

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen C te D
Zaak : Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, laserontharing van de rug
Zaaknummer : 2012.01210
Zittingsdatum : 9 januari 2013

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker,

Tegen C te D, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam zorgverzekeraar] Basispolis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Deze verzekering is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De eveneens afgesloten aanvullende ziektekostenverzekering AV Tand Compleet is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker heeft bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op laserontharing van de rug (hierna: de aanspraak). Begin 2012 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen. De brief waarmee voornoemde beslissing is medegedeeld is door partijen – ondanks het verzoek daartoe door de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) - niet in het geding gebracht.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brieven van 7 maart 2012 en 26 april 2012 heeft de zorgverzekeraar 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 zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar heeft wel de afwijzingsgrond gewijzigd.
- 3.4. Bij e-mailbericht van 13 augustus 2012 heeft verzoeker de commissie verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen ten laste van de zorgverzekering (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 zorgverzekeraar 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 zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 9 november 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 20 november 2012 aan verzoeker ge-

zonden.

- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 21 november 2012 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De zorgverzekeraar heeft op 3 januari 2013 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 20 november 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 december 2012 heeft het CVZ (zaaknummer 2012130942) 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 verminking. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker is op 9 januari 2013 in persoon gehoord. Verzoeker is daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 10 januari 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 15 januari 2013 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. Verzoeker heeft last van ingroeiende haren op zijn rug. Hierdoor ontstaan pijnlijke bultjes en ontstekingen. Daarom wordt verzoeker sinds 6 januari 2009, op aanraden van zijn huisarts, met behulp van een laser behandeld om zijn rug permanent te ontharen. De ontharing vindt dus plaats op medische gronden. Verzoeker heeft enkele keren de kosten van voornoemde behandeling bij de zorgverzekeraar gedeclareerd, maar de vergoeding hiervan is steeds afgewezen.
- 4.2. Verzoeker heeft een en ander laten uitzoeken door een advocaat. Deze heeft geconcludeerd dat verzoeker in principe aanspraak heeft op de gevraagde zorg, maar dat hij in de onderhavige situatie geen recht heeft op vergoeding, omdat de behandeling niet is uitgevoerd door een medisch specialist. Verzoeker heeft echter voor de goedkoopste oplossing gekozen, omdat de zorgverzekeraar de laserontharing niet wilde vergoeden en de kosten daardoor voor zijn rekening bleven. Als hij de behandeling door een dermatoloog had laten uitvoeren, was dit veel duurder geweest, maar zouden de kosten wel zijn vergoed.
- 4.3. De behandelend lasertherapeute heeft bij brief van 23 maart 2012 verklaard dat tijdens het intakegesprek bij verzoeker sprake was van duidelijke ontstekingen op zijn rug die werden veroorzaakt door ingegroeide haren. De enige optie om dit te verhelpen is permanente ontharing. Inmiddels is een redelijk resultaat geboekt. Echter, omdat overbeharing op de rug bij mannen vaak van hormonale aard is, zijn de haarzakjes hardnekkig. Hierdoor zijn veel behandelingen noodzakelijk.

- 4.4. De huisarts heeft in zijn brief van 29 maart 2012 verklaard dat verzoeker recidiverende folliculitiden op zijn rug heeft. Hij wordt hiervoor sinds 2009 behandeld door een erkende therapeute voor laserbehandeling. Voor verzoeker is permanente ontharing de enige werkende therapie zodat de haarfollikels niet steeds zullen ontsteken. De behandeling is volgens de huisarts absoluut medisch noodzakelijk.
- 4.5. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar, na de afwijzing van zijn tweede aanvraag, telefonisch heeft medegedeeld dat de onderhavige behandeling noodzakelijk is, maar dat de kosten niet worden vergoed omdat de zorg niet wordt verleend door de juiste zorgverlener. Helaas heeft hij niet verzocht om een schriftelijke bevestiging van dit gesprek. Verzoeker heeft benadrukt dat er een medische noodzaak is voor de onderhavige behandeling en dat deze niet om cosmetische redenen wordt uitgevoerd.
- 4.6. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar
 - 5.1. De zorgverzekeraar heeft in de heroverweging gesteld dat het verzoek om vergoeding van de kosten van laserontharing is afgewezen, omdat deze behandeling niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Er is daarom geen sprake van een verzekerde prestatie op grond van de zorgverzekering.
 - 5.2. In de brief aan de Ombudsman Zorgverzekeringen van 2 augustus 2012 heeft de zorgverzekeraar echter verklaard dat voornoemde afwijzingsgrond niet correct was. Laserontharing is namelijk een "gebruikelijke vorm van zorg en valt onder medisch-specialistische zorg". De aanvraag voor laserbehandeling dient te worden getoetst aan de polisvoorwaarden voor plastische chirurgie. Aangezien bij verzoeker geen sprake is van een indicatie voor plastische chirurgie in de vorm van verminking of een afwijking in het uiterlijk die gepaard gaat met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen, heeft hij geen aanspraak op de gevraagde behandeling.
 - 5.3. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.
6. De bevoegdheid van de commissie
 - 6.1. In artikel 18 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering wordt voor geschillenbeslechting verwezen naar de commissie. Er is echter geen verwijzing naar de bevoegde rechter opgenomen, hoewel dit zou moeten. Dit maakt de bepaling waarin naar de commissie wordt verwezen op grond van de wet vernietigbaar. Om te voorkomen dat de commissie niet over de kwestie kan adviseren, omdat in de loop van de procedure tot vernietiging wordt besloten, en verzoeker zich (alsnog) tot de bevoegde rechter moet wenden, heeft de commissie verzoeker hierop bij brief van 14 augustus 2012 gewezen. Verzoeker heeft de commissie, in reactie hierop, op 3 oktober 2012 per e-mail nadere informatie gestuurd. De commissie beschouwt dit als een bevestiging dat verzoeker gebruik wil maken van de in de verzekeringsvoorwaarden geboden mogelijkheid een bindend advies te vragen aan de commissie. Hierdoor is in geval van vernietiging van bedoelde bepaling toch een formele basis aanwezig voor de bindende advisering.

7. Het geschil

7.1. In geschil is of verzoeker aanspraak heeft op laserontharing van zijn rug ten laste van de zorgverzekering.

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 de artikelen 1 e.v. van de 'lijst van verstrekkingen' van de zorgverzekering.

Artikel 2 onder d van de 'lijst van verstrekkingen' van de zorgverzekering regelt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op plastisch-chirurgische behandelingen in een zelfstandig behandelcentrum of bij een extramuraal werkend specialist bestaat, en luidt voor zover hier van belang:

“op behandeling van plastisch-chirurgische aard bestaat slechts aanspraak indien de behandeling strekt tot correctie van:

a afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;

b verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;

(...)

De plastisch-chirurgische zorg omvat onderzoek en behandeling door een medisch specialist in een zelfstandig behandelcentrum of een extramuraal werkend medisch specialist. De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen medisch specialisten als zorg plegen te bieden. (...)”

8.3. Artikel 2 van de 'lijst van verstrekkingen' van de zorgverzekering is volgens artikel 4 van de algemene voorwaarden 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. 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 zorgverzekeraar 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

- 9.1. Mede gelet op het door de zorgverzekeraar op 2 augustus 2012 in tweede instantie ingenomen standpunt, is de vraag of de door verzoeker gewenste behandeling voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk zoals bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering thans niet meer aan de orde. De vraag die allereerst dient te worden beantwoord is of verzoeker een (verzekerings)indicatie heeft voor de onderhavige behandeling.
- 9.2. De zorgverzekering biedt dekking voor een behandeling van plastisch chirurgische aard indien bij de verzekerde sprake is van een (verzekerings)indicatie in de vorm van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis dan wel verminking als bedoeld in artikel 2 onder d van de 'lijst van verstrekkingen' van de zorgverzekering.
- 9.3. Om te kunnen spreken van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis moet het aannemelijk zijn dat de aangevoerde lichamelijke 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 verzoeker is niet gebleken van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis in deze zin.
- 9.4. 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 kan in het onderhavige geval niet worden gesproken.
- 9.5. Aangezien een (verzekerings)indicatie ontbreekt, kan verder in het midden blijven dat de behandeling is uitgevoerd door een huidtherapeute, en niet door een medisch specialist, zoals artikel 2 onder d van de 'lijst van verstrekkingen' van de zorgverzekering bepaalt.
- 9.6. **Conclusie**
- 9.7. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 23 januari 2013,

Voorzitter