

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B vs C te D
Zaak	: geneeskundige zorg; abdominoplastiek (buikwandcorrectie)
Zaaknummer	: ANO06.21
Zittingsdatum	: 23 augustus 2006

ANONIEM BINDEND ADVIES

Zaak: ANO06.21 (geneeskundige zorg; abdominoplastiek)

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

(artt. 10,11 Zvw, 2.4 Bzv, 2.1 Rzv)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen verzoekster,

tegen

C te D, hierna te noemen de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen het besluit van de zorgverzekeraar d.d. 3 februari 2006 inzake de afwijzing van de vergoeding van een abdominoplastiek (buikwandcorrectie).

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster is bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Basispolis, een verzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), (hierna: de zorgverzekering).
- 3.2. Bij brief van 3 februari 2006 heeft de zorgverzekeraar verzoekster bericht dat hij de aangevraagde abdominoplastiek voor verzoekster niet zal vergoeden.
- 3.3. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 28 maart 2006 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. Door middel van een geschillenformulier, ontvangen op 30 april 2006, heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een oordeel uit te spreken over de vraag of de abdominoplastiek door de zorgverzekeraar moet worden vergoed.
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, heeft 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 7 juni 2006 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt.
- 3.7. Op 9 juni 2006 is verzoekster een afschrift van de reactie van de zorgverzekeraar gezonden. Tevens zijn verzoekster en de zorgverzekeraar in de gelegenheid gesteld zich te doen horen.

- 3.8. Van de mogelijkheid zich te doen horen is slechts door verzoekster gebruik gemaakt. De zorgverzekeraar heeft op de dag van de hoorzitting, waarvoor hij was uitgenodigd, laten weten verhinderd te zijn. Het verslag van de hoorzitting is op 18 juli 2006 aan partijen gezonden.
- 3.9. Bij brief van 18 juli 2006 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen verzocht om advies, een en ander conform artikel 114 van de Zvw.
- 3.10. Het College voor zorgverzekeringen heeft de commissie op 28 juli 2006 zijn visie op de kwestie gegeven. Een afschrift hiervan is aan dit advies gehecht.

4. Het standpunt van verzoekster

- 4.1. Verzoekster heeft in februari 2004 een gastric bypass operatie ondergaan. Ongeveerd een half jaar na de operatie heeft verzoekster contact opgenomen met de afdeling wachtlijstbemiddeling van de zorgverzekeraar. Telefonisch is haar toen verzekerd dat de buikwandcorrectie vergoed zou worden en dat er voor gezorgd zou worden dat zij binnen een half jaar geholpen zou kunnen worden als de chirurg de indicatie zou afgeven. Met deze toezegging is verzoekster met een positief gevoel de toekomst ingegaan. Twee jaar later is verzoekster, met veel inspanning, ruim 80 kilo afgevallen.
- 4.2. Het ontstane huidoverschot leidt tot diverse klachten, zoals smetten en ontstekingen. Ook haar leven met haar nieuwe echtgenoot lijdt daar onder. Verzoekster geeft aan dat, na jaren lang hard te hebben gevochten tegen de klachten van morbide obesitas en alle andere bijkomende klachten, haar strijd nog niet gestreden is. Aan het laatste stuk van haar gevecht, de klachten van huidoverschot aan haar buik, kan zij zelf niets meer doen. Verzoekster geeft aan dat de abdominoplastiek voor haar een grote verbetering van haar leven en een afronding van een lange zware periode is.
- 4.3. Ter zitting brengt verzoekster in dat zij via de media heeft vernomen dat de abdominoplastiek volgend jaar weer wordt vergoed. Het dan een nieuwe aanvraag indienen, lijkt haar nogal omslachtig.
- 4.4. Verzoekster stelt tot slot dat de abdominoplastiek een logisch en noodzakelijk vervolg is op de gastric bypass operatie en dat de zorgverzekeraar, in de lijn met het telefoongesprek uit 2004, mitsdien de kosten dient te vergoeden.

5. Het standpunt van de zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar geeft aan afwijzend op de aanvraag te hebben beslist, omdat een abdominoplastiek niet als verstrekking is opgenomen in de Zvw. Medisch specialistische zorg als bedoeld in artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekeringen omvat niet een abdominoplastiek en liposuctie van de buik. De overheid heeft er expliciet voor gekozen de abdominoplastiek uit te sluiten van verstrekking.
- 5.2. Toen verzoekster medio 2004 bij de zorgverzekeraar telefonisch informeerde naar de mogelijkheid tot het ondergaan van een buikwandcorrectie is de juiste informatie gegeven. In 2004 werd een abdominoplastiek, mits er sprake was van een medische indicatie, vergoed ten laste van de toen nog bestaande ziekenfondsverzekering. De overheid heeft echter per 1 januari 2005 besloten dat de abdominoplastiek geen

verstrekking meer is ten laste van de ziekenfondsverzekering, nu de zorgverzekering. De zorgverzekeraar heeft pas op 17 januari 2006 een aanvraag voor een abdominoplastiek ontvangen ten behoeve van verzoekster.

- 5.3. Naar de mening van de zorgverzekeraar heeft de afhandeling van de klacht van verzoekster op een juiste wijze plaatsgevonden en is het correct dat geen vergoeding van een abdominoplastiek ten laste van de zorgverzekering kan plaatsvinden.

6. De bevoegdheid van de commissie

De commissie acht zich bevoegd van het onderhavige geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. De commissie stelt vast dat ter uitvoering van de in de Zvw opgenomen verzekeringsplicht verzoekster en de zorgverzekeraar een verzekeringsovereenkomst, als bedoeld in artikel 7:925 BW, hebben gesloten. Deze verzekeringsovereenkomst is op 1 januari 2006 ingegaan. Op grond van artikel 1, onder d, van de Zvw is een zorgverzekering een verzekering die voldoet aan het bepaalde bij of krachtens de Zvw en waarvan de verzekerde prestaties het bij of krachtens de Zvw geregelde niet te boven gaan.
- 7.2. De vraag of verzoekster thans (2006) aanspraak kan maken op vergoeding van een abdominoplastiek moet worden beantwoord aan de hand van de afgesloten zorgverzekering. In artikel 7, eerste lid, onderdeel b, van de Algemene voorwaarden wordt voor de inhoud, omvang, duur en wijze van verkrijging van de verzekerde prestaties verwezen naar de "lijst van aanspraken". In artikel 2 van deze "lijst van aanspraken" is omschreven op welke vormen van medisch-specialistische zorg en onderzoek aanspraak kan worden gemaakt.
- 7.3. Verder geeft artikel 4 van de verzekeringsvoorwaarden onder meer aan dat de verzekeringsovereenkomst is gebaseerd op de Zvw, het Besluit zorgverzekeringen (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv), met inbegrip van de daarbij behorende toelichting. Vanuit genoemde regelgeving heeft het volgende te gelden. Op grond van artikel 11, eerste lid, onderdeel b, van de Zvw bestaat aanspraak op de vergoeding van kosten van zorg en overige diensten. Waar het gaat om geneeskundige zorg is een en ander naar aard en omvang omschreven in artikel 2.4 van het Bzv. In het tweede lid van artikel 2.4 van het Bzv wordt bepaald dat bij ministeriële regeling bepaalde vormen van zorg kunnen worden uitgezonderd. Op grond hiervan is in artikel 2.1, aanhef en onder b, van de Rzv bepaald dat de geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 2.4 Bzv onder meer niet een abdominoplastiek en liposuctie van de buik omvat. In de toelichting op de Rzv valt hierover te lezen dat het in genoemd artikel gaat om de uitsluitingen zoals die met ingang van 1 januari 2005 geregeld waren in (artikel 2, tweede lid en artikel 5 van) de Regeling medisch-specialistische zorg Ziekenfondswet. Uit de toelichting bij laatstgenoemde regeling blijkt dat uitdrukkelijk tot uitsluiting van deze behandelingen is besloten, omdat anders op grond van het eerste lid van voornoemd artikel een aantal van de genoemde behandelingen alsnog voor vergoeding in aanmerking kunnen komen. Hoewel in een aantal gevallen ook behandelingen van vergoeding worden uitgesloten die geen cosmetisch doel, maar een geneeskundig doel hebben, heeft de Minister van

Volksgezondheid, Welzijn en Sport desondanks besloten deze behandelingen uit te sluiten.

De in artikel 2, tweede lid, onder b, van de Regeling medisch-specialistische zorg Ziekenfondswet genoemde uitsluitingsgrond voor een abdominoplastiek en liposuctie van de buik is identiek aan die van artikel 2.1, onder b, Rzv.

- 7.4. De commissie is van oordeel dat artikel 2 van de “lijst van aanspraken” in deze strookt met de van toepassing zijnde wet- en regelgeving – zoals hiervoor weergegeven – zodat genoemd artikel primair als toetsingskader voor de beoordeling heeft te gelden.
- 7.5. In de onderhavige situatie is de aangevraagde abdominoplastiek voorafgegaan door een gastric bypass operatie in 2004. Als gevolg van deze ingreep is verzoekster in twee jaar tijd ruim 80 kilo afgevallen, waardoor een aanzienlijk huidoverschot is ontstaan. Door verzoekster is er op gewezen dat ten tijde van het door de verzekeraar toestemming verlenen voor de gastric bypass operatie, bekend was dat een aanzienlijk huidoverschot zou ontstaan. Op basis van de toenmalige Ziekenfondsverzekering kon, onder strikte voorwaarden, aanspraak worden gemaakt op een abdominoplastiek. Verzoekster is, tijdens het telefonisch onderhoud in 2004, dienovereenkomstig geïnformeerd. Om een gewichtsverlies van 80 kilo te kunnen bereiken is een zeker aantal maanden nodig, zodat verzoekster de abdominoplastiek niet direct kon laten uitvoeren. De commissie heeft een en ander in haar overwegingen betrokken en het College voor zorgverzekeringen hier deelgenoot van gemaakt in het kader van de adviesaanvraag.
- 7.6. Na zorgvuldige afweging moet de commissie vaststellen dat de abdominoplastiek met ingang van 1 januari 2005 verwijderd is uit het verstrekkingspakket op basis van de Ziekenfondswet. Daarbij is er voor gekozen om geen overgangsregeling te treffen. Vervolgens is op 1 januari 2006 de Zorgverzekeringswet van kracht geworden, waarin opnieuw een expliciete uitsluiting is opgenomen voor een abdominoplastiek. De commissie constateert dat, conform de thans geldende wetgeving, ook in onderdeel c van artikel 2 van de “lijst van aanspraken” van de door verzoekster afgesloten zorgverzekering, een abdominoplastiek expliciet van vergoeding is uitgesloten. Gezien het voorgaande moet dan ook tot het oordeel worden gekomen dat, hoe zeer verzoekster ook baat zou hebben bij de onderhavige behandeling, de aangevraagde abdominoplastiek thans geen verzekerde prestatie onder de zorgverzekering vormt.
- 7.7. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek moet worden afgewezen.

8. Het bindend advies

8.1 De commissie wijst het verzoek af

Zeist, 23 augustus 2006.

Voorzitter