

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen De Friesland Zorgverzekeraar N.V. te B en Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist
Zaak : Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, buikwandcorrectie, indicatie
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2019, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2019
Zaaknummer : 202100221
Zittingsdatum : 15 december 2021

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

- 1) De Friesland Zorgverzekeraar N.V. te B, en
- 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 2 augustus 2021 heeft verzoeker per brief de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen. De commissie heeft verzoeker verzocht het entreegeld van € 37,- te betalen en aanvullende informatie op te sturen. Verzoeker heeft hieraan voldaan; op 18 augustus 2021 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 15 oktober 2021 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie hiervan is op 19 oktober 2021 aan verzoeker gezonden. Op 18 november 2021 heeft verzoeker op de brief van de ziektekostenverzekeraar gereageerd. Een kopie hiervan is ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 2.3. Op 22 november 2021 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2021040790) per brief aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 23 november 2021 aan partijen gezonden.
- 2.4. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 15 december 2021 gehoord.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 16 december 2021 aan het Zorginstituut gestuurd. Op 20 december 2021 heeft het Zorginstituut per brief aan de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2019 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Alles Verzorgd Polis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen AV Standaard en AV Tand Optimaal (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Eind 2019 heeft de behandelend plastisch chirurg namens verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag voor een buikwandcorrectie ingediend. De ziektekostenverzekeraar heeft op 31 december 2019 per brief aan verzoeker meegedeeld hiervoor geen machtiging te verlenen.
- 3.3. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar verschillende keren om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Onder meer op 21 januari 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar per brief aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

- 3.4. Bij brief van 22 november 2021 heeft het Zorginstituut in zijn voorlopig advies aan de commissie het volgende verklaard:

"Lichamelijke functiestoornis

Uit het dossier blijkt niet dat er sprake is van aantoonbare lichamelijke functiestoornis.

Uit het dossier kan worden opgemaakt dat er klachten bestaan over bewegingsbeperkingen bij het sporten. Dit is niet te zien als een ernstige bewegingsbeperking zoals bedoeld in de regelgeving.

Uit de regelgeving kan worden opgemaakt dat voor ernstige bewegingsbeperking is vereist dat in een staande positie het buikschort minimaal een kwart van de lengte van de bovenbenen dekt.

Hiervan is bij verzoeker geen sprake. Dit wordt ook ondersteund door de beschikbare foto's in het dossier. Ook blijkt uit het dossier niet dat er sprake is van onbehandelbare smetten.

Verminking

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

Conclusie

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

4. Geschil

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie gevraagd te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de aangevraagde buikwandcorrectie (gedeeltelijk) te vergoeden.

- 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 2.12 van de voorwaarden van de zorgverzekering en artikel 2.10 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 en uit het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering (Rv) 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. Verzoeker verklaart dat hij met behulp van het online afslankprogramma 'NewHabits' van de ziektekostenverzekeraar veel gewicht heeft verloren. Als beloning, en ter afsluiting van dit traject, zou hij graag een buikwandcorrectie laten uitvoeren. Verzoeker stelt zich op het standpunt dat de ziektekostenverzekeraar deze ingreep, desnoods uit coulance, moet vergoeden. Dit omdat bij aanmelding voor het desbetreffende afslankprogramma aan hem kenbaar is gemaakt dat een langdurig nazorgtraject zou volgen. Niet alleen hierdoor, maar ook door het algehele programma is bij verzoeker de indruk gewekt dat ook de aangevraagde buikwandcorrectie door de ziektekostenverzekeraar zou worden vergoed.

- 6.3. De ziektekostenverzekeraar heeft de aanvraag voor een buikwandcorrectie afgewezen, omdat een verzekeringsindicatie in de vorm van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of verminking ontbreekt. Dit blijkt uit zowel de ingediende aanvraag als de nadien opgestuurde foto's. Verzoeker stelt dat uit de communicatie rond het 'NewHabits'-afslankprogramma volgt dat ook een buikwandcorrectie wordt vergoed. De ziektekostenverzekeraar deelt dit standpunt niet, omdat het afslankprogramma geen deel uitmaakt van de verzekeringsvoorwaarden. Daarnaast blijkt nergens uit dat een buikwandcorrectie onderdeel is van het 'NewHabits'-programma en dat de ingreep zonder meer door de ziektekostenverzekeraar wordt vergoed. Gelet op het voorgaande, in combinatie met de verwachte precedentwerking, is de ziektekostenverzekeraar niet bereid tot een - gedeeltelijke - coulancevergoeding.

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 3.15 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 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, zo blijkt uit een toelichting op de wijziging van de onderliggende regelgeving waarmee de - voordien uitgesloten - buikwandcorrectie onder de verzekerde zorg is gebracht. Uit de overgelegde foto's blijkt dat dit bij verzoeker niet aan de orde is.
- 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 altijd daar aanwezig zijn en waarbij de reden van het conservatief falen duidelijk te objectiveren is, zodat een operatie nog de enige oplossing van het probleem vormt. Gesteld noch gebleken is dat verzoeker last heeft van smetten, zodat niet kan worden gesproken van onbehandelbaar smetten.
- 6.7. Van verminking is sprake 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 aangezichtsenuw, misvorming door brandwonden, replantatie van ledematen, reconstructie van geamputeerde ledematen of van geamputeerde mammae. Verminking in deze zin is bij verzoeker niet aan de orde.
Van verminking kan voorts worden gesproken bij een huid- of contourafwijking volgens de Pittsburgh Rating Scale (PRS) graad 3. Het Zorginstituut concludeert in zijn advies van 22 november 2021 dat bij verzoeker geen sprake is van een verminking van de buikwand die in ernst is te vergelijken met een derdegraads verbranding of kwalificeert als PRS graad 3. De commissie volgt deze conclusie. Dit betekent dat bij verzoeker niet kan worden gesproken van verminking als bedoeld in van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 6.8. Verzoeker voldoet aldus niet aan de criteria zoals genoemd in artikel 3.15 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Daarom heeft hij 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.

Gewekt vertrouwen en coulance

- 6.10. Verzoeker heeft aangevoerd dat uit het 'NewHabits'-afslankprogramma volgt dat de ziektekostenverzekeraar na het afvallen zorg draagt voor een langdurig nazorgtraject. Van dit laatste heeft hij echter nog niets gemerkt en door het niet vergoeden van de buikwandcorrectie voelt verzoeker zich in de kou gezet.
De commissie begrijpt de stelling van verzoeker aldus dat ten tijde van de start van de deelname aan het 'NewHabits'-afslankprogramma bij hem door de ziektekostenverzekeraar de indruk is gewekt dat ook een buikwandcorrectie wordt vergoed. Hiertoe geldt dat op grond van artikel 150 Rv de stelplicht en bewijslast ter zake bij verzoeker rusten. Door verzoeker is in dit verband alleen een kopie van de deelnemersverklaring overgelegd. Uit deze deelnemersverklaring blijkt niet dat na afloop van het programma aanspraak bestaat op een buikwandcorrectie. Ook anderszins is dit niet gebleken zodat verzoeker zijn stelling niet aannemelijk heeft gemaakt.
Voor zover verzoeker stelt dat de ziektekostenverzekeraar een - gedeeltelijke - coulancevergoeding moet verlenen, geldt dat de commissie niet bevoegd is te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar uit coulance - dat wil zeggen in afwijking van de toepasselijke regelgeving en verzekeringsvoorwaarden - een vergoeding moet verlenen. Dit is slechts anders als blijkt dat de ziektekostenverzekeraar in strijd handelt met het eigen coulancebeleid of in geval de ziektekostenverzekeraar in vergelijkbare situaties wél een coulancevergoeding toekent. Gesteld noch gebleken is dat van het een of het ander sprake is.
- 6.11. Dit leidt tot de navolgende beslissing.
7. Bindend advies
- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 23 december 2021,

H.A.J. Kroon

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering (geldt in geval van niet-digitaal procederen)

Artikel 150

De partij die zich beroept op rechtsgevolgen van door haar gestelde feiten of rechten, draagt de bewijslast van die feiten of rechten, tenzij uit enige bijzondere regel of uit de eisen van redelijkheid en billijkheid een andere verdeling van de bewijslast voortvloeit.

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;

(...)

.

Let op! Onder logopedie wordt niet verstaan behandeling van taalontwikkelingsstoornissen in verband met een dialect en/of anderstaligheid. Stottherapie maakt wel deel uit van zorg zoals logopedisten plegen te bieden.

Wie mag deze zorg verlenen

Een logopedist die als 'kwaliteitsgeregistreerd' is ingeschreven in het Kwaliteitsregister Paramedici. U kunt dit controleren via kwaliteitsregisterparamedici.nl/raadplegenregister.

Verwijzing

U heeft een verwijzing nodig van de huisarts, tandarts, jeugdgezondheidszorgarts, arts voor verstandelijk gehandicapten, physician assistant, verpleegkundig specialist of medisch specialist. Voor een behandeling aan huis of in een instelling waar u verblijft heeft u een aparte verwijzing nodig.

Vergoeding

Als u kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder vergoeden wij de kosten volledig. Als u kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal 80% van het laagste tarief dat De Friesland heeft afgesproken met gecontracteerde zorgaanbieders.

Eigen risico

Deze zorg valt onder het eigen risico.

3.15 Plastische chirurgie

Inhoud zorg

U heeft recht op een behandeling van plastisch chirurgische aard als deze is bedoeld ter correctie van:

- a. afwijkingen in het uiterlijk die aantoonbare lichamelijke functiestoornissen veroorzaken;
- b. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting. Er is sprake van een verminking bij een ernstige verworven misvorming van een lichaamsdeel;
- c. verlamde of verslakte bovenoogleden, als de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft of het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening. Er is sprake van een ernstige gezichtsveldbeperking wanneer:
 - de overhang minimaal 50% van de pupil bedekt terwijl u ontspannen recht vooruit kijkt en;
 - het aannemelijk is dat de correctie van het bovenooglid de gezichtsveldvermindering oplost en;
 - de gezichtsveldbeperking tot belemmeringen in het dagelijkse functioneren leidt.
- d. de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak-, en gehemeltespleten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloed-

vaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;

e. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transseksualiteit;

f. agenesie/aplasie van de borst bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij een vastgestelde transseksualiteit. Onder agenesie/aplasie verstaan wij het ontbreken van borstvorming aan één of beide zijden, dat het gevolg is van of geassocieerd wordt met een zeldzame genetische aandoening. Bij man-vrouw transgenders verstaan wij onder agenesie/aplasie het ontbreken van borstvorming (aan één of beide zijden) na hormoontherapie.

Wie mag deze zorg verlenen

Een medisch specialist.

Uitsluitingen

U heeft geen recht op de volgende zorg:

a. behandeling van verlamde of verslapte bovenoogleden anders dan bij verlamming of verslapping die een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel als gevolg van een aangeboren afwijking of van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;

b. liposuctie van de buik;

c. het operatief plaatsen en het operatief vervangen van een borstprothese, tenzij sprake is van:

- een gehele of gedeeltelijke borstamputatie of;

- agenesie/aplasie van de borst bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij een vastgestelde transseksualiteit. Onder agenesie/aplasie verstaan wij het ontbreken van borstvorming aan één of beide zijden, dat het gevolg is van of geassocieerd wordt met een zeldzame genetische aandoening. Bij man-vrouw transgenders verstaan wij onder agenesie/aplasie het ontbreken van borstvorming (aan één of beide zijden) na hormoontherapie;

d. het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak;

e. behandeling van plagiocefalie en brachycefalie zonder craniosynostose met een redressiehelm.

Verwijzing

U heeft een verwijzing nodig van de huisarts, physician assistant, verpleegkundig specialist, arts voor verstandelijk gehandicapten, medisch specialist of kaakchirurg.

Toestemming vooraf

Voorafgaande schriftelijke toestemming van De Friesland is vereist. De aanvraag van de behandelend medisch specialist dient een uitgebreide omschrijving van en motivatie voor de gevraagde behandeling te omvatten. Ook dient u ons voor zover van toepassing de foto's toe te sturen die de medische fotograaf voor dit doel heeft gemaakt. U hoeft geen foto's toe te sturen als u een bovenooglidcorrectie aanvraagt.

Let op! Voor het in bezit krijgen van de foto's van de medische fotograaf brengt het ziekenhuis u mogelijk kosten in rekening. Deze kosten vergoeden wij niet.

Vergoeding

Als u kiest voor een gecontracteerde zorgaanbieder vergoeden wij de kosten volledig. Als u kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geldt een vergoeding van maximaal 80% van het gemiddelde tarief dat De Friesland heeft afgesproken met gecontracteerde zorgaanbieders.

Eigen risico

Deze zorg valt onder het eigen risico.

3.16 Revalidatie

3.16.1 Medisch specialistische revalidatie

Inhoud zorg

U heeft recht op onderzoek, advisering en behandeling van medisch specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatietechnische aard. Deze zorg moet voor u het meest doeltreffend zijn ter voorkoming, vermindering of overwinning van een handicap. Het dient hierbij te gaan om een handicap die het gevolg is van stoornissen of beperkingen in het bewegingsvermogen of van een aandoening van het centrale zenuwstelsel, die leidt tot beperkingen in de communicatie, cognitie (het denkvermogen) of gedrag. Deze zorg moet leiden tot het bereiken of behouden van een mate van zelfstandigheid die, rekening houdend met uw beperkingen, redelijkerwijs mogelijk is. Revalidatie kan plaatsvinden:

- a. in een klinische situatie (opname). U heeft alleen recht op revalidatie in combinatie met meerdaags verblijf, als daarmee op korte termijn betere resultaten te verwachten zijn dan met revalidatie zonder verblijf;
- b. in een poliklinische situatie (deeltijd- of dagbehandeling).

Wie mag deze zorg verlenen

Een multidisciplinair team van deskundigen, onder leiding van een medisch specialist, verbonden aan een instelling voor revalidatie die op grond van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) en de regelgeving die daar bij hoort als zodanig is toegelaten.

Verwijzing

U heeft een verwijzing nodig van de huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, physician assistant, verpleegkundig specialist, jeugdarts of een andere medisch specialist.

De bedrijfsarts mag uitsluitend verwijzen als er sprake is van aandoeningen die te maken hebben met uw werk.