



**SKGZ**



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen Zilveren Kruis Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht en Achmea  
Zorgverzekeringen N.V. te Zeist  
Zaak : Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, neuscorrectie  
Zaaknummer : 201500075  
Zittingsdatum : 1 juli 2015

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden zorgverzekering 2014, artt. 10 en 11 Zvw, 2.4 Bzv, 2.1 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2014)

---

1. Partijen

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

- 1) Zilveren Kruis Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, en
- 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist,  
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 Beter Af 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 Beter Af Plus Polis 3 sterren 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 Beter Af Tandarts Polis 3 sterren 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 neuscorrectie (hierna: de aanspraak). Bij brief van 22 augustus 2014 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 23 december 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. Bij e-mailbericht van 9 januari 2015 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 28 april 2015 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 1 mei 2015 aan verzoeker gezonden.

- 3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 22 mei 2015 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 15 juni 2015 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.7. 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, gebruik makend van de haar op grond van artikel 22 van dit reglement toekomende bevoegdheid, de onderhavige zaak in afwijking van het bepaalde in artikel 13, lid 5 onder a van bedoeld reglement enkelvoudig wordt afgedaan.
- 3.8. Bij brief van 1 mei 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 mei 2015 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2015056166) 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 plastische chirurgie. Op basis van het dossier zijn er geen aanwijzingen dat sprake is van een verminking of van aantoonbare lichamelijke functiestoornissen. Met name blijkt niet dat sprake is van een chronische obstructie van de neusdoorgankelijkheid met klinisch relevante symptomen of van een forse deformiteit. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 8 juni 2015 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 1 juli 2015 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.10. Bij brief van 6 juli 2015 heeft de commissie het Zorginstituut een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 8 juli 2015 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen 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 verzoeker
- 4.1. In juni 2012 is verzoeker voor het laatst geopereerd aan zijn neus. Deze behandeling is door de ziektekostenverzekeraar vergoed. De redenen hiervoor waren de psychische klachten en de vernauwing die zorgde voor een belemmering van de ademhaling. Deze klachten zijn door de behandeling grotendeels verholpen. Voor een goed eindresultaat is echter nog een kleine ingreep nodig.
- 4.2. De behandelend plastisch chirurg heeft over verzoeker het volgende verklaard: "(...) Ik opereerde patiënt in 2012. Dit betrof een status na een neusfractuur en een hondenbeet in de neus. De neuspunt werd gecorrigeerd. Op 12-08-2014 presenteerde patiënt zich opnieuw op het spreekuur in verband met wederom een deformiteit in de vorm van een scheef getrokken neuspunt ten gevolge van littekenretractie."
- 4.3. Bij verzoeker is sprake van (i) verminking van zijn neus, (ii) abnormale wildgroei van vlees in zijn neus, (iii) terugkerende ontstekingen in/op de plekken van wildgroei van vlees, (iv) gevoel van verstoptheid/ verminderde luchtinlaat in zijn neus, en (v) psychische klachten. Op basis hiervan komt verzoeker in aanmerking voor een neuscorrectie. De ziektekostenverzekeraar heeft de aanvraag hiertoe echter afgewezen. Verzoeker komt op tegen deze beslissing. Uit de overgelegde foto's en de verklaring van de plastisch chirurg blijkt duidelijk dat verzoeker last heeft van een functionele beperking. Bij de rechter neusholte is sprake van wildgroei van vlees door een eerdere operatie die verzoeker heeft ondergaan. Dit zorgt voor een gevoel van verstoptheid en een belemmering bij het ademen. Verzoeker ondervindt hier dagelijks hinder van. De aangevraagde behandeling betreft het rechtzetten van de neuspunt alsmede de verwijdering van



overtollig littekenweefsel. Derhalve is sprake van een ingreep aan de binnenkant van de neus, en niet aan de buitenkant.

De ziektekostenverzekeraar begrijpt de klachten van verzoeker niet.



Verzoeker benadrukt dat de neuscorrectie geen cosmetische ingreep is. De aangevraagde behandeling zal hem van zijn klachten afhelpen. De aanvraag is weliswaar gedaan door een plastisch chirurg, maar dit is omdat deze arts verzoeker eerder heeft geopereerd en verzoeker bij hem onder controle is. De plastisch chirurg kent de situatie van verzoeker.

- 
- 4.4. Bij het spreekuur van de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar is enkel naar verzoeker geluisterd en gekeken, en heeft geen lichamelijk onderzoek plaatsgevonden. Bovendien is deze medisch adviseur niet onafhankelijk. Verzoeker heeft voorgesteld zich te laten onderzoeken door een onafhankelijke arts, maar hierop werd door de ziektekostenverzekeraar niet gereageerd. Overigens is verzoeker hiertoe nog immer bereid.

- 
- 4.5. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling zijn standpunt herhaald.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 
- 5.1. 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.



Behandeling van plastisch-chirurgische aard is geregeld in artikel 2.4 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.1 Rzv.

Artikel 27 van de 'Aanspraken en vergoedingen' van de zorgverzekering betreft plastische chirurgie. Dit artikel is gebaseerd op de artikelen 2.4 Bzv en 2.1 Rzv.



De vergoedingscriteria voor plastische chirurgie zijn zeer strikt. Wanneer sprake is van verminking of van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis komt een plastisch-chirurgische behandeling voor vergoeding in aanmerking. Bij verminking moet het gaan om een zeer forse deformiteit. Deze dient het gevolg te zijn van een ongeval, ziekte of geneeskundige verrichting.

- 
- 5.2. Op 12 augustus 2014 is van de behandelend plastisch chirurg een aanvraag ontvangen voor een neuscorrectie bij verzoeker. Om de aanvraag te kunnen beoordelen heeft verzoeker, op verzoek van de ziektekostenverzekeraar, foto's van de voor- en zijkant van zijn neus opgestuurd. De medisch adviseur heeft vervolgens de door verzoeker aangegeven klachten en de ingestuurde foto's beoordeeld. Op 16 december 2014 heeft verzoeker het spreekuur van de medisch adviseur bezocht.



Bij verzoeker kan niet worden gesproken van verminking als bedoeld in de wet en de voorwaarden van de zorgverzekering. Evenmin is gebleken dat bij verzoeker sprake is van ernstige lichamelijke klachten die aan te merken zijn als een aantoonbare lichamelijke functiestoornis en die direct worden veroorzaakt door de scheefstand of de wildgroei van vlees. Uit het onderzoek van de medisch adviseur is naar voren gekomen dat de doorgankelijkheid van de neus goed is.



Derhalve is verzoeker niet redelijkerwijs aangewezen op een gecombineerde in- en uitwendige neuscorrectie. De ziektekostenverzekeraar gaat niet over tot vergoeding van de kosten van deze ingreep.

- 
- 5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt herhaald. Voorts heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat er richtlijnen zijn waaraan medisch adviseurs zich moeten houden. Zodoende is sprake van een objectieve beoordeling door de medisch adviseur.

- 
- 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 18 van de 'Algemene voorwaarden' 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 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 combinatiepolis, zodat de verzekerde voor bepaalde vormen van zorg en diensten is aangewezen op door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders en voor overige vormen van zorg en diensten kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 1 tot en met 42 van de 'Aanspraken en vergoedingen' van de zorgverzekering.

- 8.3. Artikel 27 van de 'Aanspraken en vergoedingen' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op plastische chirurgie bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

*“Wij vergoeden de kosten van chirurgische ingrepen van plastisch-chirurgische aard door een medisch specialist, in een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum (ZBC) als deze ingrepen leiden tot een 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;*  
*(...)*

**Voorwaarden voor vergoeding**

*1 U moet zijn doorverwezen door een huisarts of medisch specialist.*

*2 Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.*

*(...)”*

- 8.4. Artikel 27 van de 'Aanspraken en vergoedingen' van de zorgverzekering is volgens artikel 1 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.5. 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.

- 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. Aanspraak op een neuscorrectie, zijnde een behandeling van plastisch-chirurgische aard, bestaat als sprake is van een (verzekerings)indicatie in de vorm van een afwijking in het uiterlijk die gepaard gaat met een aantoonbare lichamelijke functiestoornis dan wel verminking die het gevolg is van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting als bedoeld in artikel 27 van de 'Aanspraken en vergoedingen' van de zorgverzekering.
- 9.2. Bij een aantoonbare lichamelijke functiestoornis kan in dit kader worden gedacht aan een chronische obstructie van de neusdoorgankelijkheid met klinisch relevante symptomen als gevolg van een duidelijke anatomische en/of structurele afwijking, die als oorzaak van deze klachten aanwijsbaar is en die alleen gecorrigeerd kan worden met een uitwendige neuscorrectie. Daarvan is bij verzoeker geen sprake. 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. 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. Van verminking in deze zin is in het onderhavige geval geen sprake. De commissie begrijpt dat in de beleving van verzoeker sprake is van verminking, maar naar objectieve maatstaven is van verminking in bovenbedoelde zin bij hem niet gebleken.
- 9.4. Psychische klachten, hoe begrijpelijk ook in het onderhavige geval, vormen geen verzekeringsindicatie op grond waarvan ten laste van de zorgverzekering aanspraak bestaat op behandeling van plastisch-chirurgische aard.
- 9.5. Het voorgaande wordt bevestigd door het Zorginstituut in zijn advies van 26 mei 2015. Derhalve heeft verzoeker geen aanspraak op een neuscorrectie ten laste van de zorgverzekering.
- 9.6. Met betrekking tot de stelling van verzoeker dat de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar geen lichamelijk onderzoek heeft verricht en deze bovendien niet onafhankelijk is, merkt de commissie op dat de regelgeving en de hierop gebaseerde polisvoorwaarden duidelijk zijn. Aan de hand van de aanvraag, de verklaring van de plastisch chirurg, de overgelegde foto's en het spreekuurbezoek waarbij alleen is gesproken en gekeken, heeft de medisch adviseur, in zijn hoedanigheid van arts, tot een zorgvuldige beoordeling kunnen komen. De commissie ziet dan ook geen aanleiding een onderzoek door een onafhankelijke arts te gelasten.

**Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering**

- 9.7. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde, zodat de aanspraak niet op die grond kan worden ingewilligd.

**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, 15 juli 2015,

mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester