

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C te D
Zaak : Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, facelift
Zaaknummer : 2011.02029
Zittingsdatum : 7 maart 2012

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. H.P.Ch. van Dijk en mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden zorgverzekering 2011, art. 10 en 11 Zvw, 2.4 Bzv, 2.1 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2011)

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoekster,

tegen

C te D hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Standaard Zorgverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Aanvullend Plus afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een facelift en halslift (hierna: de aanspraak). Bij brief van 31 maart 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 14 juni 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster 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 e-mailbericht van 7 december 2011 heeft verzoekster 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 verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 16 januari 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 31 januari 2012 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 2 februari 2012 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 6 maart 2012 telefonisch medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 31 januari 2012 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 14 februari 2012 heeft het CVZ (zaaknummer 2012014945) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat bij verzoekster geen sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis dan wel verminking als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 15 februari 2012 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster is op 7 maart 2012 in persoon gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch aan de hoorzitting deelgenomen. Partijen zijn tijdens de hoorzitting in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Na afloop van de hoorzitting heeft de commissie de ziektekostenverzekeraar in de gelegenheid gesteld verzoekster op te roepen voor het spreekuur van de adviserend geneeskundige. Deze heeft verzoekster op 15 maart 2012 gezien en bij e-mailbericht van 5 april 2012 zijn advies uitgebracht. Een afschrift van dit advies is op 11 april 2012 aan verzoekster gezonden; zij is daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit stuk te reageren. Verzoekster heeft op 16 april 2012 op bedoeld advies gereageerd. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de wederpartij gezonden.
- 3.11. Bij brief van 17 april 2012 heeft de commissie het CVZ afschriften van het verslag van de hoorzitting en de nagekomen correspondentie gezonden met het verzoek mede te delen of deze stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 23 april 2012 de commissie medegedeeld dat de relevante stukken geen aanleiding vormen tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
- 4.1. Verzoekster lijdt aan het basaalcelnaevus syndroom. Als gevolg van dit syndroom heeft zij in het verleden veel cystes gehad die operatief zijn verwijderd. Door de vele operaties is in verzoeksters gelaat en hals een overschot aan huid ontstaan. Volgens verzoekster voldoet zij aan punt 1 en 2 van artikel 20 van de verzekeringsvoorwaarden.
- 4.2. De behandelend plastisch chirurg heeft bij verzoekster het volgende vastgesteld: *“Huidoverschot gelaat met in de voorgeschiedenis vele kaakoperaties”*.
- 4.3. Ter zitting is door verzoekster aangevoerd dat door de vele kaakoperaties een overschot aan huid is ontstaan. Door dit huidoverschot bijt verzoekster regelmatig op haar

wang waardoor wondjes in haar mond ontstaan. Er is derhalve sprake van een lichamelijke functiestoornis, die door de facelift kan worden verholpen. Een halslift is volgens verzoekster niet aangevraagd.

- 4.4. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek, voor zover het de facelift betreft, dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. Zowel ten aanzien van de facelift als de halslift voldoet verzoekster niet aan de polisvoorwaarden van de zorgverzekering aangezien bij haar geen sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of van verminking.
Ook op grond van artikel 31.1 van de aanvullende ziektekostenverzekering kan geen vergoeding plaatsvinden aangezien hier dezelfde voorwaarden voor vergoeding zijn vastgelegd als in de zorgverzekering. In artikel 31.2 is een vergoeding van 50 percent opgenomen als er naar de mening van de ziektekostenverzekeraar sprake is van bijzondere medische omstandigheden, hetgeen bij verzoekster echter niet het geval is.
- 5.2. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar herhaald dat bij verzoekster geen sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of van verminking als bedoeld in de zorgverzekering. Het tijdens de hoorzitting door verzoekster aangevoerde bijt-probleem is echter nieuw en dit was niet eerder bij de ziektekostenverzekeraar bekend. Vanwege dit probleem is de ziektekostenverzekeraar bereid verzoekster op te roepen voor het spreekuur van de adviserend geneeskundige.
- 5.3. De adviserend geneeskundige heeft tijdens het spreekuurbezoek geconstateerd dat bij verzoekster geen sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis dan wel verminking als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering. Wel adviseert hij de kosten van de facelift voor 50 percent te vergoeden ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering aangezien bij verzoekster sprake is van bijzondere medische omstandigheden.
- 5.4. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen voor zover het de zorgverzekering betreft.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op artikel 10 van de zorgverzekering en 8 van de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

- 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanvraag 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 restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in artikel 11 e.v. van de zorgverzekering.
Artikel 18 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op plastische en/of reconstructieve chirurgie bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“Artikel 18. Plastische en/of reconstructieve chirurgie

Omschrijving

Uw recht op vergoeding van de kosten van geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 13 (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;*
- (...)”*

- 8.3. Artikel 18 van de zorgverzekering is volgens artikel 2.3 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.4. 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 is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.1 Rzv.
- 8.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 8.6. In artikel 31 van de aanvullende ziektekostenverzekering is de aanspraak op reconstructieve en cosmetische of esthetische chirurgie opgenomen. Deze bepaling luidt, voor zover hier van belang:

“31.1 Reconstructieve chirurgie

Door

Medisch specialist

Omschrijving

- Vormverbeterende ingreep na verminking door een ongeval of ziekte;*
 - Bij een ernstige afwijking die bij de geboorte aanwezig en geconstateerd is of;*
 - Voor het opheffen van objectieveerbare functiestoornissen.*
- (...)”*

“31.2 Cosmetische of esthetische chirurgie

Vergoeding

- 50% van het honorarium van een medisch specialist;*
- 50% van de bijkomende kosten in een ziekenhuis of in polikliniek verbonden aan een ziekenhuis.*

Toestemming

U hebt vooraf toestemming van ons nodig.

Bijzonderheden

Vergoeding wordt uitsluitend verleend indien naar ons oordeel sprake is van bijzondere medische omstandigheden.”

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Aangezien door verzoekster ter zitting is bestreden dat de aanvraag – mede – betrekking heeft op een halslift, zal de commissie dit onderdeel van het verzoek verder laten rusten. Een facelift kan ten laste worden gebracht van de zorgverzekering indien sprake is van een afwijking in het uiterlijk die gepaard gaat met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen dan wel is te kwalificeren als verminking in de zin van de voorwaarden.
- 9.2. De lichamelijke klachten van verzoekster bestaan uit wondjes in de mond of wang doordat zij regelmatig op haar wang bijt. Voor het antwoord op de vraag of deze klachten aantoonbare lichamelijke functiestoornissen als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering zijn, is relevant of de klachten rechtstreeks worden veroorzaakt door het te corrigeren lichaamsdeel, en of de correctie leidt tot het verdwijnen van de klachten. Het CVZ heeft in zijn advies van 14 februari 2012 geconcludeerd dat dit bij verzoekster niet het geval is. De commissie neemt deze conclusie over en maakt die tot de hare.
- 9.3. Van verminking is slechts 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 aangezichtszenew, misvorming door brandwonden, replantatie van ledematen, reconstructie van geamputeerde ledematen of van geamputeerde mammae. Van verminking in bovenvermelde zin is in het onderhavige geval geen sprake.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.4. Artikel 31.1 van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de vergoeding van reconstructieve chirurgie. In de procedure is gesteld noch gebleken, en ook de overgelegde foto's wijzen niet in die richting, dat bij verzoekster sprake is verminking door ongeval of ziekte. Van de aanwezigheid van een objectiveerbare functiestoornis is evenmin gebleken, zodat op basis van dit artikel geen vergoeding kan plaatsvinden.
- 9.5. Op grond van artikel 31.2 van de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat aanspraak op vergoeding van 50 percent van de kosten van cosmetische of esthetische chirurgie indien kan worden gesproken van bijzondere medische omstandigheden. Bij e-mailbericht van 5 april 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar toegezegd op basis hiervan de kosten van de facelift alsnog voor 50 percent te vergoeden.

Conclusie

- 9.6. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
- 9.7. Gelet op de gang van zaken acht de commissie termen aanwezig dat de ziektekostenverzekeraar het entreegeld aan verzoekster vergoedt.
- 10. Het bindend advies
 - 10.1. De commissie wijst het verzoek af.
 - 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden een bedrag van € 37,-- ter zake van het door haar betaalde entreegeld.

Zeist, 9 mei 2012,

Voorzitter