



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen OWM DSW Zorgverzekeraar U.A. te Schiedam
Zaak : Plastische chirurgie, buikwandcorrectie en lower bodylift, Pittsburgh Rating Scale
Zaaknummer : 201801185
Zittingsdatum : 6 maart 2019

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. L. Ritzema)

(Voorwaarden zorgverzekering 2018, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2018)

1. Partijen

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

OWM DSW Zorgverzekeraar U.A. te Schiedam, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Basisverzekering (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-Top 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.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van een abdominoplastiek inclusief verwijderen huid-/vetoverschot van flanken, buitenzijde bovenbenen en billen alsmede opbouwplastiek billen (lower body lift), en inclusief eventuele lift/reductie mons pubis (hierna: de aanspraak). Bij brief van 29 juni 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 19 juli 2018 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 november 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 16 januari 2019 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 22 januari 2019 aan verzoekster gezonden.

- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 4 februari 2019 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 15 februari 2019 schriftelijk medegedeeld 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 24 januari 2019 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 18 februari 2019 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2019003889) 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 aangetoond dat sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of vermindering. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 19 februari 2019 aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 6 maart 2019 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.11. Bij brief van 12 maart 2019 heeft de commissie het Zorginstituut een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 18 maart 2019 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen 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 plastisch chirurg heeft ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar een machtiging aangevraagd voor een operatie. Op deze aanvraag heeft zij het volgende vermeld:
*"(...) Is er sprake van vermindering volgens de pittsburgh rating scale 3: Ja
Is er sprake van onbehandelbaar smetten: Nee
Is er sprake van een ernstige bewegingsbeperking: Ja
Geef een omschrijving van de klachten: VG: GYB, mamma augmentatie, lap chol.
roken: -
med: vitamines, Vit B 12, Vit
Patiënte is 70 kg afgevallen. Patiënte heeft pijn aan de buik en de billen. Patiënte heeft geen smetplekken omdat ze 2dd doueched en altijd corrigerende kleding draagt. Zitten is pijnlijk, omdat de huid dubbel zit bij de stuit. Patiënte heeft pijn bij het slapen en omdraaien door het huidoverschot. De huid zit heel vaak dubbel. forse ptosis billen kan zeker 15 cm uit (...)"*
- 4.2. Verzoekster heeft als gevolg van een forse gewichtsafname huidoverschot. Ook is haar navel losgeraakt door een zwangerschap. Van het huidoverschot en de losgeraakte navel ondervindt verzoekster iedere dag pijnklachten die haar beperken in het dagelijks leven. Zij kan bijvoorbeeld niet onderuitgezakt zitten. De behandelend plastisch chirurg heeft op basis van lichamelijk onderzoek vastgesteld dat bij verzoekster sprake is van Pittsburgh Rating Scale graad 3, zodat een (verzekerings)indicatie voor de aangevraagde behandeling bestaat. De ziektekostenverzekeraar kan van dit oordeel van de plastisch chirurg niet afwijken, dit geldt te meer omdat hij verzoekster - ondanks haar herhaalde verzoeken - niet zelf lichamelijk heeft onderzocht.
- 4.3. Ter zitting is door verzoekster benadrukt dat zij veel pijn ondervindt van haar huidoverschot en dat zij veel maatregelen neemt ter voorkoming van smetten. De ingreep moet deze pijn verhelpen en heeft dus geen cosmetisch, maar uitsluitend een medisch doel. Volgens verzoekster kan de ziektekostenverzekeraar haar aanvraag voor een machtiging voor de onderhavige ingreep enkel adequaat beoordelen op basis van lichamelijk onderzoek en niet op basis van de overgelegde

foto's. Lichamelijk onderzoek levert namelijk een heel ander beeld op ten aanzien van de ernst van de overhang van haar huid dan het beeld dat uit de overgelegde foto's naar voren komt. Dit blijkt uit het feit dat de plastisch chirurg heeft geoordeeld dat sprake is van Pittsburgh Rating Scale graad 3. Bovendien heeft een andere geconsulteerde zorgaanbieder eveneens verklaard dat zij voldoet aan de toepasselijke (verzekerings)voorwaarden voor de ingreep. Aangezien de ziektekostenverzekeraar verzoekster niet heeft uitgenodigd op het spreekuur van zijn medisch adviseur, heeft hij zijn zorgplicht geschonden. Verzoekster heeft verder aangevoerd dat ook het Zorginstituut haar situatie enkel heeft beoordeeld op grond van de overgelegde foto's. Om die reden moet zijn advies worden gepasseerd.

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 behandelend plastisch chirurg heeft ten behoeve van verzoekster een machtiging aangevraagd voor de zorgactiviteit *'abdominoplastiek inclusief verwijderen huid-/vetoverschot van flanken, buitenzijde bovenbenen en billen en opbouwplastiek billen (lower body lift). Inclusief eventuele lift/reductie mons pubis'*. Een buikwandcorrectie en een lower bodylift vormen beide plastisch-chirurgische ingrepen. De zorgverzekering biedt dekking voor behandelingen van plastisch-chirurgische aard als sprake is van een (verzekerings)indicatie in de vorm een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of verminking als gevolg van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting. Of een (verzekerings)indicatie aanwezig is, beoordeelt de ziektekostenverzekeraar aan de hand van de 'VAGZ Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch-chirurgische aard' van de Vereniging voor artsen, tandartsen en apothekers werkzaam bij (zorg)verzekeraars (hierna: VAGZ Werkwijzer).

5.2. Van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis is bij een buikwandcorrectie in combinatie met een lower bodylift sprake als de overhang van de buik minimaal een kwart van de bovenbenen bedekt of in geval van onbehandelbaar smetten, waarbij het moet gaan om smetten, die het hele jaar in de huidplooien aanwezig zijn, en ondanks adequate behandeling door een dermatoloog niet zijn te verhelpen. Beide situaties zijn bij verzoekster niet aan de orde. Dat niet kan worden gesproken van onbehandelbaar smetten wordt door haar behandelend plastisch chirurg bevestigd in de aanvraag.

5.3. Bij verminking als bedoeld in de verzekeringsvoorwaarden kan worden gedacht aan een ernstige misvorming van de handen door reumatoïde artritis, misvorming door brandwonden of reconstructie van geamputeerde ledematen. Daarnaast is verminking aan de orde bij een huid- of contourafwijking conform Pittsburgh Rating Scale graad 3. In het kader van de lower bodylift moet sprake zijn van Pittsburgh Rating Scale graad 3 in de volgende lichaamsgebieden: de rug, flanken, buik, billen, heupen, laterale dijen en mons pubis. Uit de foto's blijkt - anders dan de behandelend plastisch chirurg heeft verklaard - niet dat bij verzoekster met betrekking tot enig lichaamsgebied sprake is van Pittsburgh Rating Scale graad 3. Volgens de ziektekostenverzekeraar moet aan de flanken van verzoekster Pittsburgh Rating Scale graad 1 worden toegekend, aan haar billen en heupen/laterale dijen graad 1-2 en aan haar buik graad 2. Aldus kan niet worden gesproken van verminking in de zin van de verzekeringsvoorwaarden. Aangezien bij verzoekster geen sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of verminking, heeft zij geen aanspraak op de aangevraagde buikwandcorrectie in combinatie met een lower bodylift.

5.4. De ziektekostenverzekeraar benadrukt dat verzoekster in het kader van de aanvraag foto's heeft overgelegd die zijn gemaakt door een medisch fotograaf. Eerstgenoemde heeft de aanvraag op basis van de foto's goed kunnen beoordelen, omdat deze zeer duidelijk zijn. Verzoekster uitnodigen op het spreekuur van de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar heeft onder deze omstandigheden geen meerwaarde.

5.5. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar heeft contact gehad met de behandelend plastisch chirurg over het feit dat vaker discrepantie bestaat tussen de door de ziektekostenverzekeraar vastgestelde score volgens de Pittsburgh Rating Scale en de hare. Bij

deze gelegenheid is niet specifiek gesproken over de situatie van verzoekster. De plastisch chirurg heeft medegedeeld dat zij de score volgens de Pittsburgh Rating Scale niet bepaalt op basis van het visuele aspect, maar op basis van de hoeveelheid speling van het overschot van de huid. De ziektekostenverzekeraar benadrukt dat een plastisch chirurg niet een eigen handelwijze mag hanteren bij het vaststellen van de score volgens de Pittsburgh Rating Scale, zoals in de onderhavige situatie het geval lijkt te zijn.

5.6. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat het Zorginstituut in zijn advies van 18 februari 2019 heeft bevestigd dat bij verzoekster geen sprake is van een (verzekerings)indicatie voor de ingreep.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 14 van de zorgverzekering en artikel 13 van de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover 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 zorg van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders en voor andere zorg kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op (vergoeding van de kosten van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 15 tot en met 42 van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 18 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“(…)

Behandelingen van plastisch-chirurgische aard

Te vergoeden zorgkosten

Wij vergoeden behandelingen van plastisch-chirurgische aard voor het corrigeren van:

- a. afwijkingen in uw uiterlijk die aantoonbare lichamelijke functiestoornissen veroorzaken;*
- b. verminkingen die zijn ontstaan door ziekte, een ongeval of een geneeskundige verrichting;*
- c. verlamde of verslakte bovenoogleden die een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg hebben, dan wel die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of van een chronische aandoening die al bij de geboorte aanwezig was;*
- d. de volgende aangeboren misvormingen:*
 - 1. lip-, kaak- of gehemeltespelten;*
 - 2. misvorming van het benig aangezicht;*
 - 3. goedaardige woekering van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel;*
 - 4. geboortevlekken;*
 - 5. misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen.*
- e. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transseksualiteit;*

Voorwaarden

Algemeen

Het gaat om zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden.

Machtiging

U moet van ons vooraf een machtiging hebben gekregen. Bij de aanvraag moet de behandelend specialist de gevraagde behandeling omschrijven en motiveren. Zie voor meer informatie over machtigingen artikel 15 lid 7 van deze polisvoorwaarden.

Verwijzing

U heeft een verwijzing nodig van een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

Zorgaanbieder

De zorg wordt verleend door een medisch specialist.

(...)

Uitsluitingen medisch specialistische zorg

De volgende medisch-specialistische zorg wordt niet vergoed:

a. behandeling van verlamde of verslakte bovenoogleden als geen sprake is van een ernstige gezichtsveldbeperking, een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;

b. liposuctie van de buik;

c. het tijdens een operatie plaatsen of vervangen van een borstprothese als:

i. bij u geen gehele of gedeeltelijke borst amputatie is uitgevoerd;

ii. bij u geen agenesis of aplasie van de borst aanwezig is indien u een vrouw bent of sprake is van een vastgestelde transsexualiteit.

d. het tijdens een operatie verwijderen van een borstprothese zonder dat hier een medische noodzaak voor is;

e. behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;

f. behandelingen die besnijdenis (circumcisie) tot doel hebben, anders dan medisch noodzakelijk;

g. behandeling met een redressiehelm in geval van plagiocephalie en brachycephalie zonder craniosynostose."

8.4. Artikel 15 van de zorgverzekering luidt, voor zover hier van belang:

"(...)

Machtiging

Sommige behandelingen worden alleen vergoed als u vooraf een machtiging van ons heeft gekregen. Dit staat dan vermeld in onze polisvoorwaarden en/of reglementen. Om deze machtiging aan te vragen, stuurt u ons:

a. een verwijsbrief of aanvraag van de behandelende huisarts, medisch specialist of tandarts waarin de gevraagde behandeling wordt omschreven en gemotiveerd; en

b. als het mogelijk is, een kostenbegroting van de aangevraagde zorg.

Zodra u van ons een machtiging heeft gekregen, mag de zorg voor rekening van uw zorgverzekering worden gegeven. Een door DSW afgegeven machtiging heeft een geldigheidsduur van 365 dagen (zie lid 12 van dit artikel), en wordt afgegeven op basis van de op het moment van afgifte geldende wet- en regelgeving en verzekeringsvoorwaarden. De machtiging is niet meer geldig als de betreffende wet- of regelgeving wijzigt of als uw verzekering is gewijzigd of beëindigd (tenzij de ingangsdatum van de DOT-zorgproductcode (inclusief DBC) binnen de looptijd van uw verzekering ligt).

(...)"

8.5. De artikelen 15 en 18 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2, eerste lid, 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.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. De zorgverzekering biedt gelet op artikel 18 aanspraak op een abdominoplastiek inclusief verwijderen huid-/vetoverschot van flanken, buitenzijde bovenbenen en billen alsmede opbouwplastiek billen (lower body lift), en inclusief eventuele lift/reductie mons pubis, indien sprake is van een (verzekerings)indicatie in de vorm van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis dan wel verminking. De invulling van deze twee (verzekerings)indicaties is afhankelijk van de uit te voeren verrichting. Hier betreft het feitelijk twee verrichtingen die gelijktijdig worden uitgevoerd, te weten een buikwandcorrectie en een lower bodylift. De commissie zal per verrichting beoordelen of daarvoor bij verzoekster een (verzekerings)indicatie in de vorm van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis dan wel verminking bestaat, te beginnen met de lower bodylift. Hierbij tekent de commissie aan dat verzoekster enkel aanspraak heeft op de aangevraagde behandeling als voor beide verrichtingen een (verzekerings)indicatie bestaat en voor beide verrichtingen aan de overige voorwaarden is voldaan.
- 9.2. Van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis is bij een *lower bodylift* sprake in geval van een ernstige bewegingsbeperking. De door verzoekster aangevoerde zit- en ligproblemen kunnen niet als zodanig worden aangemerkt. Ook anderszins is niet gebleken van een ernstige bewegingsbeperking.
- 9.3. Bij een *abdominoplastiek* is de invulling van het begrip aantoonbare lichamelijke functiestoornis deels een andere, in die zin dat uit een toelichting op de wijziging van de Rzv blijkt dat hieronder wordt verstaan een overhang van de buikschorst die ten minste een kwart van de lengtes van het bovenbeen bedekt. Verzoekster voldoet hier niet aan.
- 9.4. Verder kan - zowel in het kader van een *abdominoplastiek* als een *lower bodylift* - een aantoonbare lichamelijke functiestoornis aan de orde zijn in geval van onbehandelbaar smetten in de huidplooien. Dit zijn niet te voorkomen of niet te genezen smetten in de huidplooien die altijd daar aanwezig zijn en waarbij de reden van het conservatief falen duidelijk te objectiveren is, zodat een operatie nog de enige oplossing van het probleem vormt. Bij de behandeling van het smetten moet de landelijke richtlijn verpleging en verzorging 'Smetten (intertrigo) preventie en behandeling' zijn gevolgd. Van onbehandelbaar smetten in deze zin is bij verzoekster geen sprake.

- 9.5. Van verminking kan worden gesproken 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 een ernstige misvorming in deze zin is bij verzoekster geen sprake. Daarnaast is verminking aan de orde als in de lichaamsgebieden rug, flanken, buik, billen, heupen/laterale dijen en mons pubis kan worden gesproken van Pittsburgh Rating Scale graad 3. Verzoekster heeft gesteld dat zowel de behandelend plastisch chirurg als een andere geconsulteerde arts hebben verklaard dat deze score bij haar wordt behaald. Volgens verzoekster mag de ziektekostenverzekeraar niet van deze conclusies afwijken, te meer omdat zijn medisch adviseur haar niet fysiek heeft onderzocht. De ziektekostenverzekeraar heeft een en ander betwist en aangevoerd dat bij verzoekster geen sprake is van Pittsburgh Rating Scale graad 3 en dat de behandelend plastisch chirurg de score volgens de Pittsburgh Rating Scale in voorkomend geval niet op de juiste wijze vaststelt. Ten aanzien hiervan overweegt de commissie het volgende.
- 9.6. Ter zitting heeft verzoekster gesteld dat de zorgaanbieder - die zij voorafgaand aan het behandeltraject bij de behandelend plastisch chirurg heeft geconsulteerd - (mondeling) heeft verklaard dat zij voldoet aan Pittsburgh Rating Scale graad 3. Deze stelling heeft zij op geen enkele wijze onderbouwd, bijvoorbeeld door middel van een verklaring van de betreffende zorgaanbieder. Verzoekster heeft haar stelling daarom niet aannemelijk gemaakt. De beoordeling of sprake is van een (verzekerings)indicatie ligt op het terrein van de ziektekostenverzekeraar. In het door de ziektekostenverzekeraar gehanteerde 'Aanvraagformulier Machtiging' wordt de behandelend arts onder de rubriek '**Vraag en antwoord**' uitdrukkelijk verzocht te beoordelen of een (verzekerings)indicatie bestaat. De ziektekostenverzekeraar mag dan aan dit oordeel niet ongemotiveerd voorbijgaan. De ziektekostenverzekeraar heeft - in tegenstelling tot de behandelend arts - per relevant lichaamsgebied aangegeven van welke score volgens de Pittsburgh Rating Scale sprake is. Tevens heeft hij een verklaring gegeven voor het verschil in de vastgestelde score en toegelicht waarom de behandelend plastisch chirurg haar score heeft bepaald op basis van een onjuist criterium. Met deze motivering mag de ziektekostenverzekeraar afwijken van de door de behandelend plastisch chirurg van verzoekster vastgestelde score. Dat de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar verzoekster niet fysiek heeft gezien, maakt dit niet anders. De foto's die voor de beoordeling zijn gebruikt, zijn afkomstig van een medisch fotograaf, zodat op grond hiervan een zorgvuldige beoordeling mogelijk was. Van een schending van een zorgplicht aan de zijde van de ziektekostenverzekeraar is daarom geen sprake. De commissie volgt de ziektekostenverzekeraar, mede gelet op het advies van het Zorginstituut van 18 februari 2019, in zijn stelling dat bij verzoekster in de lichaamsgebieden rug, flanken, buik, billen, heupen/laterale dijen en mons pubis geen sprake van Pittsburgh Rating Scale graad 3, zodat verminking niet aan de orde is. Het Zorginstituut heeft zijn advies bij brief van 18 maart 2019 gehandhaafd.
- 9.7. Aangezien bij verzoekster geen sprake is van een (verzekerings)indicatie in de vorm van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of verminking voor de *abdominoplastiek* en *lower bodylift*, heeft zij geen aanspraak op vergoeding van de aangevraagde ingreep.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.8. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde, zodat het verzoek niet op basis van deze verzekering kan worden ingewilligd.

Conclusie

- 9.9. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.



10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.



Zeist, 20 maart 2019



L. Ritzema

