



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, vertegenwoordigd door mevrouw C te B, tegen OWM Centrale
Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A. en OWM Centrale Zorgverzekeraars groep
Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar U.A. beide te Tilburg

Zaak : Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, liposuctie na dermolipectomie

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2018, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv

Zaaknummer : 201900758

Zittingsdatum : 20 november 2019

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (G.R.J. de Groot)

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door mevrouw C te B,
tegen

1) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A., en
2) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar U.A., beide te Tilburg,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij brief van 2 juli 2019 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 30 juli 2019 zijn standpunt aan de commissie kenbaar gemaakt. Een afschrift van deze brief is op 31 juli 2019 aan verzoekster gezonden.
- 2.3. Bij brief van 9 september 2019 heeft het Zorginstituut (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2019039858) aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een afschrift is gelijk met de uitnodiging voor de hoorzitting op 30 oktober 2019 aan partijen gestuurd.
- 2.4. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 20 november 2019 gehoord.
- 2.5. Na afloop van de hoorzitting is de ziektekostenverzekeraar gevraagd de commissie een kopie te sturen van het verslag van het spreekuurbezoek van 12 maart 2018. Bij brief van 21 november 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar de commissie het verslag van het spreekuurbezoek doen toekomen. Een kopie hiervan is op 22 november 2019 aan verzoekster gestuurd. Hierbij is zij in de gelegenheid gesteld op het verslag te reageren. Bij brief van 27 november 2019 heeft verzoekster van de geboden mogelijkheid gebruik gemaakt. Een kopie van haar reactie is op 27 november 2019 ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 2.6. De aantekeningen van de hoorzitting en de nagekomen stukken zijn op 27 november 2019 aan het Zorginstituut gestuurd. Bij brief van 2 december 2019 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2018 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de CZ Zorg-op-maatpolis (natura) (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen Plus Collectief en Tandarts Collectief (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Verzoekster heeft in december 2015 een gastric sleeve operatie ondergaan. Daarna is zij 85 kilo afgevallen. Door dit gewichtsverlies kampt zij nu met een huidoverschot waarvan zij veel last heeft.

Om met name de klachten van het overtollige vel rond de bovenbenen te verhelpen is namens verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor een dermolipectomie van de bovenbenen. Bij brief van 13 maart 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar een akkoordverklaring afgegeven voor deze ingreep.

- 3.3. In mei 2018 heeft de behandelend plastisch chirurg namens verzoekster een nieuwe aanvraag ingediend, ditmaal voor 'liposuctie van de mediale zijde van de knie en/of binnenzijde van het bovenbeen of de lende of de flank'. Bij brief van 4 juni 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de aanvraag is afgewezen op de grond dat zij een te hoog BMI heeft.

- 3.4. Na de brief van 4 juni 2018 heeft tussen de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar en de behandelend plastisch chirurg e-mailcontact plaatsgevonden. Dit heeft ertoe geleid dat de ziektekostenverzekeraar zich niet langer op het standpunt stelt dat verzoeksters BMI te hoog is. Daarnaast heeft de ziektekostenverzekeraar de beoordeling van de aangevraagde liposuctiebehandeling heropend en bij de plastisch chirurg van verzoekster een nieuwe verklaring opgevraagd. De plastisch chirurg heeft bij e-mailbericht van 26 juni 2018 het volgende verklaard:

"Post bariatrische reconstructies zijn van na het ontstaan van de DBC systematiek. Reguliere dermolipectomieën bestonden uit een "en block" resectie van huid en vetweefsel aan de mediale zijde van het bovenbeen.

Bij postbariatrische patiënten zie je vaak ook een enorm resterend fatpad aan de ventrale zijde van het been (zie laterale foto's) hetgeen daarvoor niet of nauwelijks werd gezien. Bij een dergelijk fors fat-surplus aan de ventrale zijde van het bovenbeen is een reguliere dermolipectomie onvoldoende om de door de patiënt gepercipieerde klachten te verlichten. Daarnaast trekt een niet behandeld ventraal fatpad dusdanig aan het mediale litteken dat er een grotere kans op dehiscensie en hernieuwde ptosis van de weefsels van het been ontstaat, zeker ook in het licht van de matige huidkwaliteit die bij deze patiëntengroep eerder regel dan uitzondering is.

Resumerend is bij een aantal post-bariatrische patiënten met een fors ventraal fatpad een aanvullende behandeling, naast de reguliere dermolipectomie van het bovenbeen, aangewezen in de vorm van een liposuctie aldaar. Vandaar de aanvraag van DBC 062 voor de liposuctie van het ventrale fatpad van het bovenbeen."

- 3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 29 juni 2018 aan verzoekster meegedeeld dat de aangevraagde liposuctiebehandeling niet wordt vergoed.

- 3.6. Op 10 juli 2018 heeft verzoekster zowel de akkoord bevonden dermolipectomie als de aangevraagde en door de ziektekostenverzekeraar afgewezen liposuctiebehandeling aan haar bovenbenen laten uitvoeren.

- 3.7. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar gevraagd om heroverweging van de beslissing de liposuctiebehandeling niet te vergoeden. Bij dit verzoek heeft verzoekster een verklaring van haar plastisch chirurg overgelegd. Hierin wordt het volgende verklaard:

"Patiënte onderging een dermolipectomie van de bovenbenen, in combinatie met een liposuctie van de ventrale zijde van de bovenbenen. Er was haar gevraagd wat deze operaties met elkaar te maken hebben.

Liposuctie van de ventrale zijde van de bovenbenen is een groot gebied van vetsurplus wat mensen na een groot gewichtsverlies niet vanzelf kwijtraken. Door deze gebieden te behandelen met liposuctie hebben we meer winst van de huidresectie van de dermolipectomie. Wanneer we puur een dermolipectomie uitvoeren blijft het forse huidsurplus aan de ventrale zijde van de bovenbenen mechanische bewegingsbeperking geven, wat patiënte blijft storen in haar sporten en verdere gezonde lifestyle."

- 3.8. Bij brief van 12 december 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

3.9. Bij brief van 9 september 2019 heeft het Zorginstituut de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dit betrekking heeft op de zorgverzekering, af te wijzen. Daarbij heeft het Zorginstituut het volgende verklaard:

“Verzoekster kan geen aanspraak maken op vergoeding van de liposuctie ten laste van de basisverzekering omdat niet aangetoond is dat er sprake is van een lichamelijke functiestoornis na het uitvoeren van de dermolipectomie.”

4. Geschil

4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar de op 10 juli 2018 uitgevoerde liposuctiebehandeling van de bovenbenen moet vergoeden ten laste van de zorgverzekering.

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. Dit blijkt uit artikel A.22. van de zorgverzekering.

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.

Zorgverzekering

6.2. De zorgverzekering biedt aanspraak op behandelingen van plastisch-chirurgische aard, waaronder een dermolipectomie en een liposuctie. Voorwaarde om voor vergoeding van dergelijke behandelingen in aanmerking te komen is dat sprake is van een (verzekerings)indicatie in de vorm van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis dan wel verminking. Dit blijkt uit artikel B.4.5. van de zorgverzekering.

6.3. De op 10 juli 2018 uitgevoerde ingrepen, bestaande uit een dermolipectomie en liposuctie van de bovenbenen vormen twee afzonderlijke verzekerde prestaties die apart moeten worden beoordeeld. Dat de ziektekostenverzekeraar, vanwege het bestaan van een (verzekerings)indicatie in de vorm van een functiestoornis, toestemming heeft verleend voor de aangevraagde dermolipectomie vormt - anders dan verzoekster meent - dus geen reden om de eveneens aangevraagde liposuctiebehandeling reeds op die grond toe te wijzen.

6.4. Er bestaat aanspraak op een liposuctiebehandeling ten laste van de zorgverzekering als sprake is van een (verzekerings)indicatie in de vorm van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis dan wel verminking. De ziektekostenverzekeraar voert aan dat in de situatie van verzoekster niet vaststaat dat zij na de uitgevoerde dermolipectomie nog klachten had die waren aan te merken als een aantoonbare lichamelijke functiestoornis als bedoeld in artikel B.4.5. van de zorgverzekering. Verzoekster heeft de stelling van de ziektekostenverzekeraar bestreden en een verklaring van haar plastisch chirurg overgelegd. Hierin stelt deze dat als er bij verzoekster alleen een dermolipectomie was uitgevoerd, het forse huid surplus aan de ventrale zijde van de bovenbenen beperkingen was blijven geven.



6.5. Tussen partijen bestaat verschil van mening of ná de uitgevoerde dermoliplectomie nog sprake was van klachten die kunnen worden beschouwd als een lichamelijke functiestoornis als bedoeld in artikel B.4.5. van de zorgverzekering. Doordat verzoekster ervoor heeft gekozen op 10 juli 2018, naast een dermoliplectomie van de bovenbenen, een liposuctiebehandeling te laten uitvoeren is niet meer te achterhalen of voor laatstgenoemde behandeling een (verzekerings)indicatie bestond. Hoewel de commissie, gelet op de wachttijd van anderhalf jaar, begrip heeft voor haar keuze de ingreep te laten uitvoeren, ligt het risico dat de hieraan verbonden kosten voor eigen rekening blijven bij verzoekster. Dit omdat op bladzijde 51 van de verzekeringsvoorwaarden is bepaald dat een akkoordverklaring door ziektekostenverzekeraar moet zijn gegeven voordat de ingreep ten laste van de zorgverzekering kan worden uitgevoerd. Deze akkoordverklaring ontbreekt. Daarnaast is het bestaan van een (verzekerings)indicatie niet aannemelijk gemaakt. De in algemene termen gestelde verklaringen van de behandelend plastisch chirurg zien niet op de specifieke situatie van verzoekster die ontstond ná het uitvoeren van de dermoliplectomie. Om die reden kunnen deze verklaringen niet overtuigen.



6.6. Tijdens de hoorzitting heeft verzoekster aangevoerd dat de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar bij het spreekuurbezoek de indruk heeft gewekt dat zowel de dermoliplectomie van de bovenbenen als de liposuctiebehandeling zou worden vergoed. De commissie heeft in dat kader na afloop van de hoorzitting het verslag van het spreekuurbezoek opgevraagd. Hieruit blijkt dat dit bezoek plaatsvond op 12 maart 2018 en dat alleen de aanvraag voor de dermoliplectomie is beoordeeld. Dat tijdens het spreekuurbezoek ook is gesproken over een liposuctiebehandeling ligt bovendien niet voor de hand, omdat de aanvraag voor deze ingreep pas is gedaan op 16 mei 2018. Dat verzoekster, gelet op de mogelijke uitlatingen van haar behandelend arts, dit anders heeft ervaren kan de ziektekostenverzekeraar niet worden tegengeworpen.



6.7. Dit leidt tot de volgende beslissing.



7. Bindend advies



7.1. De commissie wijst het verzoek af.



Zeist, 18 december 2019,



G.R.J. de Groot

staande uit het plaatsen van tandheelkundige implantaten, osteotomie en het verwijderen van tanden en kiezen onder narcose. Wij kunnen voor die akkoordverklaring aanvullende voorwaarden stellen.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

Plaats

De zorg vindt plaats in een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg).

B.4.3. Medisch specialistische zorg zonder opname

Zorg: waar hebt u recht op?

De zorg omvat medisch specialistische zorg zonder opname. Deze zorg omvat onder andere:

- behandeling zonder dat opname plaatsvindt, zoals oogheelkundige zorg;
- aanleggen van gips;
- ECG-onderzoek;
- inzet van een Automatische Externe Defibrillator (AED) en direct daaraan verbonden kosten.

Zorg of middelen die onderdeel van de behandeling kunnen zijn:

- de verpleging;
- de geneesmiddelen;
- de hulpmiddelen;
- de verbandmiddelen;
- laboratoriumonderzoek.

Zorg of middelen die na de behandeling nodig is/ zijn of die in het verlengde van de behandeling ligt/liggen, vallen hier niet onder.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- De zorg valt onder het eigen risico.
- Artikel B.4.1. is hier ook van toepassing.
- Behandelingen van plastisch chirurgische aard vallen niet onder dit artikel maar onder artikel B.4.5.
- Laboratoriumonderzoek op aanvraag van een alternatief zorgverlener valt niet onder uw zorgverzekering.

Voorwaarden

Zorgverlener

Een medisch specialist verleent de zorg.

Een AED wordt door daartoe bevoegde en bekwame personen ingezet. Dit hoeft geen zorgverlener te zijn zoals wij die in onze voorwaarden beschrijven.

Verwijzing

- U bent voor aanvang van de behandeling verwezen door een huisarts, verloskundige, medisch specialist, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, verpleegkundig specialist, physician assistant, sportarts, jeugdarts of bedrijfsarts.
- Als het gaat om oogaandoeningen mag u voor aanvang van de behandeling ook door een op-tometrist verwezen worden.
- Als het gaat om zorg in verband met schisis (lip-, en/of kaak- en/of gehemelte-spleet) mag ook door een schisisteam verwezen worden.
- Voor gebruik van een AED is geen verwijzing nodig.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. De hoogte van het tarief hangt af van de zorgverlener naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20.

Plaats

De zorg vindt plaats in een instelling voor medisch specialistische zorg of in de huispraktijk van de medisch specialist.

Gebruik van een AED kan op elke locatie plaatsvinden.

B.4.4. Vervallen

B.4.5. Plastische chirurgie

Zorg: waar hebt u recht op?

De zorg omvat behandelingen van plastisch-chirurgische aard volgens de standaard van plastisch chirurgen. Het kan gaan om zorg met of zonder opname. Het gaat om correcties van:

- afwijkingen in uw uiterlijk die aantoonbare lichamelijke functiestoornissen veroorzaken. Het gaat hierbij om lichamelijke klachten waarvan door onderzoek is vastgesteld (objectief) dat ze zijn ontstaan door de te corrigeren lichamelijke afwijking. Een voorbeeld hiervan is: onbehandelbare, continue aanwezige smetplekken in de huidplooi bij een forse overhang van de buik.
- verminkingen die zijn ontstaan door ziekte, een ongeval of een geneeskundige verrichting (bijvoorbeeld een operatie). Hiervan is sprake als het gaat om een ernstige misvorming die in het dagelijkse leven meteen opvalt, bijvoorbeeld: misvorming door brandwonden en geamputeerde (afgezette) benen, armen of borsten;
- verlamde of verslakte bovenoogleden, waarbij 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;

- agenesie/aplasie van de borst (het ontbreken van borstvorming) bij vrouwen en bij man-vrouw transgenders door middel van het operatief plaatsen of vervangen van een borstprothese bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij transvrouwen waarbij sprake is van vastgestelde transseksualiteit (ook aangeduid als man-vrouw transgender personen);
- primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transseksualiteit;
- de volgende aangeboren misvormingen:
 - lip-, kaak- of gehemeltepleten;
 - misvorming van het benig aangezicht;
 - goedaardige woekering van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel;
 - geboortevlekken;
 - misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen.

Voorbeelden wanneer plastische chirurgie verzekerde zorg is:

- Borstverkleining:
u hebt recht op een borstverkleining als u cup DD/E of groter hebt (of cup D en u bent kleiner dan 1.60 meter) met daarbij aantoonbaar lichamelijke klachten. Het gaat dan om klachten die veroorzaakt worden door de zwaarte van uw borsten en die u aanzienlijk beperken. Daarbij hebben andere behandelingen of therapieën uw klachten niet verholpen. Ook moet uw gewicht stabiel en niet te hoog zijn. Bij een operatie bij mensen met overgewicht is de kans op complicaties namelijk groter en is er een kleinere kans op een goed resultaat.
- Laserbehandeling:
deze behandeling van bloedvaatjes, pigmentvlekken of andere onregelmatigheden of huid-aandoeningen kan onder uw zorgverzekering vallen. Er moet dan sprake zijn van (in het oog springende) verminking of van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. In de meeste gevallen worden deze afwijkingen niet als zodanig gezien.
- Neuscorrectie:
u hebt alleen recht op een neuscorrectie als er sprake is van een fors beperkte doorgankelijkheidsprobleem dat niet op een andere manier te behandelen is. Recht op correctie vanwege een verminking of aangeboren misvorming komt weinig voor.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- De zorg valt onder het eigen risico.

- Artikel B.4.1. is hier ook van toepassing.
- In een aanvullende verzekering kan soortgelijke zorg verzekerd zijn. Op uw Vergoedingen Overzicht kunt u zien of dit zo is.
- Wij vergoeden niet de kosten van foto's die wij eventueel kunnen opvragen naar aanleiding van een aanvraag voor zorgadvies.

Voorwaarden

Algemeen

De VAGZ Werkwijzer wordt gehanteerd bij alle plastisch chirurgische ingrepen.

Zorgverlener

Een medisch specialist verleent de zorg.

Verwijzing

U bent voor aanvang van de behandeling verwezen door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, medisch specialist, verpleegkundig specialist, physician assistant, jeugdarts of bedrijfsarts.

Zorgadvies en akkoordverklaring

- U moet vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons gekregen hebben, als het om een behandeling gaat die voorkomt op de meest recente landelijke lijst van verrichtingen. Deze "Limitatieve lijst machtigingen medisch specialistische zorg ZN" staat op onze internetsite en kunt u ook bij ons opvragen. Wij kunnen voor die akkoordverklaring aanvullende voorwaarden stellen.
- U hoeft vooraf geen zorgadvies en/of een akkoordverklaring aan te vragen als het gaat om een correctie van de bovenoogleden die wordt uitgevoerd door een zorgverlener waar wij een zorgovereenkomst mee hebben voor het uitvoeren van bovenoogleden correcties. U kunt die zorgverleners vinden op onze internetsite. De medisch specialist beoordeelt in dat geval namens ons of uw indicatie voldoet aan de eisen van de zorgverzekeringswet.
- Wordt de behandeling uitgevoerd door een zorgverlener waarmee wij geen zorgovereenkomst hebben voor die behandeling, of gaat het om een andere plastisch chirurgische ingreep die op de 'Limitatieve lijst machtigingen medisch specialistische zorg ZN' staat, moet u wel vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons gekregen hebben.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

Plaats

De zorg vindt plaats in een instelling voor medisch specialistische zorg of in de huispraktijk van de medisch specialist.

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;

(...)

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 agenesie 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;

(...)