

Bindend advies

Partijen : A te B, in deze vertegenwoordigd door C te D vs E te F
Zaak : Geneeskundige zorg, plastische-chirurgie, bovenarmcorrectie, correctie van contourverschil bij flanken en face-halslift
Zaaknummer : 2007.01317
Zittingsdatum : 23 januari 2007

BINDEND ADVIES

Zaak: 2007.01317 (Geneeskundige zorg, plastische-chirurgie, bovenarmcorrectie, correctie van contourverschil bij flanken en face-halslift)

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. 11 Zvw, 2.4 Bzv, 2.1 Rzv)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen verzoeker, in deze vertegenwoordigd door C te D,

tegen

E te F, hierna te noemen de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen het besluit van de zorgverzekeraar van 10 april 2007 inzake het niet vergoeden van de kosten van een bovenarm correctie en de correctie van contourverschil tussen de linker- en rechterflank, alsmede tegen het besluit van de zorgverzekeraar van 26 april 2007 inzake het niet vergoeden van de kosten van een hals-facelift.

3. Ontstaan en verloop van het geding

3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Beter Af Polis, een verzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw) (hierna: de zorgverzekering).

3.2. Bij brief van 10 april 2007 heeft de zorgverzekeraar verzoeker meegedeeld dat geen vergoeding wordt gegeven voor de bovenarmcorrectie en de correctie van het contourverschil tussen de linker- en rechterflank. Tevens heeft de zorgverzekeraar verzoeker bij brief van 26 april 2007 meegedeeld dat geen vergoeding wordt gegeven voor een hals-facelift.

3.3. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 16 mei 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker meegedeeld zijn standpunt te handhaven.

3.4. Bij brief van 11 juni 2007 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de drie verzochte behandelingen alsnog te vergoeden.

- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 37,00 voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren .
- 3.6. De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie op 12 juli 2007 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 16 juli 2007 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Bij brief van 18 oktober 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (verder: CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 van de Zvw.
- 3.8. Het CVZ heeft op 15 november 2007 de commissie geadviseerd nader onderzoek te verrichten. Een afschrift van het advies van het CVZ is op 16 november 2007, met de uitnodiging voor de hoorzitting van 12 december 2007, aan partijen gezonden.
- 3.9. In vervolg op het advies van het CVZ heeft de zorgverzekeraar de commissie bij brief van 3 december 2007 aanvullende informatie gezonden. Een afschrift hiervan is op 10 december 2007 aan verzoeker gezonden.
- 3.10. Bij brief van 11 december 2007 zijn namens verzoeker aanvullende gronden aangevoerd. Een afschrift hiervan is op 11 december 2007 per fax aan de zorgverzekeraar gezonden.
- 3.11. Gezien de stukkenwisseling zoals deze in overweging 3.9 en 3.10 is omschreven, is de hoorzitting van 12 december 2007 verzet. De vervangende hoorzitting van 16 januari 2008 is op verzoek van de zorgverzekeraar verzet.
- 3.12. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 23 januari 2008 gehoord, waarbij de zorgverzekeraar telefonisch aan de hoorzitting heeft deelgenomen. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het College voor zorgverzekeringen.
- 3.13. Per fax van 24 januari 2008 is de zorgverzekeraar een afschrift van de brief van verzoeker van 18 januari 2008 gezonden. De zorgverzekeraar is daarbij in de gelegenheid gesteld op deze brief te reageren. Bij brief van 29 januari 2008 heeft de zorgverzekeraar de commissie laten weten in hetgeen verzoeker bij eerder genoemde brief naar voren heeft gebracht geen aanleiding te zien tot het wijzigen van zijn standpunt. Een afschrift van de reactie van de zorgverzekeraar is op 30 januari 2008 aan verzoeker gezonden.
- 3.14. Bij brief van 30 januari 2008 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden, alsmede van de nadien verzonden en ontvangen correspondentie. In vervolg hierop heeft het CVZ de commissie op 4 februari 2008 geadviseerd het verzoek om een bovenarmcorrectie en correctie van het contourverschil tussen de linker- en rechterflank ten laste van de tussen partijen afgesloten zorgverzekering af te wijzen. Een afschrift van dit laatste CVZ-advies is met dit bindend advies aan partijen gezonden.



4. Het standpunt van verzoeker

- 4.1. Verzoeker is een 46-jarige man die in 2001 ruim 160 kilogram is afgevallen met behulp van een maag ballon en met een maagverkleining. Door het grote gewichtverlies heeft verzoeker zeer veel last van loshangende huid. In de huidplooien zijn smetten en ontstekingen ontstaan, waarna verzoeker verschillende ingrepen heeft ondergaan.
- 4.2. Verzoeker stelt dat de medisch adviseur van de zorgverzekeraar in 2001 toegezegd heeft dat alle ingrepen voor vergoeding in aanmerking komen. Vanaf 2002 heeft de zorgverzekeraar verscheidene operaties vergoed. Dit betroffen onder andere een mammareductie, een abdominoplastiek, een correctie surplus laterale zijde thorax beiderzijds, een dermolipectomie, een littekencorrectie en een dermatochalazis van de schaamheugel. De operaties konden niet alle tegelijkertijd plaatsvinden.
- 4.3. Op dit moment wenst verzoeker nog drie ingrepen laten uitvoeren, te weten een bovenarmcorrectie, een correctie van het contourverschil tussen de linker- en rechterflank en een hals-facelift. Verzoeker stelt dat zijn huid openscheurt en hij hierbij veel last heeft van pijn en stank. De medisch adviseur van de zorgverzekeraar heeft erkend dat hij voor de ingrepen in aanmerking komt.
- 4.4. Verzoeker stelt dat sprake is van vervolgooperaties, namelijk dat de huidoverschotten het gevolg zijn van de maagverkleining in 2001.
- 4.5. Tijdens de hoorzitting heeft verzoeker aangevoerd in de zomer en een deel van het voor- en najaar last te hebben van smetten. Met behulp van poeder en zelf probeert hij dat zelf tegen te gaan. Ook heeft hij een reformwinkel bezocht. Verzoeker verklaart niet de dermatoloog te hebben bezocht. Voorts verklaart hij psychische klachten te ondervinden van de huidoverschotten.
- 4.6. Verzoeker komt tot de conclusie dat zijn verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt van de zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar stelt dat de gevraagde ingrepen niet zijn uitgesloten van de zorgverzekering, maar dat voldaan dient te worden aan de bijzondere voorwaarden plastische-chirurgie. De zorgverzekeraar stelt dat bij verzoeker geen sprake is van een verminking of van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis in het geval van de onderhavige ingrepen.
- 5.2. Verzoeker is door een medisch adviseur van de zorgverzekeraar onderzocht en meerdere medisch adviseurs hebben naar de situatie van verzoeker gekeken. Deze onderzoeken hebben het standpunt van de zorgverzekeraar niet gewijzigd.
- 5.3. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

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

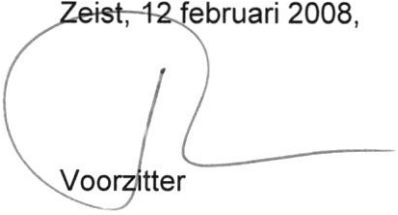
brengen .

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 is aangewezen op gecontracteerde zorg en/of hulpverleners in dienst van de zorgverzekeraar. Vergoeding voor ingrepen van plastisch-chirurgische aard is geregeld in artikel 27 van de Aanspraken van de zorgverzekering. Dit artikel bepaalt, voor zover hier van belang:
- UU heeft aanspraak op chirurgische ingrepen van plastisch-chirurgische aard door een medisch-specialist indien de behandeling leidt tot correctie van:*
- afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
- verminkingen die het gevolg zijn van ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
(. . .)"
- 7.3. De regeling van artikel 27 van de Aanspraken van de zorgverzekering is volgens artikel 2.1 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Bzv en de Rzv.
- 7.4. 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. Geneeskundige zorg is, conform lid 3 van artikel 11 Zvw, naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv. In lid 1 onder b is bepaald dat een plastisch-chirurgische ingreep slechts onder de geneeskundige zorg valt indien die strekt tot de correctie van de onder sub 1 tot en met 5 genoemde aandoeningen. In lid 2 wordt bepaald dat bij ministeriële regeling bepaalde vormen van zorg kunnen worden uitgezonderd.
- 7.5. De commissie constateert dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.6. De commissie stelt vast dat de eerder uitgevoerde ingrepen als afgeronde behandelingen dienen te worden beschouwd. De bovenarmcorrectie, de correctie van het contourverschil tussen de linker- en rechterflank en de hals-facelift, waarvoor een aanvraag is gedaan, moeten daarvan dan ook los worden gezien.

- 7.7. Bij deze ingrepen ontbreekt een indicatie, in die zin dat niet is gebleken van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. Daartoe is namelijk vereist dat het gaat om een objectief aantoonbare lichamelijke functiestoornis van vrij ernstige aard, gepaard gaande met een ernstige bewegingsbeperking. Zulks is hier in de situatie van verzoeker bij de bovenarmcorrectie, de correctie van het contourverschil tussen de linker- en rechterflank en de hals-facelift niet aan de orde.
- 7.8. Evenmin kan worden gesproken van een verminking. Hiertoe is namelijk vereist dat het gaat om een ernstige deformiteit, al of niet met weefseldefecten gepaard gaande, die direct in het oog springt en die in het dagelijkse verkeer niet is te camoufleren met bijvoorbeeld kleding. Bepalend in deze situatie is de aanvraag van de behandelend medisch-specialist. In dit geval stelt deze dat "hij de wens van verzoeker om zich aan de drie problemen te laten opereren, wel kan indenken". De behandelend medisch-specialist spreekt niet over een verminking of onbehandelbaar smetten. De bovenarm situatie, het contourverschil tussen de linker- en rechterflank en de problemen in het gezicht kunnen hierdoor niet als een verminking worden aangemerkt. Voorts is in de procedure gebleken dat verzoeker, in verband met het smetten, niet door een dermatoloog is behandeld, waardoor niet gesproken kan worden van onbehandelbaar smetten.
- 7.9. De polisvoorwaarden en de daaraan ten grondslag liggende wet- en regelgeving bieden geen ruimte voor een plastisch-chirurgische ingreep op grond van psychische klachten.
- 7.10. Ten aanzien van de door verzoeker aangehaalde toezegging die de medisch adviseur van de zorgverzekeraar in 2001 zou hebben gedaan, merkt de commissie op dat op dat moment de onderhavige ingrepen niet aan de orde waren. Indertijd was alleen sprake van een maagverkleining. Deze ingreep viel op dat moment - onder zekere voorwaarden - onder de dekking van de verzekering. De mededeling dat verzoeker "alles mocht laten doen" kan, zo een dergelijke mededeling al is gedaan, daarnaast niet worden geacht betrekking te hebben op behandelingen die toen in het geheel nog niet aan de orde waren, nog daargelaten dat wijzigingen in het verzekerde pakket in de loop der jaren natuurlijk altijd mogelijk zijn.
- 7.11. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek, hoe zeer de commissie begrip heeft voor de moeilijke omstandigheden waarin verzoeker verkeert, dient te worden afgewezen.
8. Het bindend advies
- 8.1. De commissie wijst het verzoek af .

Zeist, 12 februari 2008,



Voorzitter