

# BINDEND ADVIES

Partijen : , in deze vertegenwoordigd  
door mr. , tegen Avéro Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, volmachtgever van Aevitae B.V. te Heerlen, in deze vertegenwoordigd door National Academic B.V. te Dordrecht

Zaak : Geneeskundige zorg, liposculptuur bij ziekte van Dercum, hoogte vergoeding

Zaaknummer : 2008.01916

Zittingsdatum : 4 november 2009

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2008, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2008)

1. Partijen

, hierna te noemen: verzoekster, in deze vertegenwoordigd door

tegen

Avéro Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar, volmachtgever van Aevitae B.V. te Heerlen, in deze vertegenwoordigd door National Academic B.V. te Dordrecht.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 25 april 2008 de kosten van een tumescent liposculpture aan de bovenarmen en de benen niet te vergoeden.

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 Basisverzekering (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 Aanvullend 3 en Tandzorg 3 afgesloten (hierna gezamenlijk te noemen: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. Verzoekster heeft verzocht om vergoeding van de hiervoor onder 2 vermelde behandelingen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 25 april 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.3. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 22 mei 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft ertoe geleid dat de ziektekostenverzekeraar heeft toegezegd een (gedeeltelijke) vergoeding te verlenen op basis van een nota van een ziekenhuis of erkend zelfstandig behandelcentrum waarop de behandeling gefactureerd is met DBC Declaratiecode 14010. Als verzoekster behandeling ondergaat van verschillende, nadrukkelijk specifiek aangeduide lichaamsgebieden, kan volgens de ziektekostenverzekeraar door de behande-



lend dermatoloog voor elk specifiek behandeld gebied genoemde DBC afzonderlijk in rekening worden gebracht.

- 3.5. Bij brief van 5 juni 2009 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.6. 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.
- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en heeft de commissie bij brief van 21 augustus 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 25 augustus 2009 aan verzoekster gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 31 augustus 2009 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.9. Bij brief van 25 augustus 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 24 september 2009 heeft het CVZ (zaaknummer 29093418) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat de liposculptuur geen zorg is conform de stand van de wetenschap en praktijk. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 4 november 2009 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.11. Bij brief van 5 november 2009 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 19 november 2009 zijn definitieve advies aan de commissie uitgebracht. Een afschrift daarvan is aan partijen gezonden, waarbij zij de mogelijkheid hebben gekregen hierop binnen zeven dagen te reageren. Verzoekster heeft bij brief van 27 november 2009 op het advies gereageerd. Een afschrift van deze reactie is aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.

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

- 4.1. De behandelend dermatoloog heeft bij verzoekster de volgende diagnose gesteld: "Dercum disease (lipomatosis dolorosa)". Verzoekster heeft naar aanleiding van de gestelde diagnose bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op "liposculptuur".
- 4.2. De door de ziektekostenverzekeraar aanvankelijk aangedragen declaratiecode mag volgens verzoekster enkel worden gedeclareerd door een plastisch chirurg. Aange-



zien de behandelingen worden uitgevoerd door een dermatoloog, leidt deze declaratiecode niet tot een vergoeding. De ziektekostenverzekeraar heeft in reactie hierop te kennen gegeven dat de DBC code 10.11.00.0003.0051 mag worden aangehouden. Dit betreft een code die een dermatoloog wel mag declareren. Hierbij hoort echter een bedrag van € 802,70 per verrichting, terwijl de behandeling € 5.500,-- per keer kost. Daar komt nog bij dat het volgens de dermatoloog niet is toegestaan om meerdere keren op één dag dezelfde DBC te declareren, terwijl wellicht op één dag meerdere verrichtingen moeten plaatsvinden.

- 4.3. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling nog aangevoerd dat de ziekte van Dermum een zeldzame aandoening is, waarbij uit onderzoek van diverse artsen blijkt dat de aangevraagde behandeling de meest succesvolle is. Een onjuiste aanname van de ziektekostenverzekeraar is dat het alleen zou gaan om bulten in de benen. De ziekte heeft zich bij verzoekster echter over het gehele lichaam verspreid. Zo moest een bult uit de keel worden verwijderd om verstikking te voorkomen, en heeft verzoekster dieetvoeding voorgeschreven gekregen, omdat de bulten in haar maag ervoor zorgen dat zij geen normale voeding tot zich kan nemen. De aangevraagde behandeling heeft als voordeel dat deze het minst traumatiserend is voor het onderliggende weefsel. Voorts komen de bulten op de plaats van behandeling niet terug, zoals dat bij een operatieve ingreep vaak wel het geval is. Verder kunnen de bulten aan de bovenarmen niet operatief verwijderd worden, omdat het vetweefsel en spierweefsel teveel met elkaar verweven zijn. Daarbij is de vibroliposuctie de enige behandelingsmethode.
- 4.4. In reactie op het definitieve advies van het CVZ heeft verzoekster onder andere nog gesteld dat de specialist heeft medegedeeld dat de behandeling wel degelijk conform de stand van de wetenschap en praktijk is. Door de zeldzaamheid van morbus Dermum is het niet mogelijk om gerandomiseerde dubbelblinde placebo-gecontroleerde trials uit te voeren.
- 4.5. Verzoekster komt tot de conclusie dat het 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, dat liposculptuur niet tot de verzekerde prestaties zoals bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering behoort. Omdat echter naar het oordeel van de ziektekostenverzekeraar een medische noodzaak bestaat voor de behandeling, is als tegemoetkoming gezocht naar een wijze van vergoeding, namelijk op basis van declaratie door de gecontracteerde zorgverlener van de meest passende DBC. In eerste instantie is door de ziektekostenverzekeraar gekozen voor een declaratiecode die bij nader inzien enkel door een plastisch chirurg kan worden gedeclareerd. Later is dit opgelost met het vaststellen van de DBC-code 10.11.00.0003.0051. Deze code komt wat betreft de omschrijving onder de gegeven omstandigheden het meest overeen met de bij verzoekster uit te voeren behandeling. In de brief van 25 november 2008 is toegelicht dat de dermatoloog deze code voor elke afzonderlijke verrichting kan declareren, mits deze aan verschillende lichaamsdelen worden uitgevoerd. In de brief van 21 augustus 2009 is daarentegen gesteld dat een DBC-code slechts eenmaal mag worden gedeclareerd. Eventuele vervolghandelingen moeten dan worden gedeclareerd met de code van een vervolg-DBC.

5.2. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat de gemachtigde van verzoekster na ontvangst van het CVZ-advies nog een brief heeft geschreven aan de directie van de ziektekostenverzekeraar. In de brief die daarop volgde heeft de ziektekostenverzekeraar een bedrag van € 2.500,-- per behandeling toegezegd, op basis van een DBC-code die kan worden gedeclareerd door een plastisch chirurg. Desgevraagd heeft de ziektekostenverzekeraar medegedeeld dat de vergoeding niet op basis van coulance is, maar dat is getracht aan te sluiten bij de vergoedingen ten laste van de zorgverzekering.

5.3. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag reeds is ingewilligd door middel van bovenstaande.

#### 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 en in hoeverre aanspraak bestaat op behandeling met liposculptuur.

#### **Ten aanzien van de zorgverzekering**

7.2. Het betreft hier een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in 'Hoofdstuk 2 Dekking Zorgverzekering' van de zorgverzekering. Artikel 2 van 'Hoofdstuk 2 Dekking Zorgverzekering' luidt, voor zover hier van belang:

***"A Medisch-specialistische zorg (excl. geneeskundige geestelijke gezondheidszorg)***  
*Voor de vergoeding van kosten voor deze vormen van zorg is een verwijzing noodzakelijk door een huisarts of bedrijfsarts. Dit geldt niet voor acute zorg. In het geval dat het medisch-specialistische zorg betreft wegens zwangerschap en/of bevalling kan de verwijzing ook door een verloskundige plaatsvinden. De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen medisch specialisten als zorg plegen te bieden."*

7.3. 'Hoofdstuk 2 Dekking Zorgverzekering' van de zorgverzekering is volgens artikel 2 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

7.4. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.

7.5. Uit de stukken in het dossier leidt de commissie het volgende af. De ziektekostenverzekeraar heeft – na de vaststelling dat het hier geen verzekerde prestatie betreft, nu de behandeling, zoals ook blijkt uit het nadien door het CVZ uitgebrachte advies, niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is, doch anderzijds de medische noodzaak van de behandeling wel door de ziektekostenverzekeraar wordt erkend – een toezegging gedaan om bij wijze van tegemoetkoming te komen tot een alternatieve oplossing. Verzoekster stelt zich evenwel op het standpunt dat dit aanbod, voor zover het betreft de daarbij door de ziektekostenverzekeraar aangewezen DBC-code,



zal leiden tot een uitkomst die slechts tot een gedeeltelijke vergoeding van de kosten zal leiden.

- 7.6. De commissie overweegt dat ter zitting is gebleken dat de ziektekostenverzekeraar niet de bedoeling heeft gehad een vergoeding op basis van coulance toe te kennen, maar dat door hem is getracht aan te sluiten bij de vergoedingen die ten laste van de zorgverzekering kunnen worden gebracht. De ziektekostenverzekeraar was echter toen reeds ervan op de hoogte dat de door verzoekster gewenste behandeling niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is en dat geen passende DBC-code bestaat. Desalniettemin heeft de ziektekostenverzekeraar de declaratiecode 140111 aangewezen als de meest geschikte. De betreffende DBC-codes kan echter uitsluitend worden gedeclareerd door een plastisch chirurg, terwijl de behandeling die verzoekster wenst te ondergaan in Nederland alleen door een met name genoemde dermatoloog wordt uitgevoerd. Hij is echter in zijn hoedanigheid van dermatoloog niet bevoegd een DBC-code voor plastische chirurgie te declareren. De ziektekostenverzekeraar heeft zijn toezegging in die zin aangepast dat een andere DBC-code van toepassing is verklaard, die wel door de dermatoloog kan worden gehanteerd. Dit heeft evenwel tot onbedoeld gevolg dat verzoekster een lagere vergoeding krijgt. De commissie is van oordeel dat de bijzondere omstandigheid dat de dermatoloog de door de ziektekostenverzekeraar aangewezen DBC-code niet kan declareren, verzoekster niet kan worden tegengeworpen. Het bedrag dat is gekoppeld aan deze declaratiecode bedroeg in april 2008 € 2.578,60 en is – overeenkomstig de bedoeling van de ziektekostenverzekeraar – het bedrag dat is toegezegd.
- 7.7. Ten aanzien van de vraag of de toezegging betrekking heeft op een eenmalige vergoeding of een vergoeding voor elk specifiek behandeld gebied merkt de commissie het volgende op. De ziektekostenverzekeraar heeft in de stukken en ook tijdens de zitting verklaard dat eerder genoemd bedrag voor elke afzonderlijke behandeling mag worden gedeclareerd. De ziektekostenverzekeraar is gebonden aan deze toezegging, en kan hierop niet terugkomen. Ook wanneer declaratie via de route van de DBC's niet het kennelijk beoogde gevolg biedt, dient de ziektekostenverzekeraar naar het oordeel van de commissie de toegezegde vergoeding te verlenen, zulks aan de hand van de door verzoekster in te dienen nota's.

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

- 7.8. De commissie constateert dat de aanvullende ziektekostenverzekering geen dekking biedt voor hetgeen verzoekster heeft verzocht.

#### **Conclusie**

- 7.9. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen, met dien verstande dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is een bedrag van € 2.578,60 te vergoeden. Het meer of anders gevorderde wordt afgewezen.
- 7.10. Aangezien het verzoek deels dient te worden toegewezen, ligt het – mede indachtig artikel 17 van het reglement van de commissie – in de rede dat de ziektekostenverzekeraar het entreegeld aan verzoekster vergoedt.

8. Het bindend advies

- 8.1. De commissie wijst het verzoek toe, met inachtneming van hetgeen is overwogen onder 7.8.
- 8.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden een bedrag ad € 37,--.

Zeist, 2 december 2009,

  
Voorzitter