

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen C en D, beide te E
Zaak : Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, facelift bij anetodermie
Zaaknummer : 2013.02170
Zittingsdatum : 18 december 2013

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2013, artt. 10 en 11 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,

tegen

1) C te D, en

2) E te F,

hierna gezamenlijk 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 Zorg-op-maatpolis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringwet (verder: Zvw).

Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Jongeren PZP 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).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een facelift (hierna: de aanspraak). Bij brief van 16 mei 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 brieven van 11 juni en 13 augustus 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.3. Bij klachtenformulier van 16 augustus 2013 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).

3.4. 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.

- 3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 22 oktober 2013 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 23 oktober 2013 aan verzoeker gezonden.
- 3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 13 november 2013 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.7. Bij brief van 23 oktober 2013 heeft de commissie het College voor Zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 28 november 2013 (zaaknummer 2013131373) heeft het CVZ 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 verzoeker geen sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis dan wel vermindering als bedoeld in de zorgverzekering. Hij heeft daarom geen indicatie voor de gevraagde plastisch-chirurgische ingreep. Een afschrift van het CVZ-advies is op 29 november 2013 aan partijen gezonden.
- 3.8. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 18 december 2013 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.9. Bij brief van 19 december 2013 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of het verslag aanleiding geeft tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 21 januari 2014 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. De behandelend dermatoloog heeft bij verzoeker de diagnose "*anetodermie van de huid*" gesteld, en hem doorverwezen naar de plastisch chirurg. De plastisch chirurg heeft voorgesteld te behandelen met een "*facelift, respectievelijk rhytidectomie van het gelaat en hals*".
- 4.2. Anetodermie is een aandoening waarbij de elasticiteit van de huid sterk is vermindert. Ten gevolge daarvan heeft verzoeker met zijn 21 jaar een erg gerimpeld gezicht, waardoor hij eruit ziet als iemand van 50 jaar oud. De ziektekostenverzekeraar vindt deze misvorming niet ernstig genoeg om een facelift te vergoeden. Hiermee is verzoeker het niet eens. De ziekte is inmiddels uitgewerkt, zodat een facelift een blijvend effect zal hebben. Verzoeker heeft door de aandoening geen sociale contacten van zijn leeftijd.
- 4.3. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat hij het gesprek tijdens het spreekuur van de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar erg onpersoonlijk vond. De medisch adviseur heeft geen lichamelijk onderzoek gedaan, en toch wordt zijn mening belangrijker geacht dan de mening van twee professoren. Er is in deze sprake van een medische indicatie en niet van een esthetische reden voor ingrijpen.
- 4.4. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. Verzoeker is gezien op het spreekuur van de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar. Deze deelt mede dat sprake is van enige slaphuid van de huid en veroudering bovenop de kalenderleeftijd. Het is aannemelijk dat dit komt door de huid-aandoening anetodermie. Echter, omdat de situatie van verzoeker gelijk is aan die welke wordt gezien in de normale populatie, is geen sprake van verminking als bedoeld in de regelgeving. Daarbij moet het gaan om een ernstige misvorming.
- 5.2. De ziektekostenverzekeraar begrijpt dat het voor verzoeker bijzonder vervelend is dat de huid van zijn gezicht slapper is geworden door een onderliggende lichamelijke aandoening en hij er hierdoor ouder uitziet dan hij is. De vergoedingsvoorwaarden voor plastische chirurgie onder de zorgverzekering zijn echter zeer strikt, zo ook het begrip "verminking". Deze voorwaarden zijn bepaald door de overheid. De ziektekostenverzekeraar mag niet meer of minder vergoeden dan de overheid heeft bepaald.
- 5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat het kan zijn dat iemand zelf ervaart dat sprake is van verminking, maar dat in de regelgeving wordt bedoeld op bijvoorbeeld derdegraads brandwonden. Van de zijde van de ziektekostenverzekeraar wordt zeker niet gezegd dat geen sprake is van een aandoening, maar het is geen verminking in de zin van de regelgeving.
- 5.4. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op artikel A.22. van 'Hoofdstuk A' van de zorgverzekering en 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 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 naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in 'Hoofdstuk B' van de zorgverzekering.
- 8.3. Artikel B.4.5.1. van 'Hoofdstuk B' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op behandelingen van plastisch-chirurgische aard be-

staat en luidt, voor zover hier van belang:

“B.4.5.1. Waar hebt u recht op?

U hebt recht op behandelingen van plastisch-chirurgische aard volgens de standaard van plastisch chirurgen. Het gaat om correcties van:

a. 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.

b. 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. Voorbeelden hiervan zijn: misvorming door brandwonden en geamputeerde (afgezette) benen, armen of borsten; (...)”

- 8.4. Artikel B.4.5.1. van ‘Hoofdstuk B’ van de zorgverzekering is volgens artikel A.2.4. van ‘Hoofdstuk A’ van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.5. Artikel 11, lid 1, onderdeel a 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 de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Plastische chirurgie is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.1 Rzv.
- 8.6. 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 facelift vormt een verzekerde prestatie op grond van de zorgverzekering en komt voor verstrekking in aanmerking mits een verzekeringsindicatie aanwezig is. Daarom dient te worden getoetst of bij verzoeker sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis dan wel verminking als bedoeld in artikel B.4.5.1. van ‘Hoofdstuk B’ van de zorgverzekering.
- 9.2. Bij een aantoonbare lichamelijke functiestoornis kan in dit kader worden gedacht aan bijvoorbeeld een beperking van het zicht door overhangende huid, of objectiveerbare pijnklachten. Gesteld noch gebleken is dat hiervan bij verzoeker sprake is. Ook anderszins is bij hem niet gebleken van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis.

- 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 aangezichtsenuw, 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.
- 9.4. De commissie begrijpt dat verzoeker de effecten van zijn aandoening ervaart als verminking, maar gezien het voorgaande is niet voldaan aan de eisen van de zorgverzekering en de onderliggende regelgeving. Verzoeker heeft dan ook geen aanspraak op een facelift, ten laste van de zorgverzekering.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.5. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor de onderhavige zorg, zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden ingewilligd.

Conclusie

- 9.6. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 29 januari 2014,

Voorzitter