



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen ONZV Ziektekostenverzekeraar N.V. te Houten en ONVZ Aanvullende Verzekering N.V. te Houten

Zaak : Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, autologe lipofilling (AFT), indicatie, verminking

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2020, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2020

Zaaknummer : 202002266

Zittingsdatum : 28 april 2021

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,
tegen

- 1) ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V. te Houten, en
- 2) ONZV Aanvullende Verzekering N.V. te Houten,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 5 januari 2021 heeft verzoeker per klachtenformulier de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 8 maart 2021 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 8 maart 2021 aan verzoeker gezonden.
- 2.3. Op 1 april 2021 heeft Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2021009416) per brief aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een kopie is op 6 april 2021 aan partijen gestuurd.
- 2.4. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 28 april 2021 gehoord.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2020 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de ONZV Vrije Keuze Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen ONVZ Vrije Keuze Extrafit en ONVZ Wereldfit (hierna samen te noemen: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Op 18 juni 2020 heeft de behandelend plastisch chirurg per brief over verzoeker verklaard:
"(...) Reden van komst: Lipoatrofie subcutis wang rechts (verw. via Dermatologie). Beeldvorming vervaardigd, geen PA bekend. Er is contact geweest met [naam arts] (AMC) > faciale variant diepe morfea of lupus profundus. Parry Rhomborg minder waarschijnlijk. MRI, danwel biopt aangeraden. (...)
Anamnese: vanaf 2015 een deukje op de rechterwang opgevallen. Sinds het laatste jaar lijkt deze deuk toe te nemen. Het valt nu ook de omgeving op. Is geen trauma aan vooraf gegaan, wel 2x een gaatje in de kies gehad in de rechter bovenkaak waarvoor deze gevuld is. Geen jeuk of pijnklachten, wel bij het lachen het gevoel dat het wat strakker staat. Smeert dagelijks crème op het gezicht, maar verder geen behandeling hiervoor gehad. Familie anamnese negatief voor deze aandoening.

Lichamelijk onderzoek: Rechter wang delle zichtbaar onder orbitarand rechts. 4 cm breed en ca. 3 cm hoog. Ca. 5-10 mm dieper dan contralaterale zijde. Overliggende huid van andere kwaliteit dan omliggende huid. Driehoekvorming.

Aanvullend onderzoek:

28-5-2020 MRI aangezicht: conform echografie wordt er afname van het subcutane vetweefsel gezien over het zygoma rechts, assymetrisch. Geen aanwijzing voor onderliggende structurele ossale afwijkingen, geen spieratrofie.

30-1-2020 Echo aangezicht: geen eerder onderzoek ter vergelijking. Huid ligt direct op het bot, minder subcutaan vet dan linker jukbeen. Geen duidelijke atrofie van de spieren. Eventueel MRI aangezicht voor betere analyse. Lijkt geen huidaandoening te zijn.

(...)

Conclusie: Atrofie subcutane vetweefsel t.p.v. wang recht infraorbitaal gebied.

Beleid:

- Behandeling zou bestaan uit lipofilling van het gebied (donorside abdomen). Dit kan onder lokale verdoving. Liposuctie/filling uitgelegd evenals de mogelijke complicaties te weten infectie, bloeding, onregelmatigheden, cystevorming en ook het feit dat een deel van het vetweefsel niet in zal groeien waardoor mogelijk meerdere tempi nodig zijn.

- We behandelen de symptomen, dus de delle, maar niet de onderliggende aandoening. Advies is met de dermatoloog te bespreken of een bipt van aanvullende waarde is en evt. therapie zou aanpassen. (...)

- 3.3. De behandelend plastisch chirurg heeft ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag voor autologe lipofilling van het gelaat ingediend. De ziektekostenverzekeraar heeft op 10 juli 2020 per e-mail aan verzoeker meegedeeld dat de aanvraag is afgewezen.
- 3.4. Op 10 september 2020 zijn de arts-assistent plastische chirurgie en de behandelend plastisch chirurg opgekomen tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar en hebben zij in dit verband het volgende verklaard:
"(...) Wij zijn van mening dat er wel degelijk sprake is van stadium 3 faciale lipo-artrophie. De aangeleverde foto's scheppen een minder ernstig beeld dan bij de fysieke beoordeling. Hiernaast is er bij de foto's sprake van een statisch beeld, echter is het gelaat veelal dynamisch en valt met name bij beweging/mimiek het verlies aan volume op. Tevens wordt er op de MRI aangetoond dat er geen subcutis is en de huid direct op de onderliggende spierfascie is gelegen (zie MRI-verslag). Wij zijn van mening dat lipofilling goed effect zal hebben op de klachten en de assymetrie van het gelaat. (...)"
- 3.5. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar verschillende malen om heroverweging van zijn afwijzende beslissing gevraagd. Op 4 augustus 2020, 10 september 2020 en 13 oktober 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar per e-mail aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.6. Op 1 april 2021 heeft het Zorginstituut per brief het volgende verklaard:
"(...) Standpunt AFT
Het Zorginstituut heeft in 2017 een standpunt ingenomen over Autologe vettransplantatie (AFT of lipofilling) bij partiële defecten van het hoofd/hals gebied. Daarin is bepaald dat AFT als effectief kan worden beschouwd en voldoet aan 'de stand van de wetenschap en praktijk' bij meerdere indicaties waaronder het Parry-Romberg Syndroom en lokale (lineaire) sclerodermie. Ook is in het standpunt bepaald dat de afwijkingen in het hoofd-/halsgebied als gevolg van het Parry-Romberg syndroom en lokale (lineaire) sclerodermie bij elke gradering (dus van mild tot ernstig) aan te merken zijn als een 'verminking' in de zin van het Bzv.

In het standpunt wordt toegelicht dat het in het geval van het Parry-Romberg syndroom en lokale (lineaire) sclerodermie gaat om een afwijking die het gevolg is van een aangeboren ziekte. Daarmee wordt voldaan aan een deel van de wettelijke omschrijving 'verminking'. Het betreft verder een afwijking die gepaard gaan met opvallende asymmetrie in het gelaat die in het dagelijks leven niet bedekbaar is. De afwijkingen bij het Parry-Romberg syndroom en lokale (lineaire) sclerodermie zijn altijd zodanig dat zij als ernstige misvorming en derhalve als 'verminking' in de zin van het Bzv kunnen worden aangemerkt.

Indicatie verzoeker

Ondanks dat niet vaststaat dat er sprake is van een vorm van lokale sclerodermie dan wel het Parry-Romberg syndroom, zijn andere oorzaken voldoende uitgesloten en is het beeld het meest passend bij deze diagnoses. Daarbij is het onwenselijk dat verdere invasieve diagnostiekvormen (in dit geval weefselbiopten) worden ingezet teneinde de diagnose met meer zekerheid te kunnen vaststellen. Dit omdat weefselbiopten littekens in het gelaat geven, mogelijk niet tot een andere of bewezen diagnose leiden en onwaarschijnlijk is dat ze van invloed zijn op het beleid.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier is voldoende aangetoond dat bij verzoeker sprake is van een vorm van lokale sclerodermie dan wel het Parry-Romberg syndroom. Verzoeker kan daarom aanspraak maken op vergoeding van AFT ten laste van de basisverzekering. (...)"

4. Geschil
4.1. Verzoeker heeft aan de commissie gevraagd te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden een machtiging te verstrekken voor de vergoeding van de gevraagde lipofilling van het gelaat.
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 4.78 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering.
6. Beoordeling
6.1. De commissie stelt vast dat partijen ter zitting overeenstemming hebben bereikt. Naar aanleiding van het advies dat het Zorginstituut heeft uitgebracht, heeft de ziektekostenverzekeraar besloten met terugwerkende kracht een machtiging te verlenen voor de gevraagde autologe lipofilling van het gelaat. Indien de behandeling is aangevangen in 2020 en in dit verband een zogenoemde DBC is geopend, zal de ziektekostenverzekeraar de behandeling vergoeden. Als de behandeling in 2021 is gestart, is de zorgverzekeraar waarbij verzoeker dat jaar tegen ziektekosten is verzekerd gehouden de machtiging die door de ziektekostenverzekeraar wordt verstrekt over te nemen. Leidt dit onverhoopt tot problemen dan treden partijen met elkaar in overleg om tot een passende oplossing te komen. De ziektekostenverzekeraar zal ook het door verzoeker aan de commissie betaalde entreegeld van € 37,-- vergoeden. Verzoeker heeft verklaard dat hiermee het geschil is opgelost. De commissie zal het verzoek om die reden inhoudelijk niet verder behandelen.
7. Bindend advies
7.1. De commissie stelt hetgeen onder 6.1 is omschreven vast.

Zeist, 12 mei 2021


M.T.C.J. Nauta-Sluijs

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;

(...)

.

Dit moet u zelf doen

U moet vooraf een verwijzing hebben

Voor u naar de medisch specialist gaat, moet u een verwijzing hebben van uw huisarts, een andere medisch specialist, een jeugdarts, de bedrijfsarts, arts voor verstandelijk gehandicapten of een specialist ouderengeneeskunde ('verpleeghuisarts'). Voor zwangerschap en bevalling mag ook de verloskundige verwijzen. Bij acute zorg¹ is geen verwijzing nodig.

Soms moet u ons vooraf toestemming vragen

Als u wordt opgenomen voor behandelingen die op de limitatieve lijst machtigingen medisch-specialistische zorg² staan, vergoeden wij alleen als wij vooraf toestemming³ hebben gegeven.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

Wij vergoeden opname alleen bij verzekerde zorg

De basisverzekering vergoedt de opname in verband met de medisch-specialistische behandeling of kaakchirurgie alleen als de basisverzekering de behandeling zelf ook vergoedt.

Wij vergoeden maximaal 3 jaar doorlopende opname

Bij een onderbreking van maximaal 30 dagen zien wij de opname ook als doorlopend. Is de onderbreking voor vakantie- of weekendverlof? Dan tellen de verlofdagen mee voor het volmaken van de 3 jaar.

Let op bij opname in het buitenland

In het buitenland gelden soms andere richtlijnen voor zorg en opname. En er gelden aparte vergoedingen voor spoedeisende en voor niet-spoedeisende (voorzien) zorg in het buitenland. Gaat u naar het buitenland voor een ziekenhuisopname? Neemt u vooraf contact op met ons Service Center. Dan voorkomt u vervelende (financiële) verrassingen achteraf. Bij Superfit en Wereldfit moet u vooraf contact opnemen met onze ZorgConsulent.

Plastische chirurgie

Als behandeling van uw uiterlijk medisch noodzakelijk is.

Wat u vergoed krijgt

Bij plastische chirurgie denken veel mensen aan het aanpassen van het uiterlijk om er beter uit te zien. Plastische chirurgie is echter veel meer. Het kan ook gaan om operaties om een aangeboren afwijking te herstellen. Of om het lichaam te herstellen na een ongeluk, zoals bij brandwonden. Ook als er bij een medische behandeling een litteken overblijft waar u last van heeft, kan plastische chirurgie een oplossing zijn.

De **basisverzekering** vergoedt plastische chirurgie bij:

1. afwijkingen van het uiterlijk als u daardoor een aantoonbare lichamelijke functiestoornis⁴ heeft
2. verminkingen⁵ door een ziekte, ongeval of medische behandeling
3. verlamde of verslapte bovenoogleden als dat uw gezichtsveld ernstig beperkt of als dat komt door een aangeboren afwijking of door een chronische aandoening die al bij uw geboorte aanwezig was
4. het verwijderen van borstprothesen als dat medisch noodzakelijk is
5. het plaatsen of vervangen van borstprothesen als uw borst (geheel of gedeeltelijk) geamputeerd is
6. het plaatsen of vervangen van borstprothesen als bij u als (trans)vrouw het borstweefsel niet ontwikkeld is (agenesie) of ontbreekt (aplasie)
7. deze aangeboren afwijkingen: een lip-, kaak- en gehemeltepleet, misvorming van botten in het gezicht, goedaardige woekering van bloedvaten of lymfevaten of bindweefsel, een geboortevlek, misvorming van urinewegen en geslachtsorganen
8. behandeling van primaire geslachtskenmerken bij vastgestelde transseksualiteit

¹ Zorg die niet kan worden uitgesteld, bijvoorbeeld bij een levensbedreigende situatie

² Een lijst met behandelingen die u alleen vergoed krijgt na toestemming. Hij is bij alle zorgverzekeraars hetzelfde

³ Meer informatie leest u op: www.onvz.nl/zelf-regelen/toestemming-vragen

⁴ Voorbeeld: u kunt uw hand niet goed dichtdoen, en daardoor moeilijk dingen vastpakken

⁵ Een niet-aangeboren ernstige misvorming van een lichaamsdeel, die in het dagelijks leven meteen opvalt. Camoufleren met kleding of make-up is niet mogelijk. Bijvoorbeeld: brandwonden, amputatie

De basisverzekering vergoedt in die gevallen ook verpleging en verzorging, paramedische zorg¹, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

Is het nodig dat u wordt opgenomen? Dan vergoedt de basisverzekering de ziekenhuisopname.

De **aanvullende verzekeringen** Optifit en hoger vergoeden bepaalde plastische chirurgie als de basisverzekering die niet vergoedt.

Optifit vergoedt plastische chirurgie bij:

- correctie van flaporen bij kinderen tot 18 jaar
- een aantoonbare lichamelijke functiestoornis, als het gaat om correctie van bovenoogleden of om het vervangen van borstprothesen

Topfit en Superfit vergoeden plastische chirurgie bij:

- correctie van flaporen bij kinderen tot 18 jaar
- een aantoonbare lichamelijke functiestoornis

Hier kunt u terecht

Plastische chirurgie wordt meestal door een plastisch chirurg uitgevoerd. Maar ook een andere medisch specialist², zoals een oogarts of KNO-arts kan plastisch chirurgische operaties uitvoeren.

Deze medisch specialisten werken in het ziekenhuis of een zelfstandig behandelcentrum (ZBC).

Dit wordt niet vergoed

- plastische chirurgie zonder medische noodzaak
- wegzuigen van onderhuids vet (liposuctie) van de buik
- borstvergroting
- behandelingen tegen snurken door operatie van de huid (uvuloplastiek)

Meer uitleg over de vergoeding van plastische chirurgie staat in het document plastische chirurgie³.

Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	In bepaalde gevallen
Startfit	Geen vergoeding
Extrafit	Geen vergoeding
Benefit	Geen vergoeding
Optifit	• Bij functiestoornis: bovenoogleden en vervangen borstprothesen • Correctie flaporen tot 18 jaar
Topfit	• Bij functiestoornis: bovenoogleden en vervangen borstprothesen • Correctie flaporen tot 18 jaar
Superfit	• Bij functiestoornis: bovenoogleden en vervangen borstprothesen • Correctie flaporen tot 18 jaar

¹ Fysiotherapie, oefentherapie, logopedie, ergotherapie en diëtetiek

² Een anesthesioloog, cardioloog, chirurg, cardio-thoracaal chirurg, dermatoloog, gynaecoloog, internist, KNO-arts, kinderarts, klinisch geneticus, klinisch geriater, longarts, maag-lever-darmarts, arts-microbioloog, neurochirurg, neuroloog, nucleair geneeskundige, oogarts, orthopedisch chirurg, patholoog, plastisch chirurg, psychiater, radioloog, radiotherapeut, reumatoloog, revalidatiearts, sportarts of uroloog

³ Heeft u vragen of zoekt u een document? We helpen u graag. www.onvz.nl - 030 639 62 22

Wat u zelf betaalt

Het eigen risico

Voor de zorg die onder de basisverzekering valt, geldt het eigen risico. Voor de zorg die onder de aanvullende verzekering valt, geldt geen eigen risico.

Geen eigen bijdrage

Voor deze zorg betaalt u geen eigen bijdrage.

Dit moet u zelf doen

U moet vooraf een verwijzing hebben

Voor u naar de medisch specialist gaat, moet u een verwijzing hebben van uw huisarts, een andere medisch specialist, een jeugdarts, de bedrijfsarts, arts voor verstandelijk gehandicapten of een specialist ouderengeneeskunde ('verpleeghuisarts'). Bij acute zorg¹ is geen verwijzing nodig.

Meestal moet u ons vooraf toestemming vragen

Behandelingen die op de limitatieve lijst machtigen medisch-specialistische zorg² staan, vergoeden wij alleen als wij vooraf toestemming hebben gegeven. Ook voor vergoeding vanuit de aanvullende verzekeringen moet u vooraf toestemming³ hebben gekregen.

Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed. En welke wijzigingen u moet doorgeven.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Hier is gebruikelijke zorg: de zorg die medisch specialisten normaal gesproken verlenen. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Wachtlijst? Neem contact op met de ZorgConsulent

U kunt onze ZorgConsulent vragen te bemiddelen om uw wachttijd te verkorten. Ook voor andere vormen van zorgbemiddeling kunt u bij de ZorgConsulent terecht.

Vruchtbaarheidsbehandelingen

Als het niet lukt om zwanger te worden.

Wat u vergoed krijgt

Blijft door een medische oorzaak een zwangerschap uit, maar heeft u wel een kinderwens? En bent u jonger dan 43 jaar?

Dan vergoedt de **basisverzekering**:

- medisch-specialistisch(e) onderzoek en behandeling
- kunstmatige inseminatie (ki) of intra-uteriene inseminatie (iui)
- in-vitrofertilisatie (ivf) en intracytoplasmatische sperma-injectie (icsi), inclusief het invriezen (cryopreserveren) van embryo's
- geneesmiddelen die daarbij nodig zijn

Voor ivf en icsi gelden ook nog andere voorwaarden. Daarom staan deze apart vermeld.

Dit wordt niet vergoed

- kosten van sperma- of eiceldonatie. Dit geldt voor de kosten van de spermacellen of eicellen. En voor de kosten van eventuele medische behandeling van de donor om de spermacellen of eicellen te verkrijgen.

¹ Zorg die niet kan worden uitgesteld, bijvoorbeeld bij een levensbedreigende situatie

² Een lijst met behandelingen die u alleen vergoed krijgt na toestemming. Hij is bij alle zorgverzekeraars hetzelfde

³ Meer informatie leest u op: www.onvz.nl/zelf-regelen/toestemming-vragen