



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen VGZ Zorgverzekeraar NV te Arnhem
Zaak : Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, buikwandcorrectie
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2020, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv,
Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2020
Zaaknummer : 202100711
Zittingsdatum : 3 november 2021

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. J.W. Heringa)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,
tegen

VGZ Zorgverzekeraar NV te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 24 mei 2021 heeft verzoekster per e-mail de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen. De commissie heeft verzoekster verzocht het entreegeld van € 37,-- te betalen en aanvullende informatie op te sturen. Op 3 juni 2021 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. De commissie heeft de ziektekostenverzekeraar op 29 juni 2021 gevraagd zijn standpunt aan hem kenbaar te maken. De ziektekostenverzekeraar heeft op 9 augustus 2021 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 10 augustus 2021 aan verzoekster gezonden.
- 2.3. Op 23 september 2021 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2021031513) per brief aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 24 september 2021 aan partijen gestuurd.
- 2.4. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 3 november 2021 gehoord.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 4 november 2021 aan het Zorginstituut gestuurd. Eveneens op 4 november 2021 heeft het Zorginstituut per brief aan de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2020 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering VGZ Ruime Keuze (Natura) (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen VGZ Aanvullend Beter en VGZ Tand Beter (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Verzoekster heeft in 2014 een gastric bypass ondergaan. Zij is daarna afgevallen. Als gevolg hiervan heeft zij last van huidoverschot rond haar buik.
- 3.3. De behandelend plastisch chirurg heeft op 13 oktober 2020 ten behoeve van verzoekster een aanvraag ingediend bij de ziektekostenverzekeraar voor een 'abdominoplastiek inclusief navel reïnsertie en reven fascia abdominalis' (hierna: buikwandcorrectie).
Hij heeft in de aanvraag over verzoekster verklaard:
*"Is er sprake van verminking volgens de pittsburgh rating scale 3: Nee
Is er sprake van onbehandelbaar smetten: Nee
Is er sprake van een ernstige bewegingsbeperking: Nee"*

- 
- 3.4. De ziektekostenverzekeraar heeft op 16 oktober 2020 per brief aan verzoekster meegedeeld dat de aanvraag voor een buikwandcorrectie is afgewezen.
- 
- 3.5. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Op 19 november 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar per brief aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 
- 3.6. Bij brief van 23 september 2021 heeft het Zorginstituut in zijn voorlopig advies aan de commissie het volgende verklaard:

"Verminking

Uit het dossier komt niet naar voren dat er sprake is van een ernstige verworven misvorming die vergelijkbaar is meteen PRS graad 3 of een verminking van de buikwand die in ernst is te vergelijken met een derdegraads verbranding.

Er is dus geen sprake van verminking zoals deze is omschreven in artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering[en] en de VAV-werkwijzer.

Lichamelijke functiestoornissen

Uit het dossier kan worden opgemaakt dat verzoekster klaagt over jeuk in de huidplooi. Uit het dossier blijkt niet of sprake is van behandeling van jeuk. Deze klachten kunnen daarom niet als chronische (> 6 maanden), onbehandelbare smetten worden geduid. Daarbij is niet op te maken of verzoekster volgens de landelijke richtlijn verpleging en verzorging 'Smetten (intertrigo) preventie en behandeling' is behandeld.

Verder blijkt ook geen sprake van andere aantoonbare lichamelijke functiestoornissen zoals bedoeld in de regelgeving.

Conclusie

Op basis van het dossier is geen sprake van verminking of van aantoonbare lichamelijke functiestoornissen. Verzoekster voldoet niet aan de voorde zorg in geschil geldende specifieke indicatievoorwaarden."

4. Geschil

- 
- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie gevraagd te beslissen dat zij aanspraak heeft op een buikwandcorrectie ten laste van de zorgverzekering of de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 
- 4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

5. Bevoegdheid van de commissie

- 
- 5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel 10 van de voorwaarden van de zorgverzekering en artikel 7 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering.

6. Beoordeling

- 
- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over plastische chirurgie zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 



6.2. Verzoekster is na een bariatrische ingreep afgevallen. Door het gewichtsverlies is huidoverschot op haar buik ontstaan. Dit huidoverschot beperkt verzoekster in haar dagelijks leven en zij ervaart hiervan veel hinder. Zo jeuken de huidplooien, en ondanks dat deze plooien worden ingesmeerd, wordt de jeuk met de dag erger. Naar het oordeel van de behandelend plastisch chirurg zou een buikwandcorrectie de klachten kunnen verhelpen, maar de ziektekostenverzekeraar wil een dergelijke ingreep niet vergoeden. Hierdoor heeft verzoekster het gevoel dat zij niet serieus wordt genomen. Volgens haar wordt alleen gekeken naar de regels en niet naar het persoonlijke verhaal. Bovendien geldt dat er op elke regel ook een uitzondering mogelijk is.



6.3. De ziektekostenverzekeraar heeft de aanvraag afgewezen, omdat een verzekeringsindicatie ontbreekt. Er is geen sprake van een functionele beperking of verminking zoals bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering. Dat zij niet aan de gestelde voorwaarden voldoet, blijkt ook uit de door de plastisch chirurg ingediende aanvraag, waarin wordt verklaard dat bij verzoekster geen sprake is van Pittsburgh Rating Scale graad 3, onbehandelbaar smetten of een ernstige bewegingsbeperking.



Zorgverzekering



6.4. De commissie overweegt dat de zorgverzekering dekking biedt voor plastisch chirurgische behandelingen, waaronder een buikwandcorrectie. Voorwaarde hierbij is dat bij de verzekerde een (verzekerings)indicatie bestaat in de vorm van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis dan wel verminking als bedoeld in artikel 21 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Genoemde bepaling is gebaseerd op de artikel 2.4 Bzv en 2.1 Rzv.



6.5. Bij een aantoonbare lichamelijke functiestoornis kan in dit verband worden gedacht aan een ernstige bewegingsbeperking dan wel onbehandelbaar smetten in de huidplooien.



Een ernstige bewegingsbeperking is aanwezig indien de overhangende buikhuid in staande positie meer dan een kwart van de lengte af van het bovenbeen bedekt. Dit blijkt uit een toelichting op de wijziging van de onderliggende regelgeving waarmee de - voordien uitgesloten - buikwandcorrectie onder de verzekerde zorg is gebracht. Uit de verklaring van de behandelend plastisch chirurg op de ingediende aanvraag blijkt dat een ernstige bewegingsbeperking bij verzoekster niet aan de orde is.



Verzoekster stelt dat zij vanwege de overhangende huid verschillende fysieke ongemakken heeft. De commissie merkt hierover op dat de wetgever in dit verband een beperkte invulling heeft willen geven aan het begrip ernstige bewegingsbeperking. De door verzoekster genoemde fysieke ongemakken vallen hier niet onder en kunnen daarom geen (verzekerings)indicatie vormen voor de aangevraagde behandeling. Hiermee is geenszins gezegd dat de commissie de door verzoekster gestelde fysieke ongemakken niet serieus neemt of bagatelliseert.



6.6. Een aantoonbare lichamelijke functiestoornis kan ook bestaan in geval van chronisch onbehandelbaar smetten in de huidplooien. Dit zijn door een dermatoloog niet te voorkomen of niet te genezen smetten in de huidplooien die daar altijd aanwezig zijn waarbij een operatie nog de enige oplossing van het probleem vormt. Verzoekster heeft klachten van jeuk, maar het is onduidelijk hoe lang deze bestaan en of zij hiervoor wordt behandeld door een dermatoloog. Voor zover al sprake is van smetklachten kan niet worden gesproken van *onbehandelbaar* smetten.



6.7. Verminking is aan de orde in geval van een ernstige misvorming, die al dan niet met weefseldefecten gepaard gaat. Gelet op de ontstaansgeschiedenis van de term 'verminking' in de huidige regelgeving gaat het daarbij om verworven aandoeningen, zoals misvorming van de handen door reumatoïde artritis, misvorming door verlamming van de aangezichtszenuw, misvorming door brandwonden, replantatie van ledematen, reconstructie van geamputeerde ledematen of van geamputeerde mammae. Verminking in deze zin is bij verzoekster niet aan de orde. Van verminking kan voorts worden gesproken bij een huid- of contourafwijking volgens de Pittsburgh Rating Scale (PRS) graad 3. De behandelend plastisch chirurg van verzoekster heeft op de ingediende aanvraag verklaard dat verzoekster hier niet aan voldoet. Het tegendeel is door

verzoekster niet aannemelijk gemaakt zodat de commissie tot het oordeel komt dat bij verzoekster geen sprake van verminking als bedoeld in van de voorwaarden van de zorgverzekering.

- 6.8. Verzoekster voldoet niet aan de voorwaarden zoals genoemd in artikel 21 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Daarom heeft zij geen aanspraak op een buikwandcorrectie ten laste van deze verzekering.

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 6.9. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor een buikwandcorrectie, zodat het verzoek niet op grond van die verzekering kan worden ingewilligd.

Hetgeen verzoekster verder heeft aangevoerd, met name dat alleen naar de regels wordt gekeken, maakt het voorgaande niet anders. De commissie heeft gelezen en gehoord (en neemt ook aan) dat verzoekster serieuze klachten ervaart. Dat neemt niet weg dat de commissie moet beoordelen of wordt voldaan aan de strenge eisen die gelden voor vergoeding van plastische chirurgie in het kader van de zorgverzekering.

- 6.10. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 10 november 2021,

J.W. Heringa

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

2. Nationale wet- en regelgeving
(bron: <https://wetten.overheid.nl/zoeken>)

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

1. De zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet omvatten de vormen van zorg of diensten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, met uitzondering van vormen van zorg of diensten die voor de verzekerden kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift.
2. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

(...)

Artikel 2.4

1. Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden, zintuiglijk gehandicaptenzorg als bedoeld in artikel 2.5a, zorg bij stoppen-met-rokenprogramma als bedoeld in artikel 2.5b, geriatrische revalidatie als bedoeld in artikel 2.5c en paramedische zorg als bedoeld in artikel 2.6, met dien verstande dat:

(...)

- b. behandeling 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;
 - 3°. verlamde of verslachte bovenoogleden, indien de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
 - 4°. de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemelte spleten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
 - 5°. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transsexualiteit;

(...)

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.1

De zorg bedoeld in artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering omvat niet:

- a. behandeling van bovenoogleden die verlamd of verslapt zijn, anders dan bij verlamming of verslapping die een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- b. liposuctie van de buik;
- c. het operatief plaatsen en het operatief vervangen van een borstprothese, anders dan na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie of bij agenese of aplasie van de borst bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij een vastgestelde transsexualiteit;
- d. het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak;

(...)

.

- Voorlichting over het gebruik van de apparatuur
- Psychosociale zorg als dit noodzakelijk is in verband met problemen met de gestoorde gehoorfunctie
- Hulp bij het stellen van een diagnose bij spraak- en taal(ontwikkelings)stoornissen voor kinderen.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kunt u terecht

Bij een multidisciplinair team van deskundigen verbonden aan een audiologisch centrum, onder verantwoordelijkheid van een medisch specialist. Het audiologisch centrum moet als zodanig zijn toegelaten volgens de Wet toelating zorginstellingen (WTZi).

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts, audicien, bedrijfsarts, medisch specialist, jeugdarts/arts in de jeugdgezondheidszorg, specialist ouderengeneeskunde of arts voor verstandelijk gehandicapten.

Artikel 21. Plastische en/of reconstructieve chirurgie

Dit krijgt u vergoed

Uw recht op geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 16 (Medisch specialistische zorg) omvat behandeling van plastisch-chirurgische aard, als het gaat om:

1. Correctie van afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
2. Correctie van verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, een ongeval of een geneeskundige verrichting;
3. Correctie van verlamde of verslapte bovenoogleden, als de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
4. Correctie van aangeboren misvormingen in verband met lip-, kaak- en gehemelte-spleten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken en misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
5. Correctie van primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transseksualiteit;
6. Het operatief plaatsen en het operatief vervangen van een borstprothese na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie;
7. Het operatief plaatsen en het operatief vervangen van een borstprothese als sprake is van agenesie/aplasie van de borst (het ontbreken van borstvorming) bij vrouwen en bij man-vrouw transgenders, waarbij sprake is van de volgende criteria:
 - Afwezigheid van een inframammairplooï (plooï onder de borst) en;
 - Klierweefsel van minder dan 1 cm, aangetoond door middel van een echo.

Wat wordt bedoeld met behandelingen van plastische chirurgische aard?

Onder behandelingen van plastische chirurgische aard wordt verstaan: vorm- of aspect veranderende ingrepen van het uiterlijk. Deze ingrepen zijn niet beperkt tot het specialisme plastische chirurgie.

Wanneer heeft u recht op behandelingen van plastisch-chirurgische aard?

In de 'Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch-chirurgische aard' vindt u een nadere toelichting wanneer u recht heeft op deze zorg bij de genoemde criteria. Deze werkwijzer is opgesteld door de Vereniging van artsen, tandartsen en apothekers werkzaam bij (zorg)verzekeraars (tegenwoordig Vereniging Artsen Volksgezondheid, VAV), Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en het Zorginstituut Nederland. U vindt deze werkwijzer op onze website.

U heeft geen recht op:

- a. Behandeling van verlamde of verslaptte bovenoogleden, anders dan genoemd in punt 3 van dit artikel
- b. Liposuctie van de buik
- c. Het operatief plaatsen en/of verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak of om cosmetische redenen.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt het eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kunt u terecht

Bij een medisch specialist.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist of kaakchirurg.

Toestemming

U heeft vooraf toestemming nodig. Bij de aanvraag moet u een toelichting van uw behandelend medisch specialist meesturen. Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

Artikel 22. Transplantatie van weefsels en organen

Dit krijgt u vergoed

Uw recht op geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 16 (Medisch specialistische zorg) omvat transplantaties van weefsels en organen, uitsluitend als de transplantatie is verricht in een land van de Europese Unie of EER-lidstaat. Als de transplantatie wordt verricht in een ander land, dan heeft u alleen recht op deze zorg als de donor uw echtgenoot, geregistreerde partner of bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad is en in dat land woont.

De in dit artikel genoemde zorg omvat ook de vergoeding van de kosten van:

- a. Specialistisch geneeskundige zorg in verband met de selectie van de donor;
- b. Specialistisch geneeskundige zorg in verband met de operatieve verwijdering van het transplantatiemateriaal bij de gekozen donor;
- c. Het onderzoek, de conservering, de verwijdering en het vervoer van het postmortale transplantatiemateriaal, in verband met de voorgenomen transplantatie;
- d. De in deze verzekeringsvoorwaarden geregelde zorg aan de donor, gedurende maximaal 13 weken, dan wel een half jaar in geval van een levertransplantatie, na de datum van ontslag uit de instelling waarin de donor ter selectie of verwijdering van het transplantatiemateriaal opgenomen is geweest, voor zover die zorg verband houdt met die opname;
- e. Het vervoer van de donor in de laagste klasse van een openbaar middel van vervoer binnen Nederland of, als dit medisch noodzakelijk is, vervoer per auto binnen Nederland, in verband met de selectie, opname en ontslag uit het ziekenhuis en met de zorg, bedoeld onder d;
- f. Het vervoer van en naar Nederland, gemaakt door een in het buitenland wonende donor, in verband met transplantatie van een nier, beenmerg of lever bij een verzekerde in Nederland en overige kosten gemoeid met de transplantatie die verband houden met het wonen van de donor in het buitenland. De verblijfskosten in Nederland en gederfde inkomsten vergoeden wij niet.

Als de donor een zorgverzekering heeft afgesloten, dan komen de kosten van vervoer bedoeld onder e en f voor rekening van de zorgverzekering van de donor.