



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen Onderlinge Waarborgmaatschappij DSW Zorgverzekeraar U.A. te Schiedam
Zaak : Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, lasertherapie, hirsutisme, discriminatie
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2018, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv
Zaaknummer : 201900972
Zittingsdatum : 6 november 2019

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en mr. H.A.J. Kroon)

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

Onderlinge Waarborgmaatschappij DSW Zorgverzekeraar U.A. te Schiedam, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

2.1. Bij brief van 12 april 2019 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.

2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 7 augustus 2019 zijn standpunt aan de commissie kenbaar gemaakt. Een afschrift van deze brief is op 8 augustus 2019 aan verzoekster gezonden.

2.3. Bij brief van 2 september 2019 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2019040874) aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht en geadviseerd tot afwijzing van het verzoek. Een afschrift is op 2 september 2019 aan partijen gestuurd.

2.4. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 5 november 2019 gehoord.

2.5. Na afloop van de hoorzitting is verzoekster gevraagd foto's op te sturen van de haargroei in haar gezicht. Bij e-mailbericht van 13 november 2019 heeft verzoekster de commissie foto's gestuurd. Kopieën hiervan zijn op 14 november 2019 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden. Deze is hierbij in de gelegenheid gesteld op de overgelegde foto's te reageren. Op 22 november 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar van de geboden mogelijk gebruik gemaakt. Een kopie van deze reactie is op 25 november 2019 uitsluitend ter informatie aan verzoekster gestuurd. Desondanks heeft verzoekster bij e-mailbericht van 29 november 2019 gereageerd. Een afschrift hiervan is ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.

2.6. De aantekeningen van de hoorzitting en kopieën van de stukken zijn op 25 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 grond van de Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering AV-Top (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

3.2. Verzoekster heeft last van ernstige overbeharing, onder meer in het gelaat. Het camoufleren van de aanwezige haren doet zij met name door gericht make-up aan te brengen en zich meerdere keren

per dag te scheren. Door het veelvuldig scheren ontstaat een onrustige huid, die hypergevoelig is voor ontstekingen. Deze ontstekingen komen vaak voor en hebben inmiddels geleid tot veel littekenvorming en hyperpigmentatie. De plastisch-chirurg heeft voorgesteld de haren in het gelaat te epilieren door middel van een diode-laser. Kort hierna is verzoekster gestart met de epilatiebehandelingen.

3.3. Op 29 mei 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar van verzoekster een nota ontvangen in verband met de laserbehandeling voor overbeharing in het gelaat. Bij brief van 4 juni 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat zij alleen aanspraak kan maken op een vergoeding ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. Deze vergoeding bedraagt 75% van de kosten, tot een maximum van € 470,- voor de gehele duur van de verzekering.

3.4. De ziektekostenverzekeraar heeft van verzoekster voor de laserbehandelingen drie nota's van elk € 190,- ontvangen. Per nota heeft de ziektekostenverzekeraar € 142,50 vergoed. Dit maakt dat de ziektekostenverzekeraar in totaal € 427,50 heeft vergoed ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

3.5. Op 6 december 2018 heeft verzoekster de ziektekostenverzekeraar een verklaring van de behandelend dermatoloog doen toekomen. Deze heeft hierin het volgende over verzoekster verklaard:

"Anamnese:

heeft sinds ongeveer 20 jaar last van overmatige haargroei in het gelaat, op de armen en op de benen. Vind met name het gezicht vervelend. In het verleden bij endocrinoloog zijn analyses uitgevoerd, geen onderliggende oorzaak ontdekt. Mogelijk gestart na mirena spiraal, heeft deze al 20 jaar. Moet twee keer per dag scheren om het tegen te gaan, daarbij ook vaak irritatie en infecties. Tot zover uitgeprobeerde therapieën; IPL (lichtpulsen), epilieren, Diane pil, allen zonder afdoende effect. In de afgelopen maanden driemaal middels diode laser behandeld, voor effect zullen aanvullende behandelingen plaats moeten vinden.

Eerder aanvullend onderzoek:

1 -2-2002: lichte verhoging testosteron, androsteendion: geen aanwijzingen voor een androgenenproducerende tumor of een tot expressie komende enzymdeficiëntie.

2-5-2012: Echo abdomen, geen aanwijzingen voor onderliggend lijden.

Dermatologisch onderzoek:

Op het philtrum een minimaal 10x10 mm grote scherp begrensde erythemateuze gele papel. Op de kin en in de hals kleine zwarte stugge haren. Op de armen diffuus vele vellus haren.

Conclusie:

Hirsutisme met frequente folliculitis en impetiginisatie op basis van scheren

Bespreking:

Wij zagen een 52-jarige vrouw met sinds ongeveer 20 jaar last van therapie-resistent hirsutisme, waarbij grote negatieve invloed op kwaliteit van leven en tevens frequente folliculitis en impetiginisatie bij frequent scheren. Aanvullend onderzoek heeft geen onderliggende oorzaak kunnen aantonen. Behandeling middels ontharing is van aanvullende waarde. Diode laser behandeling is hiervoor geïndiceerd."

3.6. Bij brief van 12 december 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar de door verzoekster ingediende aanvraag voor vergoeding van de laserbehandelingen ten laste van de zorgverzekering afgewezen.

3.7. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 9 januari 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

- 3.8. Bij brief van 2 september 2019 heeft het Zorginstituut het volgende verklaard:
- “Beoordeling
Hirsutisme is niet het gevolg van een ziekte, ongeval of een geneeskundige verrichting noch een aangeboren misvorming. Verder blijkt uit het dossier niet dat er sprake is van aantoonbare lichamelijke functiestoornissen.
- Conclusie
De epilatiebehandelingen komen niet voor vergoeding in aanmerking ten laste van de basisverzekering.”

4. Geschil

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar de diode laserbehandelingen vanwege overbeharing in het gelaat 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 14 van de zorgverzekering.

6. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv), en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over behandelingen van plastisch-chirurgische aard zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder is hierin de op het geschil toepasselijke verzekeringsvoorwaarde opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Zorgverzekering

- 6.2. De zorgverzekering biedt aanspraak op behandelingen van plastisch-chirurgische aard, waaronder laserontharing in het gelaat. 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 18, derde lid, van de zorgverzekering.
- 6.3. Om te kunnen spreken van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis moet het aannemelijk zijn dat de aangevoerde functiebeperking wordt veroorzaakt door de te corrigeren lichamelijke afwijking. Daarnaast dient aannemelijk te zijn dat correctie daarvan de klachten zal wegnemen. Voorts dient aannemelijk te zijn dat het te corrigeren lichaamsdeel de klachten zoals aangevoerd veroorzaakt in een zodanig ernstige mate dat gesproken kan worden van een lichamelijke functiestoornis in de zin van de regelgeving. Bij verzoekster is niet gebleken van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis in deze zin.
- 6.4. Van verminking, als bedoeld in artikel 18, derde lid, van de zorgverzekering is slechts sprake in geval van een ernstige misvorming. Gelet op de ontstaansgeschiedenis van de term 'verminking' in de huidige regelgeving gaat het daarbij om ernstige 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. Verzoekster stelt dat bij haar gesproken kan worden van verminking. Dit omdat zij al ongeveer 20 jaar lijdt aan therapieresistent hirsutisme. Doordat zij zich regelmatig moet scheren heeft zij tevens last van folliculitis en impetiginisatie.

Bij brief van 2 september 2018 heeft het Zorginstituut aan de commissie meegedeeld dat hirsutisme noch het gevolg is van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting noch van een aangeboren misvorming. Daarom wordt geadviseerd tot afwijzing van het verzoek. De commissie neemt dit advies over.

6.5. Verzoekster heeft aangevoerd dat zij wordt gediscrimineerd omdat man-vrouw transgenders een behandeling tegen overbeharing wél vergoed krijgen. Met betrekking hiertoe geldt dat het toenmalige CVZ, nu het Zorginstituut, in 2007 en 2008 een toetsingskader heeft opgesteld voor de zorg aan transseksuelen binnen de Zvw. Dit toetsingskader moet worden gevolgd voordat sprake kan zijn van een diagnose transseksualiteit in het kader van de Zvw en voordat aanspraak op plastisch chirurgische ingrepen bij transseksualiteit kan bestaan. Op pagina 5 van dit toetsingskader staat beschreven dat voor transseksuelen pas aanspraak bestaat op behandelingen van plastisch-chirurgische aard ná het ondergaan van de geslachtsveranderende operatie. Dit omdat pas daarna een verminking aan de orde kan zijn die het gevolg is van een geneeskundige verrichting. Zoals eerder opgemerkt, ontbreekt bij verzoekster een dergelijke aanleiding. Daarom wordt in haar geval aan de beoordeling of mogelijk sprake is van een passabiliteitsprobleem niet toegekomen. Het betreft dus verschillende situaties, en van discriminatie zoals door verzoekster gesteld kan dan ook niet worden gesproken.

6.6. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 18 december 2019,

J.A.M. Strens-Meulemeester

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;

(...)

Machtiging

U moet vooraf van ons een machtiging hebben gekregen:

- a. voor behandelingen van plastisch-chirurgische aard (zie lid 3);
- b. voor behandelingen die voorkomen op de lijst met verrichtingen waarvoor een machtiging vereist is (limitatieve lijst van Zorgverzekeraars Nederland). Voor meer informatie zie www.dsw.nl.

Voor andere medisch-specialistische zorg zoals bedoeld in dit artikel is geen machtiging vereist. Zie voor meer informatie over machtigingen artikel 15 lid 7 van deze polisvoorwaarden.

Verwijzing

- a. U heeft een verwijzing nodig van een huisarts, bedrijfsarts, jeugdarts, GGD-arts infectieziektenbestrijding KNMG, GGD-arts tuberculosebestrijding KNMG, verpleegkundig specialist, physician assistant, arts voor verstandelijk gehandicapten of medisch specialist (hieronder valt ook de sportarts). In het geval van spoedeisende hulp is geen verwijzing noodzakelijk.
- b. Voor een zwangerschap en/of bevalling mag u ook een verwijzing van een verloskundige hebben.
- c. Voor een second opinion heeft u een aparte verwijzing nodig van een huisarts of een medisch specialist.

Zorgaanbieder

De zorg wordt verleend door een medisch specialist.

lid 2.3 Zorg van zorgaanbieder zonder overeenkomst

Wettelijk maximumtarieven

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat en er geldt een wettelijk maximumtarief, dan vergoeden wij de zorg 100% tot maximaal het wettelijk maximumtarief met uitzondering van zorg verleend door niet-gecontracteerde zelfstandige kaakchirurgische behandelcentra. Hierbij vergoeden wij 75% van de rekening gebrachte kosten.

Vrije tarieven

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat en er geldt geen wettelijk tarief, dan vergoeden wij de zorg 100% tot maximaal de door ons vastgestelde vergoeding. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. Zie voor meer informatie artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

lid 3 Behandelingen van plastisch-chirurgische aard

lid 3.1 Te vergoeden zorgkosten

Wij vergoeden behandelingen van plastisch-chirurgische aard voor het corrigeren van:

- a. afwijkingen in uw uiterlijk die aantoonbare lichamelijke functiestoornissen veroorzaken;
- b. verminkingen die zijn ontstaan door ziekte, een ongeval of een geneeskundige verrichting;
- c. verlamde of verslapte bovenoogleden die een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg hebben, dan wel die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of van een chronische aandoening die al bij de geboorte aanwezig was;
- d. de volgende aangeboren misvormingen:
 - 1. lip-, kaak- of gehemeltepleten;
 - 2. misvorming van het benig aangezicht;
 - 3. goedaardige woekering van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel;
 - 4. geboortevlekken;
 - 5. misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen.
- e. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transseksualiteit;

lid 3.2

Voorwaarden

Algemeen

Het gaat om zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden.

Machtiging

U moet van ons vooraf een machtiging hebben gekregen. Bij de aanvraag moet de behandelend specialist de gevraagde behandeling omschrijven en motiveren. Zie voor meer informatie over machtigingen artikel 15 lid 7 van deze polisvoorwaarden.

Verwijzing

U heeft een verwijzing nodig van een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

Zorgaanbieder

De zorg wordt verleend door een medisch specialist.

lid 3.3

Zorg van zorgaanbieder zonder overeenkomst

Vrije tarieven

Wanneer u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat en er geldt geen wettelijk tarief, dan vergoeden wij de zorg 100% tot maximaal de door ons vastgestelde vergoeding. Dit kan betekenen dat u geen volledige vergoeding van de nota krijgt. Zie voor meer informatie artikel 15 van deze polisvoorwaarden.

lid 4

Beperkingen en uitsluitingen rond vruchtbaarheidsgerelateerde zorg

Beperkingen

Voor vruchtbaarheidsgerelateerde zorg gelden de volgende beperkingen:

1. de zorg wordt niet vergoed bij vrouwen van 43 jaar of ouder; behoudens voor zover het een in-vitro-fertilisatiepoging (IVF-poging) betreft die reeds is aangevangen voordat de vrouw de leeftijd van 43 jaar heeft bereikt;
2. IVF bij vrouwen jonger dan 38 jaar wordt slechts vergoed als er bij de eerste twee IVF-pogingen slechts één embryo wordt teruggeplaatst per poging (bij de derde poging mogen er wel twee embryo's worden teruggeplaatst);
3. bij vrouwen van 38 jaar of ouder mogen er bij alle drie de pogingen één of twee embryo's worden teruggeplaatst per poging.

Een IVF-poging bestaat uit 4 fasen:

1. hormonale behandeling die de rijping van eicellen in het lichaam van de vrouw bevorderen;
2. de follikelpunctie;
3. de bevruchting van eicellen en het kweken van embryo's in het laboratorium;
4. Het een of meerdere keren implanteren van een of twee embryo's ('verse' embryo's of 'cryo' (ingevroren) embryo's) in de baarmoederholte teneinde zwangerschap te doen ontstaan.

Niet vergoed wordt de vierde of volgende IVF-poging per te realiseren zwangerschap, nadat drie pogingen zijn geëindigd tussen het moment dat een follikelpunctie is geslaagd en het moment dat er sprake is van een doorgaande zwangerschap van tien weken te rekenen vanaf het moment van de follikelpunctie en indien de implantatie van gecryopreserveerde embryo's niet heeft geleid tot een doorgaande zwangerschap van negen weken en drie dagen te rekenen vanaf de implantatie.

De terugplaatsing van alle bij een poging verkregen embryo's (al dan niet tussentijds gecryopreserveerd) maakt deel uit van de poging waarmee de embryo's verkregen zijn. Een zwangerschap van ten minste twaalf weken na de eerste dag van de laatste menstruatie, die zonder medisch ingrijpen is ontstaan, is ook een doorgaande zwangerschap.

Het terugplaatsen van tijdens een IVF-behandeling verkregen cryo embryo's valt onder de aanspraak IVF als de terugplaatsing een onderdeel is van een IVF-poging. Als het gaat om terugplaatsing na een doorgaande zwangerschap, valt deze onder de aanspraak 'vruchtbaarheidsgerelateerde zorg' en is dan geen onderdeel van een IVF-poging.

Uitsluitingen

De volgende vruchtbaarheidsgerelateerde zorg wordt niet vergoed:

- a. de vierde of volgende IVF-poging per doorgaande zwangerschap, nadat drie pogingen zijn geëindigd. Na de derde poging worden ook de daarbij behorende geneesmiddelen niet vergoed;
- b. eicel- en spermadonatie, cryopreservatie en transplantatie van ovariumweefsel;
- c. sterilisatiebehandelingen;
- d. behandelingen om sterilisatie ongedaan te maken.

lid 5

Uitsluitingen medisch specialistische zorg

De volgende medisch-specialistische zorg wordt niet vergoed:

- a. behandeling van verlamde of verslachte bovenoogleden als geen sprake is van een ernstige gezichtsveldbeperking, een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
- b. liposuctie van de buik;
- c. het tijdens een operatie plaatsen of vervangen van een borstprothese als:
 - i. bij u geen gehele of gedeeltelijke borst amputatie is uitgevoerd;
 - ii. bij u geen agenesie of aplasie van de borst aanwezig is indien u een vrouw bent of sprake is van een vastgestelde transsexualiteit.
- d. het tijdens een operatie verwijderen van een borstprothese zonder dat hier een medische noodzaak voor is;
- e. behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;
- f. behandelingen die besnijdenis (circumcisie) tot doel hebben, anders dan medisch noodzakelijk;
- g. behandeling met een redressiehelm in geval van plagiocephalie en brachycephalie zonder craniosynostose.