



**SKGZ**



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, vertegenwoordigd door mevrouw C te D, tegen N.V. Univé Zorg te Arnhem  
Zaak : Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, correctie mondhoeken  
Zaaknummer : 201401467  
Zittingsdatum : 20 mei 2015



Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. P.J.J. Vonk)



(Voorwaarden zorgverzekering 2013, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2013)

---



1. Partijen



De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door mevrouw C te D,  
tegen



N.V. Univé Zorg te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.



2. De verzekeringssituatie

- 
- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Univé Zorg Samen Polis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Univé Vitaal Pakket afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).  
De eveneens door verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar afgesloten aanvullende verzekering Rechtshulpverzekering Medische Zorg is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.



3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 
- 3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van een plastisch chirurgische behandeling, bestaande uit een correctie van de mondhoeken (hierna: de aanspraak). Bij brief van 19 november 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 27 februari 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 
- 3.4. Bij brief van 14 december 2014 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).
- 
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 

- 
- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 4 maart 2014 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 10 maart 2015 aan verzoeker gezonden.
- 
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 21 maart 2015 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 4 mei 2015 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 
- 3.8. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10, lid 9 van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat de onderhavige zaak enkelvoudig wordt afgedaan.
- 
- 3.9. Bij brief van 10 maart 2015 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 26 maart 2015 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2015030556) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat verzoeker geen indicatie heeft voor een behandeling van plastisch-chirurgische aard. Op basis van het dossier is geen sprake van verminking of van aantoonbare lichamelijke functiestoornissen. Er blijkt bijvoorbeeld niet dat onbehandelbaar smetten of problemen bij het eten en/of het verteren van voedsel bestaan. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 28 april 2015 aan partijen gezonden.
- 
- 3.10. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 20 mei 2015 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 
- 3.11. Verzoeker heeft de commissie bij e-mailbericht van 14 juli 2015 aanvullende informatie gezonden. Een afschrift hiervan is aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 
- 3.12. Bij brief van 31 juli 2015 heeft de commissie het Zorginstituut afschriften van de aantekeningen van de hoorzitting en de nagekomen stukken gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen en nagekomen stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. Bij brief van 11 augustus 2015 heeft het Zorginstituut aan de commissie het definitief advies uitgebracht. In het voorlopig advies is vermeld dat op basis van het dossier geen sprake is van verminking of van aantoonbare lichamelijke functiestoornissen. Verzoeker is daarna alsnog gezien door een medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar, waarbij is onderzocht of er andere behandelmogelijkheden zijn. Tevens is verzoeker gezien door een neuroloog. De ziektekostenverzekeraar heeft hierna niet opnieuw een besluit genomen. Het Zorginstituut stelt dat op basis van de aanvullende informatie niet blijkt dat een indicatie bestaat voor een behandeling van plastisch-chirurgische aard. Verzoeker komt dan ook niet in aanmerking voor vergoeding hiervan. Het Zorginstituut adviseert tot afwijzing van het verzoek. Een afschrift van het definitief advies is op 13 augustus 2015 aan partijen gezonden. Zij zijn hierbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op het definitief advies te reageren. Van de geboden gelegenheid hebben partijen geen gebruik gemaakt.
- 
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 
- 4.1. De behandelend plastisch chirurg heeft ter zake van verzoeker het volgende verklaard: “(...) uw klacht: *afhangeende mondhoeken met klachten van smetten en vochtafvoer langs de mondranden kan alleen verholpen worden middels het liften van de mondhoeken (...)*”.
- 
- 4.2. De door de plastisch chirurg voorgestelde behandeling is medisch noodzakelijk omdat bij verzoeker sprake is van aantoonbare lichamelijke functiestoornissen. Door de diepe huidplooiën aan de zijkant van de mond verliest verzoeker continu een kleine hoeveelheid speeksel. De functie van speeksel is het helpen verteren van voedsel in de mond. Het speeksel dat uit de mond loopt, kan niet doen
- 
- 
- 
- 

waarvoor het bestemd is, aangezien er buiten de mond geen voedsel is om te verteren. Daarnaast raakt door het continue vocht de huid rond de mond geïrriteerd. Verzoeker is bijna constant bezig met het voorkomen van een ontsteking door met een zakdoek te deppen. Als verzoeker dit niet zou doen, zou een slab nodig zijn om te voorkomen dat zijn kleding nat wordt. Bij eten en drinken is een en ander nog problematischer. Zodoende wordt verzoeker belemmerd in zijn dagelijks functioneren. Verzoeker is op leeftijd, maar staat volop in het leven. Bridgen of eten met anderen zijn thans niet meer haalbaar door de lichamelijke functiestoornissen. Hierdoor is sprake van een belemmering in zijn sociaal functioneren.

- 4.3. De aangevraagde behandeling is de enige manier om van het probleem af te komen. De ziektekostenverzekeraar vermeldt in zijn afwijzende beslissing dat sprake is van een facelift (rhytidectomy). De ingreep die verzoeker dient te ondergaan is echter uitdrukkelijk niet als zodanig te duiden. Een facelift is bedoeld om tekenen van veroudering in het gezicht en de hals te verminderen. Onderhavige aanvraag betreft geen schoonheidsingreep. Alleen al vanwege de leeftijd van verzoeker is dit ondenkbaar. Het is verzoeker niet te verwijten dat kennelijk geen code bestaat voor de behandeling die hij dient te ondergaan. Volgens de behandelend plastisch chirurg hebben eerdere aanvragen voor soortgelijke behandelingen nooit tot problemen geleid. De ziektekostenverzekeraar voert aan dat afhangelende mondhoeken bij de leeftijd van verzoeker passen en vraagt zich af of een operatie wel het gewenste effect heeft bij een oudere huid zoals die van verzoeker. In de voorwaarden van de zorgverzekering staat echter nergens vermeld dat de beoordeling van (de doelmatigheid van) een aanvraag afhankelijk is van de leeftijd. Kennelijk is bij de gegeven klachten op jonge leeftijd wél, en op oudere leeftijd geen sprake van een stoornis. Dat is geen correcte medische onderbouwing. Verzoeker stelt dat een stoornis bestaat, zodat de vergoeding niet kan worden geweigerd, enkel op basis van zijn leeftijd. Er is in dat geval sprake van leeftijdsdiscriminatie. Voorts zou volgens de ziektekostenverzekeraar wél een lichamelijke functiestoornis bestaan ingeval van chronisch smetten. Het feit dat verzoeker zichzelf nog goed kan verzorgen en daardoor ernstige complicaties kan voorkomen, zou dan mede een reden zijn dat de aanvraag is afgewezen. Dit vloeit eveneens niet voort uit de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 4.4. De afwijzende beslissing van de ziektekostenverzekeraar is teleurstellend en onterecht. Verzoeker voelt zich niet gehoord. Van (voldoende) onderzoek naar aanleiding van de aanvraag is hem niet gebleken. Zo heeft de ziektekostenverzekeraar geen foto's opgevraagd bij verzoeker en is de behandelend plastisch chirurg niet betrokken bij de beoordeling. Het advies van de medisch adviseur blijkt een interne notitie. Op de kopie hiervan staat de datum 25 september 2014. Het is onmogelijk dat dit het complete advies van de medisch adviseur is aangezien de (eerste) aanvraag is gedaan op 14 november 2013.
- 4.5. De kosten van de ingreep bedragen circa € 800,--. Verzoeker benadrukt dat hij al jaren verzekerd is bij de ziektekostenverzekeraar, en dat hij naast de zorgverzekering de aanvullende ziektekostenverzekering heeft afgesloten. De opmerking van de ziektekostenverzekeraar dat verzoeker de behandeling zelf kan bekostigen, is weinig empathisch.
- 4.6. Ter zitting heeft verzoeker verklaard dat hij op 13 mei 2015 op het spreekuur van de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar is geweest. Dit heeft geen duidelijkheid opgeleverd. De medisch adviseur wenst aanvullende informatie te verkrijgen van de huisarts en de neuroloog om aan de hand daarvan vast te stellen dat geen andere behandeling mogelijk is en om uit te sluiten dat de oorzaak elders ligt. Op de vraag van verzoeker dat als deze aanvullende informatie is aangeleverd en blijkt - zoals reeds door de plastisch chirurg is verklaard - dat een mondhoekcorrectie de enige oplossing is, er dan mag worden uitgegaan van een toezegging, werd geen antwoord gegeven. De kwestie zou alsdan opnieuw worden bekeken. Voorts heeft verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat hij teleurgesteld is in de handelwijze van de ziektekostenverzekeraar. De gehele gang van zaken getuigt niet van zorgvuldigheid. Het is teleurstellend dat pas na het voorleggen van het geschil aan de commissie, verzoeker is opgeroepen voor het spreekuur van de medisch adviseur.

 4.7. Nadien heeft verzoeker verklaard op 7 juli 2015 een consult bij de neuroloog te hebben gehad. De neuroloog sprak over druppels in de mond die vaak gebruikt worden door Parkinson patiënten. Een nadeel van deze druppels is het droger worden van de mond. Verzoeker heeft al last van een droge mond door de medicatie die hij gebruikt en de verwachting is dat de bedoelde druppels deze klachten zullen doen verergeren. Het inspuiten van botox lijkt een pijnlijke en terugkerende (en daarmee dure) oplossing, als dit al onder de dekking van de zorgverzekering valt. Verzoeker wenst de aangevraagde behandeling bij de plastisch chirurg te ondergaan.

 4.8. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

 5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

 5.1. De overheid heeft de regels voor vergoeding van plastische chirurgie vastgelegd in artikel 2.4 Bzv. Dit besluit is onderdeel van de voorwaarden van de zorgverzekering. Voor het bepalen van het recht op vergoeding zijn deze regels leidend. Ingevolge artikel 19 van de zorgverzekering bestaat aanspraak op een plastisch chirurgische behandeling indien sprake is van:

- een afwijking die de verzekerde aantoonbaar ernstig beperkt in het lichamelijk functioneren. Hinderlijke of vervelende klachten leiden niet per definitie tot vergoeding;
- een ernstige verminking door een ziekte, ongeval of medische handeling. Te denken valt aan ernstige brandwonden, zware reumatische vervormingen, zaagverwondingen of een amputatie. Een zichtbare verandering is niet altijd ernstig genoeg om een verminking te noemen;
- een duidelijk zichtbare aangeboren misvorming. Te denken valt aan splijtingen in lip, kaak of gehemelte en vaatgezwollen of opvallende geboortevlekken. Niet iedere aangeboren afwijking is ernstig genoeg om een misvorming te noemen.

 Psychische problemen zijn nooit reden voor vergoeding van plastische chirurgie.

 De ziektekostenverzekeraar moet de voorwaarden van de zorgverzekering strikt hanteren. Er wordt derhalve niet beoordeeld of een behandeling medisch noodzakelijk is, doch uitsluitend of aan de voorwaarden wordt voldaan.

 Leeftijd wordt inderdaad, zoals verzoeker stelt, niet genoemd in de voorwaarden. Los van de leeftijd van verzoeker, moet de ziektekostenverzekeraar eerst toetsen (en dit heeft de medisch adviseur gedaan) aan de toepasselijke voorwaarden.

 5.2. De behandelend plastisch chirurg heeft een aanvraag ingediend voor een facelift respectievelijk rhytidectomie van gelaat en hals. Hij heeft als reden voor de ingreep vermeld: "*speekselafvoer en smetten mondhoeken bij spierhypotonie*". De aanvraag vermeldt als aantoonbare lichamelijke functiestoornis: "*voortdurend speekselvloed uit de mond en infecties van de mondhoeken*". De ziektekostenverzekeraar beschouwt de aldus omschreven klachten niet als een aantoonbare lichamelijke functiestoornis zoals bedoeld in artikel 19 van de zorgverzekering. In de regel vormt alleen chronisch onbehandelbaar smetten een aantoonbare lichamelijke functiestoornis, en daarmee een indicatie voor de gevraagde ingreep. Uit het dossier blijkt niet dat verzoeker voor smetten onder behandeling is of is geweest bij een dermatoloog. Van verminking is in het geval van verzoeker geen sprake.

 5.3. Het dossier van verzoeker is tweemaal beoordeeld door de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar. Afhangende mondhoeken in de mate waarmee verzoeker kampt, passen heel goed bij een persoon van zijn leeftijd. Dat daardoor last ontstaat, is begrijpelijk; in kleine beetjes weglappend speeksel is denkbaar en dat is erg vervelend. Dit is echter een last die hoort bij veroudering. Dit is niet de aantoonbare lichamelijke functiestoornis die de wetgever heeft bedoeld. Een toetsbare functiestoornis wordt bijvoorbeeld bereikt wanneer hierdoor niet meer goed kan worden gegeten, met vermagering of voedingsstoornissen tot gevolg. Niet is gebleken dat verzoeker hieraan lijdt. Voorts is de aangevraagde behandeling niet doelmatig omdat opletten met eten, deppen en een goede mondhygiëne acceptabele alternatieven zijn. Er wordt daarnaast door de

ziektekostenverzekeraar getwijfeld aan de verwachting dat de ingreep gaat helpen. Een oudere huid, met verslakte mond- en wangspieren, kan zich onvoorspelbaar gedragen. Er zijn geen foto's opgevraagd omdat de behandeling niet doelmatig wordt geacht. Er is geen contact opgenomen met de behandelend arts omdat dit vanwege privacyredenen niet is toegestaan. De ziektekostenverzekeraar gaat uit van de gegevens zoals die in de aanvraag zijn vermeld. De aangevraagde behandeling wordt niet vergoed, omdat niet is voldaan aan artikel 1.2 van de zorgverzekering. Aan verzoeker is in overweging gegeven zich te wenden tot de behandelend arts met de vraag of er andere mogelijkheden zijn om de klachten te verhelpen. Soms ligt de oorzaak van klachten door overmatige speekselvorming namelijk in het gebit.

5.4. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen mogelijkheid tot enige vergoeding voor de aangevraagde behandeling.

5.5. Naar aanleiding van het verzoek om nader commentaar door de commissie, heeft de ziektekostenverzekeraar besloten verzoeker uit te nodigen voor het spreekuur van de medisch adviseur.

5.6. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard het vervelend te vinden dat verzoeker alles zo negatief heeft ervaren. De aanvraag van de plastisch chirurg is aan de regelgeving getoetst. Niet iedereen wordt op het spreekuur uitgenodigd; alleen bij twijfel wordt hiertoe overgegaan. Omdat verzoeker erg teleurgesteld was is hij alsnog opgeroepen voor het spreekuur van de medisch adviseur. Dit spreekuurbezoek heeft plaatsgevonden op 13 mei 2015. De medisch adviseur heeft medegedeeld dat moet worden nagegaan wat de oorzaak van de klachten is. Vooralsnog wordt geen akkoord gegeven voor de ingreep. De aanvullende informatie van verzoeker zou dit kunnen veranderen. Voorts is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat in het advies van het Zorginstituut zijn standpunt wordt onderschreven.

5.7. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

## 6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 10 van de zorgverzekering en artikel 7 van de aanvullende ziektekosten-verzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekosten-verzekering, bindend advies uit te brengen.

## 7. Het geschil

7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar is gehouden de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

## 8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.

8.2. De zorgverzekering betreft een mixpolis, zodat de verzekerde voor bepaalde vormen van zorg is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners, en voor andere vormen van zorg kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 tot en met 36 van de zorgverzekering.



- 8.3. Artikel 19 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op vergoeding van de kosten van plastische en/of reconstructieve chirurgie bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

**"Omschrijving**

*Uw recht op vergoeding van de kosten van geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 14 (Medisch specialistische zorg) omvat behandeling van plastisch-chirurgische aard, als het gaat om correctie van:*

- 1. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;*
- 2. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, een ongeval of een geneeskundige verrichting;*  
*(...)*
- 4. aangeboren misvormingen in verband met lip-, kaak- en gehemelte spleten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken en misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;*  
*(...)*

**Wie mag de zorg verlenen**

*Medisch specialist.*

**Verwijsbrief**

*Huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist of kaakchirurg.*

**Toestemming**

*U hebt voorafgaande toestemming nodig. Bij de aanvraag moet u een toelichting van uw behandelend medisch specialist meesturen. De toestemmingsprocedure kunt u terugvinden in artikel 1.9 van deze voorwaarden."*

- 8.4. Artikel 1.2 van de zorgverzekering betreft de medische noodzaak, en luidt, voor zover hier van belang:

*"U hebt recht op (vergoeding van de kosten van) zorg zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden als u op de zorgvorm naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen en als de zorgvorm doelmatig en doeltreffend is. De inhoud en omvang van de zorgvorm wordt mede bepaald door wat de betreffende zorgaanbieders aan zorg 'plegen te bieden'. (...)"*

- 8.5. De artikelen 1.2 en 19 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.6. Artikel 11, lid 1, onderdeel b Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Behandeling van plastisch-chirurgische aard, als onderdeel van geneeskundige zorg, is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 lid 1 sub b Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.1 Rzv. Artikel 2.1 lid 3 Bzv bepaalt dat de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht heeft voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

- 8.7. De Zvw, het daarop gebaseerde Bzv en de Rzv, schrijven dwingend voor welke prestaties onder de zorgverzekering verzekerd dienen te zijn. De verzekerde die een zorgverzekering sluit heeft recht op niet meer of minder dan deze prestaties. De zorgverzekering is in dit opzicht een bijzondere, van overheidswege gereguleerde vorm van schadeverzekering. Het staat de ziektekostenverzekeraar niet vrij een dekking te bieden die hetzij ruimer dan wel beperkter is dan op grond van het bij of krachtens de Zvw bepaalde is voorgeschreven.

De hiervoor beschreven regeling, zoals opgenomen in de zorgverzekering, strookt met de toepasselijke regelgeving.

9. Beoordeling van het geschil

**Ten aanzien van de zorgverzekering**

- 9.1. Een correctie van de mondhoeken - dan wel een facelift zoals aangevraagd door de behandelend plastisch chirurg - vormt een verzekerde prestatie in het kader van de zorgverzekering indien sprake is van een (verzekerings)indicatie in de vorm van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis dan wel verminking als bedoeld in artikel 19 onder 1 respectievelijk 2 van de zorgverzekering. Tussen partijen staat niet ter discussie dat het hier geen aangeboren misvorming betreft als bedoeld in artikel 19 onder 4 van de zorgverzekering.
- 9.2. Bij een aantoonbare lichamelijke functiestoornis kan in dit kader worden gedacht aan bijvoorbeeld onbehandelbaar smetten. Gesteld noch gebleken is dat verzoeker vanwege smetten onder behandeling is of is geweest bij een dermatoloog. De bestaande (smet)klachten kunnen kennelijk afdoende worden tegengegaan door te deppen en door een goede mondhygiëne, zodat niet kan worden gesproken van onbehandelbaar smetten. Het gegeven dat de huid rond de mond geïrriteerd is, is onvoldoende om tot een (verzekerings)indicatie te concluderen. Ook anderszins is niet gebleken van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. De door verzoeker en zijn behandelend arts genoemde klacht van vochtafvloed door afhangende mondhoeken is althans niet als zodanig aan te merken. Structurele problemen bij de inname van vocht of voedsel, leidend tot dehydratie of vermagering, zijn niet aan de orde. Een en ander wordt bevestigd door het voorlopig advies van 26 maart 2015 en het definitief advies van 11 augustus 2015 van het Zorginstituut.
- 9.3. Van verminking is slechts 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 door verlamming van de aangezichtszenuw en misvorming door brandwonden. Van verminking in voormelde zin is in het geval van verzoeker geen sprake. Dit wordt bevestigd door eerdergenoemd advies van het Zorginstituut.
- 9.4. Nu hiervoor is geconcludeerd dat een (verzekerings)indicatie ontbreekt, kan de vraag of de behandeling doelmatig is onbeantwoord blijven.
- 9.5. De commissie begrijpt dat verzoeker klachten ervaart, maar gezien het voorgaande is niet voldaan aan de voorwaarden van de zorgverzekering en de onderliggende regelgeving. Verzoeker heeft dan ook geen aanspraak op vergoeding van de kosten van een correctie van de mondhoeken - dan wel een facelift - ten laste van de zorgverzekering.

**Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering**

- 9.6. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde, zodat de aanspraak niet op die grond kan worden ingewilligd.
- 9.7. Hetgeen overigens door verzoeker is gesteld - met name ten aanzien van de onzorgvuldige behandeling van zijn aanvraag door de ziektekostenverzekeraar - kan niet leiden tot een ander oordeel.

**Conclusie**

- 9.8. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.





10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.



Zeist, 9 september 2015,



P.J.J. Vonk

