuurde foto's, in combinatie met de verklaringen van de behandelend arts. De commissie is van oordeel dat de ziektekostenverzekeraar een beoordeling kan en mag uitvoeren aan de hand van foto's en medische informatie. Het oproepen voor het spreekuur was daarbij niet zinvol, aangezien verzoekster de ingreep al had laten uitvoeren. Het is in de gegeven omstandigheden aan verzoekster voldoende aannemelijk te maken dat zij was aangewezen op de door haar ondergane ingreep en dat zij voldeed aan de voorwaarden van de verordening respectievelijk de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering. Nu zij hierin niet is geslaagd, is de ziektekostenverzekeraar niet gehouden haar een vergoeding te verlenen.

#### **Conclusie**

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

Zeist, 28 november 2018,

G.R.J. de Groot