



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, tegen Onderlinge Waarborgmaatschappij DSW Zorgverzekeraar U.A. te Schiedam

Zaak : Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, buikwandcorrectie, dermoliplectomie bovenbenen

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2019, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2019

Zaaknummer : 201802105

Zittingsdatum : 4 september 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 e-mailbericht van 6 mei 2019 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de aangevraagde dermoliplectomie van de bovenbenen en een buikwandcorrectie te vergoeden (hierna: het verzoek).

2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 5 juli 2019 zijn standpunt aan de commissie kenbaar gemaakt. Een afschrift van deze brief is op 8 juli 2019 aan verzoekster gezonden.

2.3. Bij brief van 6 augustus 2019 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2019035899) aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een afschrift is op 14 augustus 2019 aan partijen gestuurd.

2.4. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 4 september 2019 gehoord.

2.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 9 september 2019 aan het Zorginstituut gestuurd. Bij brief van eveneens 9 september 2019 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

3.1. Verzoekster is bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering AV-Top (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).

3.2. Verzoekster heeft in 2013 een gastric bypass ondergaan. Daarna is verzoekster 55 kilo afgevallen en sindsdien heeft zij geen last meer van verschillende aandoeningen (onder andere diabetes). Wel ondervindt zij problemen door overhangend vel. Om dit te verwijderen, heeft verzoekster een aanvraag ingediend voor een dermoliplectomie van de bovenbenen en een buikwandcorrectie.

3.3. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brieven van 31 juli 2018 en 13 augustus 2018 aan verzoekster medegedeeld dat haar aanvragen voor een dermoliplectomie van de bovenbenen en een buikwandcorrectie zijn afgewezen.

3.4. De huisarts heeft bij brief van 21 augustus 2018 over verzoekster verklaard:

*“Patiënte heeft in 2013 bariatrische chirurgie ondergaan. Gelukkig met enorm positief resultaat. Het is haar ook duidelijk dat zij hierdoor 'levenslang' heeft gekregen. Elke dag is ze bezig vol overgave met haar lichaam gezond te houden. Supplementen voor het milieu interieur en dagelijks intensief smeren om vol overgave de intertrigo tgv huidsurplus tegen te houden. Tevreden als ze is (en mag zijn) over haar gewicht zo doodongelukkig is ze in de strijd tegen het smetten en het aanblik van de huidsurplus.”*

3.5. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 21 september 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.6. Bij brief van 6 augustus 2019 heeft het Zorginstituut de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dit betrekking heeft op de zorgverzekering, af te wijzen. Daarnaast heeft het Zorginstituut het volgende verklaard: *“Op basis van de beschikbare informatie in het dossier is niet aangetoond dat er sprake is van [een] aantoonbare lichamelijke functiestoornissen of van verminkingen (ernstige misvorming van een lichaamsdeel) zoals is omschreven in artikel 2.4 van het Bzv en de VAV-werkwijzer. Er is geen verzekeringsindicatie voor de gevraagde behandelingen.”*

#### 4. Bevoegdheid van de commissie

4.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en kan daarover bindend advies uitbrengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel 14 van de zorgverzekering. Dit artikel is ook van toepassing op de aanvullende ziektekostenverzekering.

#### 5. Geschil

5.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar de aangevraagde dermoliplectomie van de bovenbenen en buikwandcorrectie alsnog moet vergoeden.

5.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

#### 6. Beoordeling

6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) 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 een dermoliplectomie van de bovenbenen en een buikwandcorrectie. Voorwaarde om voor vergoeding van dergelijke behandelingen in aanmerking te komen is dat een (verzekerings)indicatie bestaat in de vorm van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis dan wel verminking. Dit blijkt uit artikel 18, derde lid, van de zorgverzekering.

6.3. Van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis kan worden gesproken in geval van een ernstige bewegingsbeperking. Ten aanzien van de bovenbenen van verzoekster is hiervan niet gebleken. Specifiek voor de buikwandcorrectie geldt dat een ernstige bewegingsbeperking pas aan de orde is als het buikschort in staande positie minimaal een kwart van de lengteas van de bovenbenen bedekt. Zo is het althans in de toelichting op de wijziging van de Rzv, waarmee de buikwandcorrectie onder de verzekerde prestaties werd gebracht, verwoord. Gelet op de door verzoekster overgelegde foto's speelt dit bij haar niet.

- 6.4. Verder kan worden gesproken van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis in geval van onbehandelbaar smetten in de huidplooien. Dit zijn door de 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 verzoekster in verband met smetten onder behandeling is of is geweest van een dermatoloog. Daarom kan niet kan worden gesproken van 'onbehandelbaar' smetten.
- 6.5. Van verminking is sprake in geval van een ernstige misvorming, die al dan niet met weefseldefecten gepaard gaat (zie ook GcZ, 5 november 2007, ANO07.289). 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. Tevens is verminking aan de orde in geval van een ernstige misvorming van een lichaamsdeel conform Pittsburgh Rating Scale graad 3. Van verminking in bovenvermelde zin is in het geval van verzoekster geen sprake. Dit geldt zowel voor de buikwand als de bovenbenen.
- 6.6. Omdat niet is voldaan aan de voorwaarden met betrekking tot de (verzekerings)indicatie zoals genoemd in artikel 18a van de zorgverzekering, heeft verzoekster geen aanspraak op een dermoliplectomie van de bovenbenen en een buikwandcorrectie ten laste van de zorgverzekering. Hetgeen overigens door verzoekster is aangevoerd, kan niet leiden tot een ander oordeel. Ten aanzien van haar argument dat de ziektekostenverzekeraar door de uitgevoerde gastric bypass veel geld heeft bespaard, geldt dat aan de hand van de verzekeringsvoorwaarden moet worden beoordeeld of verzoekster voor vergoeding van de aangevraagde behandeling in aanmerking komt. Dit is gelet op het voorgaande niet het geval, en een mogelijke besparing geeft geen aanspraak in afwijking van deze voorwaarden.

#### **Aanvullende ziektekostenverzekering**

- 6.7. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor een dermoliplectomie van de bovenbenen of een buikwandcorrectie. Daarom kan het verzoek niet op grond van die verzekering worden ingewilligd.
- 6.8. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

#### **7. Bindend advies**

- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 25 september 2019,

H.A.J. Kroon

---

## 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;

(...)

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 verslakte 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 gehemeltespelten;
  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-vitrofertilisatiepoging (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 bevordert;