

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vs C te D
Zaak : Geneeskundige zorg, plastische-chirurgie, dermolipectomie
Zaaknummer : ANO07.041
Zittingsdatum : 21 maart 2007

Zaak: ANO07.041 geneeskundige zorg, plastische-chirurgie, dermolipectomie

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. J.H.A. Teulings en mr. drs. P.J.J. Vonk)

(Voorwaarden zorgverzekering 2006, artt. 10 en 11 Zvw, 2.4 Bzv, 2.1 Rzv)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen verzoekster,

tegen

C te D, hierna te noemen zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen het besluit van de zorgverzekeraar van 11 september 2006 inzake de afwijzing van de aanvraag tot vergoeding van de kosten van een dermolipectomie van de bovenbenen.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster is bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorgverzekering, een verzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw) (hierna: de zorgverzekering) in combinatie met een aanvullende verzekering.
- 3.2. Bij brief van 11 september 2006 heeft de zorgverzekeraar verzoekster bericht dat de aanvraag tot vergoeding van de kosten van een dermolipectomie van de bovenbenen wordt afgewezen.
- 3.3. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 13 oktober 2006 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster meegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. Bij brief van 1 november 2006 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de bovengenoemde kosten te vergoeden.
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 37,00 voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren.
- 3.6. De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie op 6 december 2006 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt.
- 3.7. Bij brief van 6 februari 2006 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen verzocht om advies, een en ander conform artikel 114 van de Zvw.
- 3.8. Op 8 februari 2007 is verzoekster een afschrift van de reactie van de zorgverzekeraar gezonden. Tevens zijn partijen in de gelegenheid gesteld zich te doen horen.
- 3.9. Het College voor zorgverzekeringen heeft op 19 maart 2007, op de voet van artikel 114 lid 3 van de Zvw, zijn advies gegeven. Een afschrift hiervan is aan dit advies ge-

hecht.

- 3.10. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 21 maart 2007 telefonisch gehoord.
- 3.11. Bij brief van 22 maart 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden. In vervolg hierop heeft het College voor zorgverzekeringen op 27 maart 2007 de commissie medegedeeld dat hetgeen in de hoorzitting naar voren is gebracht geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies.

4. Het standpunt van verzoekster

- 4.1. Verzoekster is een 36-jarige vrouw, die is afgevallen van 110 kilo naar 66 kilo bij een lengte van 1.70 meter. Zij heeft in mei 2006 een abdominoplastiek ondergaan. Verzoekster kampt nu met een huidoverschot aan haar bovenbenen. Zij heeft zowel lichamelijke als psychische klachten door dit huidoverschot. Om dit te corrigeren is er een aanvraag voor een dermolipectomie van de bovenbenen aangevraagd.
- 4.2. Verzoekster stelt dat de aanvraag is afgewezen omdat de behandelend chirurg niet de juiste DBC-code (110000550023) heeft vermeld op de aanvraag. Zij stelt dat de zorgverzekeraar heeft gevraagd of de chirurg niet een andere DBC-code zou kunnen vermelden. Verzoekster geeft aan dat dit niet hoort en tegen de wet is.
- 4.3. Verzoekster stelt dat de dermolipectomie een vervolgooperatie is van de abdominoplastiek. Volgens haar is de ingreep zowel lichamelijk als geestelijk noodzakelijk. Verzoekster verklaart zich bereid dit door een arts te laten beoordelen.

5. Het standpunt van de zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar stelt dat er een aanvraag is gedaan voor een zogenaamde 'rode' DBC; een DBC waarvan de behandeling uitgesloten is van vergoeding vanuit de Zorgverzekeringswet. De zorgverzekeraar benadrukt dat tegen verzoekster niet is gezegd dat zij dezelfde behandeling met een foutieve DBC zou moeten aanvragen, maar dat zij wellicht met haar specialist kon overleggen of er een andere behandelmethode voor haar mogelijk is, die – als 'oranje' DBC -- eventueel wel voor vergoeding in aanmerking zou komen.
- 5.2. De zorgverzekeraar stelt dat verzoekster ook niet in aanmerking komt voor vergoeding van de kosten van de dermolipectomie op basis van de door haar afgesloten aanvullende verzekering. Tevens komt verzoekster ook niet in aanmerking voor vergoeding van de gevraagde ingreep vanuit de gewijzigde voorwaarden van de zorgverzekering in 2007. De zorgverzekeraar somt de voorwaarden hiertoe op.

6. De bevoegdheid van de commissie

Voor zover het onderhavige geschil betrekking heeft op de zorgverzekering, acht de commissie zich bevoegd daarvan kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. De commissie is daarentegen niet bevoegd ten aanzien van de aanvullende verzekeringen.

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. Tussen partijen is met ingang van 1 januari 2006 een verzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het BW tot stand gekomen. Deze verzekeringsovereenkomst betreft een zorgverzekering.
Een ‘zorgverzekering’ in de zin van artikel 1 onder d van de Zvw, dient te voldoen aan de wettelijke eisen van de Zorgverzekeringswet. De aard en omvang van de in de zorgverzekering op te nemen verzekerde prestaties zijn omschreven in Hoofdstuk 3, de artikelen 10 tot en met 14a van de Zvw en de daarop gebaseerde regelgeving, met name het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv). Slechts voor zover de verzekering voldoet aan de wettelijke eisen – dat wil zeggen niet meer en niet minder biedt – is sprake van een zorgverzekering en heeft de verzekerde, door deze verzekering te sluiten, voldaan aan de op hem rustende verzekeringsplicht. Waar het vervolgens gaat om de onderhavige kosten, geldt het volgende.
- 7.2. Het betreft hier een restitutiepolis, zodat de verzekerde in beginsel vrij is in de keuze van zorgverlener.
Vergoeding voor plastische-chirurgische zorg is vermeld in artikel 12 lid 5 onderdeel a van de zorgverzekering. Genoemd artikel bepaalt, voor zover hier relevant:
- “U heeft alleen recht op vergoeding van kosten van plastisch chirurgische zorg als de behandeling dient ter correctie van:*
- afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
- verminkingen die het gevolg zijn van een ongeval, ziekte of geneeskundige verrichting; (...)
Voorwaarde:
Voorafgaande schriftelijke toestemming van (de zorgverzekeraar) is noodzakelijk”.
- 7.3. De zorgverzekering is volgens artikel 1 een zorgverzekering die is gebaseerd op de Zvw, het Bzv, de Rzv, de daarbij behorende toelichting en de door de verzekeringnemer verstrekte informatie.
- 7.4. In het kader van het onderhavige geschil is de volgende regelgeving relevant.
Artikel 11 lid 1 onderdeel b 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 vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Waar het gaat om plastische-chirurgie, is een en ander naar aard en omvang omschreven in artikel 2.4 lid 1 onderdeel b van het Bzv. In artikel 2.1 van het Rzv zijn enkele uitsluitingen opgenomen, welke in het onderhavige geval niet aan de orde zijn.
- 7.5. De commissie constateert dat de in artikel 12 lid 5 onderdeel a van de zorgverzekering opgenomen indicaties overeenkomen met die, genoemd in artikel 2.4 lid 1 onderdeel b van het Bzv.
- 7.6. Vervolgens stelt de commissie vast dat in de procedure niet aannemelijk is geworden dat in de situatie van verzoekster sprake is van een afwijking in het uiterlijk die gepaard gaat met lichamelijke functiestoornissen. Om van dergelijke afwijkingen te kunnen spreken, dient het volgens de commissie te gaan om functiestoornissen van vrij ernstige aard met als onderscheidend criterium het aanwezig zijn van een ernstige bewegingsbeperking. Van dit laatste is niet gebleken. In de aanvraag van de plastisch-chirurg d.d. 31 augustus 2006 wordt immers enkel gesteld: “Dit heeft aanleiding gegeven tot fors surplus aan huid thans nog voornamelijk aan de mediale bovenbenen. Patiënte loopt dit gemakkelijk kapot maar tevens vindt ze het niet erg fraai.”

- 7.7. Ten aanzien van de indicatie ‘verminderingen die het gevolg zijn van een ongeval, ziekte of geneeskundige verrichting’, merkt de commissie in de eerste plaats op dat hier geen van de limitatief opgesomde mogelijke oorzaken aanwezig is. Bovendien kan, naar het oordeel van de commissie, pas van een vermindering in de zin van artikel 12 lid 5 onderdeel a van de zorgverzekering worden gesproken in geval van een ernstige deformiteit, al dan niet met weefseldefecten gepaard gaande, zoals ook volgt uit de in artikel 13 van de zorgverzekering opgenomen definitie van het begrip ‘vermindering’.
- 7.8. Hetgeen verzoekster heeft aangevoerd met betrekking tot haar psychische klachten, blijft in dit kader buiten beschouwing. Uit artikel 12 lid 5 onderdeel a van de zorgverzekering volgt dat psychische klachten geen indicatie (kunnen) vormen voor plastisch-chirurgische zorg.
- 7.9. Verzoekster heeft ter zitting aangevoerd dat de dermolipectomie een vervolgooperatie betreft. Door haar grote gewichtsverlies moesten er een drietal operaties verricht worden, waarvan de dermolipectomie de tweede operatie is. Aangezien de operaties niet tegelijk plaats kunnen vinden, is verzoekster van mening dat het een vervolgooperatie betreft. De eerste operatie was een buikwandplastiek, waarbij overtollig vel aan de buikwand is weggehaald. De dermolipectomie wordt niet uitgevoerd aan de buikwand, maar aan de bovenbenen. Hierbij wordt overtollig vel van de bovenbenen weggehaald. Dit is een op zich staande operatie. De commissie constateert zodoende dat het hier geen vervolgooperatie betreft.
- 7.10. Tot slot constateert de commissie dat kennelijk enige verwarring is ontstaan over de gehanteerde DBC-code. De DBC-systematiek – waarbij DBC staat voor Diagnose Behandel Combinatie -- is een methode van declareren. Met de aanduiding ‘rood’, ‘oranje’ of ‘groen’ wordt aangegeven of een behandeling niet, dan wel misschien, respectievelijk zeker onder de dekking van de zorgverzekering valt. De relevantie hiervan is dat aan de hand van deze grove indeling min of meer kan worden bepaald of de nota aan de zorgverzekeraar of aan de patiënt moet worden gezonden. In de relatie zorgverzekeraar-verzekerde zijn evenwel de voorwaarden van de zorgverzekering bepalend en niet de aanduiding die wordt gehanteerd voor de DBC-systematiek.
- Gezien hetgeen hiervoor is overwogen kan in het midden blijven of, en zo ja welke andere DBC-code bij wijze van alternatief door de plastisch-chirurg had kunnen worden vermeld bij de aanvraag.
- 7.11. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

8. Het bindend advies

- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 18 april 2007

Voorzitter