



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen IZA Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem  
Zaak : Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, haartransplantatie bij frontale fibroserende alopecia  
Zaaknummer : 201701447  
Zittingsdatum : 13 juni 2018

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en mr. L. Ritzema)

(Voorwaarden zorgverzekering 2017, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2017)

---

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

IZA Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, 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 verzekering IZA Eigen Keuze (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 IZA Extra Zorg 2 afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek.

De eveneens ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar afgesloten aanvullende verzekering IZA Extra Tand 2 is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding









3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van een haartransplantatie (hierna: de aanspraak). Bij brief van 17 juli 2017 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 27 juli 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft ertoe geleid dat verzoekster is uitgenodigd op het spreekuur van de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar. Het bezoek aan de medisch adviseur heeft geen wijziging van het standpunt van de ziektekostenverzekeraar tot gevolg gehad.

3.4. Bij brief van 10 december 2017 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 10 april 2018 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 13 april 2018 aan verzoekster gezonden.
-  3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 20 april 2018 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 9 mei 2018 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
-  3.8. Bij brief van 13 april 2018 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 1 mei 2018 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2018019064) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat uit het dossier niet blijkt dat bij verzoekster sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of verminking. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 1 mei 2018 aan partijen gezonden.
-  3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 13 juni 2018 in persoon respectievelijk gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
-  3.10. Bij brief van 19 juni 2018 heeft de commissie het Zorginstituut afschriften van de aantekeningen van de hoorzitting, een pleitnota en nagekomen stukken gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen, pleitnota en nagekomen stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 27 juni 2018 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen, de pleitnota en de nagekomen stukken geen aanleiding vormen tot aanpassing van het advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
-  4.1. De behandelend dermatoloog heeft over verzoekster het volgende verklaard: “(...) *Bovenvermelde patiënte bezocht onze polikliniek in verband met cicatriciële frontale alopecia. Momenteel is de aanvoering stabiel. Patiënte werd een haartransplantatie geadviseerd.(...)*”
-  4.2. Verzoekster heeft last van haaruitval. De onderliggende oorzaak voor deze frontale fibroserende alopecia (FFA) is een auto-immuunziekte. Hierdoor kampt zij met haaruitval aan de voor- en zijkanten van haar hoofdhaar en littekenvorming. De dermatoloog, bij wie zij al jaren onder behandeling is en die een expert is op het gebied van haarziekten, heeft haar doorverwezen naar een haarkliniek. In vervolg op deze verwijzing is ten behoeve van verzoekster door het Hair Science Institute te Maastricht een behandelplan met betrekking tot een haartransplantatie opgesteld. De voorgestelde behandeling bestaat uit een proefbehandeling en twee reguliere behandelingen. De proefbehandeling kost € 570,- en de reguliere behandelingen kosten, afhankelijk van het aantal ‘grafts’, € 4.900,- dan wel € 5.800,- per stuk. Ter vergelijking van deze kosten verwijst verzoekster naar de vergoeding van een pruik en een reservepruik ten laste van de zorgverzekering en de aanvullende verzekering.
-  4.3. In tegenstelling tot hetgeen de ziektekostenverzekeraar stelt, laten de door verzoekster overgelegde foto's volgens haar zien dat haar hoofdhaar de hoofdhaar onvoldoende bedekt. Bovendien gaat hij volledig voorbij aan het feit dat de omstandigheden in de buitenlucht anders zijn dan thuis of op kantoor. In verband met de doelmatigheid van de haartransplantatie merkt verzoekster op dat zij op 31 augustus 2017 de proefbehandeling heeft ondergaan op grond waarvan wordt beoordeeld of de behandeling een duurzame oplossing voor de haaruitval vormt. Indien dit na negen maanden het geval blijkt, volgen de twee reguliere behandelingen. Volgens verzoekster maakt de ziektekostenverzekeraar ten onrechte geen onderscheid tussen een cosmetische en een medische behandeling.

4.4. Verzoekster benadrukt dat de aandoening een grote impact heeft op haar leven en haar ernstig belemmert in haar functioneren. Hierbij merkt zij op dat het dragen van een pruik geen alternatief is vanwege haar allergie voor hars. Hars wordt onder andere verwerkt in lijm.

4.5. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat bij haar - in tegenstelling tot hetgeen de ziektekostenverzekeraar stelt - sprake is van verminking als gevolg van genoemde aandoening. In reactie op de stelling van de ziektekostenverzekeraar dat een haartransplantatie in littekenweefsel een kleine slagingskans heeft, heeft verzoekster gesteld dat negen maanden na de proefbehandeling de score 95 percent is, terwijl 50 percent al als voldoende wordt beschouwd. Zij benadrukt dat de haartransplantatie een definitieve oplossing is en voor haar minder belastend is dan het dragen van een pruik. Verzoekster merkt op dat zij het vervelend vindt dat haar situatie volgens de ziektekostenverzekeraar wel meevalt.

4.6. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

#### 5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van een haartransplantatie, een behandeling van plastisch chirurgische aard. De zorgverzekering biedt hiervoor dekking indien sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of verminking als gevolg van een ziekte, ongeval, of geneeskundige verrichting. Dit is bij verzoekster niet aan de orde. De ziektekostenverzekeraar merkt hierbij op dat zijn medisch adviseur haar in het kader van de bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen op het spreekuur heeft uitgenodigd, en op basis van dit onderzoek, de overgelegde foto's, de anamnese en het intercollegiale overleg heeft geoordeeld dat bij verzoekster geen sprake is van verminking, zoals bedoeld in de geldende wet- en regelgeving; zij heeft voldoende bedekking van het haar dat over het frontale gedeelte van de alopecia kan worden gekamd.

5.2. De ziektekostenverzekeraar meent voorts dat een haartransplantatie bij verzoekster weinig doelmatig is, aangezien een haartransplantatie in littekenweefsel een kleine slagingskans heeft. Ook is frontale fibroserende alopecia een chronische aandoening, zodat het getransplanteerde haar weer kan uitvallen. De ziektekostenverzekeraar vraagt zich in dit verband af "*in hoeverre de houdbaarheid van getransplanteerd haar geborgd is*". Voorts brengt een allergie voor bepaalde lijmsorten niet noodzakelijkerwijs met zich dat het dragen van een pruik of haarstukje niet mogelijk is.

5.3. Gelet op het voorgaande biedt de zorgverzekering geen dekking voor de kosten van een haartransplantatie bij verzoekster. Ook de aanvullende ziektekostenverzekering biedt hiervoor geen dekking. De ziektekostenverzekeraar vergoedt de ingreep niet op grond van coulance. Hij merkt hierbij nog op dat de maximale vergoeding voor pruiken, waarop aanspraak bestaat op grond van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering, niet kan worden gebruikt voor vergoeding van de kosten van een haartransplantatie.

5.4. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt herhaald.

5.5. 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 'Voorwaarden' van de zorgverzekering en artikel 7 van de 'Voorwaarden' 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 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 restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 tot en met 39 van de 'Voorwaarden' van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 20 van de 'Voorwaarden' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op 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 15 (Medisch specialistische zorg) omvat behandeling van plastisch-chirurgische aard, als het gaat om:*

- 1. correctie van afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;*
  - 2. correctie van verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, een ongeval of een geneeskundige verrichting;*
- (...)*

**Wat wordt bedoeld met behandelingen van plastische chirurgische aard?**

*Onder behandelingen van plastische chirurgische aard wordt verstaan: vorm- of aspect veranderende ingrepen van het uiterlijk. Deze ingrepen zijn niet beperkt tot het specialisme plastische chirurgie.*

**Wanneer hebt u recht op vergoeding van de kosten van behandelingen van plastisch-chirurgische aard?**

*In de ‘Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch-chirurgische aard’ vindt u een nadere toelichting wanneer u recht hebt op deze zorg bij de genoemde criteria. Deze werkwijzer is opgesteld door de Vereniging van artsen, tandartsen en apothekers werkzaam bij (zorg)-verzekeraars (VAGZ), Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en het Zorginstituut Nederland. U vindt deze werkwijzer op onze website.”*

8.4. Artikel 20 van de 'Voorwaarden' van de zorgverzekering is volgens artikel 2.9 van de 'Voorwaarden' van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.5. Artikel 11, eerste lid, Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft. Degene die is verzekerd op basis van een zuivere restitutiepolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten. Degene die is verzekerd op grond van een naturapolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit de zorg of overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Naast zuivere restitutiepolissen en naturapolissen bestaan er combinatiepolissen, waarbij de invulling van de zorgplicht per dekkingsrubriek verschilt. Verzekerden op basis van een zuivere restitutiepolis hebben, op grond van artikel 2.2, tweede lid, onder b, Bzv aanspraak op vergoeding van de

betreffende kosten, tenzij deze hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden passend is te achten. Voor de naturapolissen en combinatiepolissen stelt de zorgverzekeraar, overeenkomstig artikel 13, eerste en tweede lid, Zvw, de vergoeding vast in het geval de verzekerde gebruik maakt van een niet door de zorgverzekeraar voor die zorg of dienst gecontracteerde aanbieder, en deze neemt hij op in zijn verzekeringsvoorwaarden. Hierbij houdt de zorgverzekeraar rekening met eventueel van toepassing zijnde eigen bijdragen.

Behandelingen van plastisch chirurgische aard zijn 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. Vast staat dat verzoekster lijdt aan frontale fibroserende alopecia en dat deze aandoening leidt tot haaruitval en littekenvorming. De haartransplantatie die zij in verband met deze aandoening wenst te ondergaan, is een vorm- of aspectverbeterende behandeling, en daarmee naar zijn aard een plastisch chirurgische behandeling. Aanspraak op een behandeling van plastisch chirurgische aard ten laste van de zorgverzekering bestaat indien bij betrokkene een (verzekerings)indicatie aan de orde is in de vorm van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis dan wel verminking als gevolg van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting, zoals bedoeld in artikel 20 van de 'Voorwaarden' van de zorgverzekering.
- 9.2. Gesteld noch gebleken is dat bij verzoekster een aantoonbare lichamelijke functiestoornis bestaat.
- 9.3. 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. Aangezien geen van deze situaties bij verzoekster aan de orde is en haar situatie hiermee tevens niet in ernst vergelijkbaar is, kan niet worden gesproken van verminking in bovenvermelde zin.
- 9.4. Omdat de zorgverzekering louter dekking biedt voor een haartransplantatie indien bij verzoekster sprake is van een van de in 9.1. genoemde (verzekerings)indicaties, en hiervóór is overwogen dat dit niet het geval is, kan hetgeen verzoekster overigens heeft aangevoerd, met name dat zij onvoldoende hoofdhaar heeft om haar hoofdhaar te bedekken, dat de door haar overgelegde foto's niet representatief zijn, en dat zij als gevolg van het haarverlies wordt belemmerd in haar functioneren, niet leiden tot een ander oordeel. Verzoekster heeft verwezen naar de verzekeringsvoorwaarden, waarin een maximale vergoeding voor een pruik en een reservepruik ten laste van de zorgverzekering is opgenomen. Voor zover zij hiermee wenst te stellen dat de ziektekostenverzekeraar deze maximumvergoeding aan haar moet verlenen als ware aan haar een pruik en een reservepruik afgeleverd, overweegt de commissie dat, aangezien deze hulpmiddelen feitelijk niet aan haar zijn afgeleverd, sprake is van substitutie van zorg. De zorgverzekering kent niet de mogelijkheid van substitutie, zodat deze stelling niet kan leiden tot vergoeding van de kosten van een haartransplantatie. De commissie merkt nog op dat de wens een haartransplantatie te ondergaan invoelbaar is, en dat verzoekster zich hierbij gesteund voelt door

de behandelend dermatoloog, maar dat een verschil bestaat tussen een medische indicatie en een (verzekerings)indicatie.

#### **Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering**

- 9.5. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde, zodat het verzoek niet op grond van die verzekering kan worden toegewezen. Voorts kent ook de aanvullende ziektekostenverzekering niet de mogelijkheid van substitutie van zorg.

#### **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, 4 juli 2018,

G.R.J. de Groot