

# **ANONIEM BINDEND ADVIES**

Partijen : A te B tegen C te D en E te F  
Zaak : Geneeskundige zorg; plastische chirurgie; dermolipectomie en  
liposuctie bovenarmen  
Zaaknummer : 2009.01603  
Zittingsdatum : 10 februari 2010

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 bestreden beslissing

Verzoekster komt op de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 7 mei 2009, de aanvragen voor liposuctie en dermolipectomie van de bovenarmen af te wijzen.

3. Ontstaan en verloop van het geding

3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Basispolis (hierna: de zorgverzekering). Een zorgverzekering betreft een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Compleetpolis en Tand Compleet afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3.2. De behandelend plastisch chirurg heeft bij verzoekster de volgende diagnose gesteld: "patiënte heeft veel last van het huidoverschot van de bovenarmen". De plastisch chirurg heeft naar aanleiding van de gestelde diagnose bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op "liposuctie en dermolipectomie van de bovenarmen" ten laste van de zorgverzekering, dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brieven van 7 mei 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.

3.3. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 25 juni 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn standpunt te handhaven.

3.4. Bij brief van 7 oktober 2009 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 ad € 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 van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief van 25 november 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 27 november 2009 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 21 december 2009 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 22 januari 2010 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 27 november 2009 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 9 december 2009 heeft het CVZ (zaaknummer 29130277) 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 aantoonbare lichamelijke functiestoornissen of verminking als bedoeld in de regelgeving. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 20 januari 2010 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster is op 10 februari 2010 in persoon gehoord. Zij is daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 12 februari 2010 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 voorlopige advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 16 februari 2010 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopige advies als definitief kan worden beschouwd.

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

- 4.1. Verzoekster stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat zij haar onderarmen vaak moet optillen. Deze voelen dan zwaar en pijnlijk aan.
- 4.2. Ter zitting is door verzoekster benadrukt dat haar bovenarmen te zwaar zijn, en dat zij hiervan pijnklachten ondervindt. Met name in haar dagelijkse bezigheden ondervindt zij hiervan hinder. Voorts stelt verzoekster dat in de zomer soms rode plekken ontstaan, maar dat zij daarvoor niet onder behandeling is van een dermatoloog.
- 4.3. Verzoekster komt tot de conclusie dat haar verzoek dient te worden toegewezen.

#### 5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, en onder verwijzing naar de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden, dat ver-

zoekster geen indicatie heeft voor liposuctie en dermolipectomie. Verzoekster kampt met een afwijking in het uiterlijk die gepaard gaat met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen, dan wel een verminking die het gevolg is van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting.

- 5.2. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoekster terecht is afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

De commissie is 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. De beoordeling van het geschil

- 7.1. In geschil is of verzoekster aanspraak kan maken op liposuctie en dermolipectomie van de bovenarmen ten laste van de zorgverzekering, dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.

**Ten aanzien van de zorgverzekering**

- 7.2. Het betreft hier een restitutiepolis, zodat de verzekerde in beginsel kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 1 tot en met 13 van de "Lijst van aanspraken" van de zorgverzekering.

Artikel 2 sub c "Lijst van aanspraken" van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op plastisch chirurgische behandelingen in het ziekenhuis bestaat.

Voor zover hier van belang, luidt genoemde bepaling als volgt:

*"op behandeling van plastisch-chirurgische aard bestaat slechts aanspraak indien de behandeling strekt tot correctie van:*

*a afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;*

*b verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;*

*(...)*

- 7.3. Artikel 2 van de "Lijst van aanspraken" van de zorgverzekering is volgens artikel 4 lid 1 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv). Ingevolge artikel 1 sub d Zvw mag een Zorgverzekering - samengevat - niet meer of minder bieden dan in de Zvw, het Bzv en de Rzv is geregeld.

- 7.4. 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.

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

- 7.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving, zoals hiervoor aangehaald.
- 7.6. Ten aanzien van het huidoverschot van de bovenarmen is niet gebleken van een afwijking in het uiterlijk die gepaard gaat met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen als bedoeld in artikel 2 sub c onder a van de “Lijst van aanspraken” van de zorgverzekering. Om van een dergelijke afwijking te kunnen spreken, dient sprake te zijn van een ernstige bewegingsbeperking. Hetgeen verzoekster omschrijft valt daar niet onder te brengen. Met betrekking tot de pijnklachten aan haar bovenarmen merkt de commissie op - zoals eveneens haar vaste jurisprudentie - dat deze objectiveerbaar moeten zijn, dat wil zeggen rechtstreeks voortkomend uit de aandoening waarvoor aanspraak op behandeling wordt gemaakt, dus zonder enige beïnvloeding van buitenaf. Zoals in het onderhavige geval blijkt het uitvoeren van werkzaamheden. In de aanvraag van de plastisch chirurg die voor de beoordeling leidend is, is daarvoor geen onderbouwing te vinden.
- 7.7. Volledigheidshalve merkt de commissie op dat evenmin is gesteld of gebleken dat sprake is van een verminking die het gevolg is van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting als bedoeld in artikel 2 sub c onder b van de “Lijst van aanspraken” van de zorgverzekering. Niet alleen zijn de klachten van verzoekster niet terug te voeren op een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting, maar bovendien kan, zoals meermalen in bindende adviezen van de commissie is uitgeproken, van verminking slechts worden gesproken indien sprake is van een ernstige misvorming, al dan niet met weefseldefecten gepaard gaande, die direct in het oog springt en in het dagelijks verkeer niet is te camoufleren met bijvoorbeeld kleding. Hiervan is in het onderhavige geval geen sprake.
- 7.8. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek, voor zover dit ziet op de zorgverzekering, dient te worden afgewezen.

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

- 7.9. De commissie constateert dat in de aanvullende ziektekostenverzekering geen dekking is opgenomen voor de aangevraagde liposuctie en dermolipectomie van de bovenarmen. Derhalve dient het verzoek, voor zover dat ziet op de aanvullende ziektekostenverzekering, te worden afgewezen.
8. Het bindend advies
- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 24 februari 2010,

Voorzitter