

BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vs C te D
Zaak : Geneeskundige zorg plastische chirurgie, buikwandcorrectie (abdomino-plastiek)
Zaaknummer : 2007.1176
Zittingsdatum : 21 november 2007

Zaak: 2007.1176, geneeskundige zorg, plastische-chirurgie, buikwandcorrectie (abdominoplastiek).

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2007, art. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1, 2.2 en 2.4 Bzv)

1 Partijen

A te B, hierna te noemen verzoekster,

tegen

C te D, hierna te noemen de zorgverzekeraar.

De bestreden beslissing

2 Verzoekster komt op tegen het besluit van de zorgverzekeraar van 31 januari 2007 inzake het niet vergoeden van een buikwandcorrectie.

Ontstaan en verloop van het geding

3.1. Verzoekster is bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de ZorgVerzorgd Polis, een verzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw) (hierna: de zorgverzekering).

3

3.2. Bij brief van 31 januari 2007 heeft de zorgverzekeraar verzoekster medegedeeld dat de door haar gevraagde buikwandcorrectie niet voor vergoeding in aanmerking komt.

3.3. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 1 mei 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster meegedeeld zijn standpunt te handhaven.

3.4. Bij brief van 25 mei 2007 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de onderhavige behandeling 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 27 juli 2007 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 29 augustus 2007 aan verzoekster gezonden.

3.7. Bij brief van 26 september 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 van de Zvw.

- 3.8. Bij brief van 26 september 2007 zijn partijen in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Van de mogelijkheid zich te doen horen is door verzoekster op 20 oktober 2007 afgezien, terwijl de zorgverzekeraar op 24 oktober 2007 heeft kenbaar gemaakt niet te willen worden gehoord .
- 3.9. Het College voor zorgverzekeringen heeft op 24 oktober 2007 zijn advies gegeven. Een afschrift hiervan is met dit bindend advies aan partijen gezonden.
4. Het standpunt van verzoekster
- 4.1. Verzoekster is een 41-jarige vrouw die vanaf eind 2004 vijfenveertig kilo is afgevallen. Omdat zij veel klachten had van haar vetschort, wilde haar plastisch-chirurg die excideren met dien verstande dat, wanneer verzoekster haar ideale gewicht zou bereiken, nog een formele abdominoplastiek nodig zal zijn. Op 1 november 2006 is de bedoelde behandeling aangevraagd met DBC-code 04.11.00.0232.0023.
- 4.2. Verzoekster heeft volgens haar zeggen eind 2004 voor de zoveelste keer erysipelas (wondroos) op de buikwand gehad, die niet meer goed kon worden behandeld vanwege de vele antibioticakuren die zij toen al had gekregen. Haar behandelend arts stelde voor deze huid te excideren. Verzoekster moest dan wel eerst wat afvallen. In november 2005 heeft zij daarvoor een maag ballon gekregen, die in juni 2006 is vervangen door een maag band. Omdat haar buik door het vele afvallen op haar benen hing, kreeg zij smetplekken op de benen en de buik.
- 4.3. Na de afwijzing in 2006 heeft haar behandelend plastisch chirurg op 26 januari 2007 een nieuwe, identieke aanvraag ingediend. Ondanks het verzoek om aanvullende informatie van 31 januari 2007, waarvan verzoekster eerst op 6 februari 2007 hoorde, is zij op 7 februari 2007 geopereerd.
- 4.4. Verzoekster kan zich niet vinden in de definitieve afwijzing van de vergoeding. Hoewel zij erg blij is dat de operatie geslaagd is, drukken de financiële lasten erg zwaar op haar. De behandeling heeft € 4.250,00 gekost, waarvoor zij een lening heeft afgesloten. Zij heeft bovendien van verschillende kanten vernomen dat borstverkleiningen en -vergrotingen wel om psychische redenen worden vergoed. Zij begrijpt dan ook niet waarom in haar situatie, waarin zij psychisch steeds meer afglijdt, niets krijgt vergoed.
- 4.5. Verzoekster komt tot de conclusie dat de buikwandplastiek door de zorgverzekeraar dient te worden vergoed.
5. Het standpunt van de zorgverzekeraar
- 5.1. De zorgverzekeraar heeft, na de definitieve afwijzing van 2006, voor de beoordeling van de aanvraag van 2007 aanvullende gegevens opgevraagd bij de behandelend plastisch-chirurg, te weten de lengte en het gewicht van verzoekster, alsmede de vraag of sprake is van onbehandelbaar smetten en van een ernstige bewegingsbeperking.
- 5.2. Aangezien verzoekster zich op 7 februari 2007 heeft laten opereren, vóór de aanvraag beoordeeld was, heeft zij het de zorgverzekeraar onmogelijk gemaakt haar situatie te toetsen aan de relevante criteria om voor een buikwandcorrectie in aanmer-

king te komen.

- 5.3. Voorts stelt de zorgverzekeraar dat verzoekster zich in een privé-kliniek heeft laten opereren, die niet volgens de in Nederland geldende DBC-code declareert. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat de onderhavige buikwandcorrectie niet voor vergoeding in aanmerking komt.

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.

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. De relatie tussen partijen wordt beheerst door een verzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het BW. 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 geregeld 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.
- 7.2. Het betreft hier een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel gebruik dient te maken van gecontracteerde zorg. Vergoeding voor medisch-specialistische zorg is geregeld in artikel 8.4 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Artikel 8.4 lid 1 onder b bepaalt wanneer aanspraak op plastische-chirurgie bestaat en onder welke voorwaarden. Voor zover hier relevant houdt artikel 8.4 lid 1 onder b het volgende in:

*"1. Geneeskundige zorg omvat zorg zoals (..) medisch-specialisten (..) die plegen te bieden (..) met dien verstande dat:
b. behandelingen van plastisch-chirurgische aard slechts onder de zorg valt indien die strekt tot correctie van:
1. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
2. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting; (..)"*

- 7.3. De regeling van artikel 8.4 is volgens artikel 2 van de zorgverzekering, gebaseerd op de Zvw, het Bzv en de Rzv .

- 7.4. In het kader van het onderhavige geschil is de volgende regelgeving relevant. 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. Artikel 13 van de Zvw

regelt de vergoeding in geval wordt gekozen voor een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde aanbieder.

Plastische-chirurgie, is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 van het Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.1 van de Rzv, waarin de uitsluitingen opgenomen zijn .

- 7.5. Tot 1 januari 2007 was de abdominoplastiek onder de uitsluitingen van artikel 2.1 van de Rzv opgenomen. Met ingang van genoemde datum behoort de ingreep tot de verzekerde prestaties ingevolge de Zvw, indien - zo blijkt uit de toelichting - sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of een verminking.
- 7.6. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.7. Uit de toelichting op de wijziging van artikel 2.1 van de Rzv blijkt dat van een aantoonbare lichamelijke functiebeperking kan worden gesproken in geval van onbehandelbaar smetten. Dit zijn door de dermatoloog niet te voorkomen of niet te genezen smetten in huidplooien die altijd daar ter plekke 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. Zijn onvoldoende hygiënische maatregelen de oorzaak van het smetten, dan wordt een operatie niet ten laste van de zorgverzekering vergoed.
Uit het dossier blijkt niet van de betrokkenheid van een dermatoloog. Wel blijkt dat door haar behandelend gynaecoloog pogingen worden ondernomen het smetten conservatief te behandelen. Verzoekster heeft daarmee naar het oordeel van de commissie onvoldoende aannemelijk gemaakt dat in haar situatie voor of op 7 februari 2007 sprake is geweest van onbehandelbaar smetten.
- 7.8. Evenmin kan in geval van verzoekster worden gesproken van een verminking. Daarvan is eerst sprake in geval van een ernstige misvorming die direct in het oog springt, waarbij kan worden gedacht aan verworven aandoeningen zoals misvormingen door derdegraads brandwonden. Een overhang van de buikhuid, zoals in de situatie van verzoekster, valt zonder meer niet onder het begrip "verminking".
- 7.9. Ten slotte merkt de commissie op dat ook een ernstige bewegingsbeperking een indicatie kan vormen voor een abdominoplastiek. Van zo een beperking kan blijkens de toelichting op de wijziging van artikel 2.1 van Rzv eerst sprake zijn indien die ontstaat doordat in staande positie de buikschort minimaal een kwart van de lengteas van de bovenbenen bedekt. Van een dergelijke situatie is bij verzoekster niet gebleken, terwijl het naar het oordeel van de commissie op de weg van verzoekster had gelegen zulk een situatie aan te tonen.
- 7.10. Tot slot merkt de commissie ter informatie van verzoekster nog op dat indien wél een indicatie zou hebben bestaan - hetgeen uitdrukkelijk onvoldoende is gebleken - de abdominoplastiek alleen als doelmatige behandeling kan worden aangemerkt indien de BMI gedurende ten minste twaalf aaneengesloten maanden minder dan 30 bedraagt.
- 7.11. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen, waarbij de commissie uitdrukkelijk in het midden laat of de stelling van de zorgverzekeraar dat de behandeling om de enkele reden dat zij heeft plaatsgevonden in een privé kliniek niet voor vergoeding in aanmerking komt, gelet op de omstandigheden van het geval

- zoals de tussen behandelend chirurg en gevoerde correspondentie, de gehanteerde (relevante) DBC-code, de hoogte van het gedeclareerde bedrag en de rekening slechts vermeld dat het gaat om een privé-kliniek in het ziekenhuis MCL te Leeuwarden - , juist is .

8. Het bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 21 november 2007,



Voorzitter