



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, als wettelijk vertegenwoordiger van de minderjarige C, tegen OWM Centrale
Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A. en OWM Centrale Zorgverzekeraars groep
Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar U.A., beide te Tilburg

Zaak : Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, neuscorrectie

Zaaknummer : 201602025

Zittingsdatum : 22 maart 2017



Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. P.J.J. Vonk)



(Voorwaarden zorgverzekering 2016, artt. 10 en 11 Zvw, 2.4 Bzv, 2.1 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2016)

1. Partijen



A, hierna te noemen: verzoeker, als wettelijk vertegenwoordiger van de minderjarige C, hierna te noemen: verzekerde, beiden te B,

tegen

- 
- 1) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg, en
 - 2) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 
- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzekerde bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de CZ Zorg-op-maatpolis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel, 1 onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzekerde bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Basis Collectief 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 (verder: BW).
De eveneens afgesloten aanvullende verzekering Tandarts Collectief 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 ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een uitwendige neuscorrectie ten behoeve van verzekerde (hierna: de aanspraak). Bij brief van 18 mei 2016 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 28 juni 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 
- 3.3. Verzoeker heeft zich hierop gewend tot de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen. Bij brief van 5 oktober 2016 heeft de Ombudsman Zorgverzekering hem medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling.
- 
- 3.4. Bij brief van 1 november 2016 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).
- 
- 3.5. 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.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 28 december 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 2 januari 2017 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 6 januari 2017 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 30 januari 2017 schriftelijk medegedeeld eveneens in persoon te willen worden gehoord.
- 3.8. 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 de onderhavige zaak enkelvoudig wordt afgedaan.
- 3.9. Bij brief van 2 januari 2017 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 25 januari 2017 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2017000242) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen. *"Op basis van het dossier zijn er geen aanwijzingen dat sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis, met name blijkt niet dat er klinisch relevante symptomen zijn, passende bij een chronische obstructie van de neus, 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 operatieve neuscorrectie. Uit het dossier blijkt ook niet dat sprake is van een verminking of een forse deformiteit."* Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 26 januari 2017 aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 22 maart 2017 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.11. Bij brief van 22 maart 2017 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 28 maart 2017 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. De behandelend KNO-arts heeft ten aanzien van verzekerde het volgende verklaard: *"Scheefstand neus bij septumdeviatie en forse conchae met passage klachten, na neustrauma. Is verminking en dient derhalve als basispakket vergoed te worden. Tweelingbroer heeft een kaarsrechte neus en daardoor is de frustratie des te groter; (...)"*
- 4.2. Verzekerde heeft een scheefgroei van de neus als gevolg van een bal die hij tegen zijn neus heeft gehad. Het aanraken van de neus doet erg pijn, waardoor verzekerde zelfs niet meer op zijn buik kan slapen. Volgens de KNO-arts heeft verzekerde door het trauma een verminking aan zijn neus, waarvan de behandeling ten laste komt van de zorgverzekering. Verzoeker vindt het opmerkelijk dat de ziektekostenverzekeraar de verklaring van de KNO-arts niet volgt. De ziektekostenverzekeraar bepaalt steeds meer, waardoor de expertise van de deskundige er steeds minder toe doet. Op deze manier wordt verzekerde niet eerlijk behandeld. Om de bevindingen van de KNO-arts te laten toetsen, is verzekerde bereid het medisch spreekuur van de ziektekostenverzekeraar te bezoeken.
- 4.3. Volgens de ziektekostenverzekeraar moet sprake zijn van een ernstige deformiteit. Verzoeker vraagt zich echter af hoe de mate van deformiteit kan worden bepaald en wie dit uiteindelijk vaststelt. Het is een discussie die niet nodig hoeft te zijn. Verzoeker vindt het zeer kwalijk dat de

ziektekostenverzekeraar zich hierop beroept. Verzekerde vindt zijn neus namelijk verschrikkelijk en zou graag weer hetzelfde uiterlijk hebben als vóór het trauma.

4.4. Verzekerde is één van een eeneiige tweeling. Hij wordt hierdoor dagelijks geconfronteerd met een broer die wel een kaarsrechte neus heeft, zoals verzekerde vroeger ook had. Dit frustreert hem enorm.

4.5. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat de discussie uiteindelijk de verkeerde kant is opgegaan. Het is begonnen met een aanvraag vanwege de pijn aan de neus, vervolgens gaat het geschil om de esthetiek.

Voorts speelt de vraag waarom verzoeker niet is uitgenodigd voor het medisch spreekuur bij de ziektekostenverzekeraar. De KNO-arts was namelijk stellig dat een vergoeding zou plaatsvinden.

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. Een uitwendige neuscorrectie kan alleen worden vergoed vanuit de zorgverzekering indien sprake is van een verzekeringsindicatie in de vorm van verminking, die het gevolg is van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting, dan wel van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis.

5.2. Bij verminking moet het gaan om een zeer ernstige misvorming. Er bestaat een aantoonbare lichamelijke functiestoornis, indien de verzekerde last heeft van een chronische obstructie van de neusdoorgankelijkheid. Hierbij moest sprake zijn van klinisch relevante symptomen als gevolg van een duidelijke anatomische en/of structurele afwijking die als oorzaak van deze klachten aanwijsbaar is en die alleen kan worden gecorrigeerd met een uitwendige neuscorrectie. De klachten dienen langer dan twaalf maanden aanwezig te zijn.

5.3. Op basis van de foto's uit het dossier van verzekerde, concludeert de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar dat sprake is van enige deviatie, maar dat deze niet zodanig is dat kan worden gesproken van een verminking zoals bedoeld in de regelgeving. Het betreft geen zeer ernstige misvorming. Dat de behandelend KNO-arts verklaart dat het gaat om een verminking, maakt dit niet anders.

De ziektekostenverzekeraar begrijpt dat de klachten van verzekerde lastig en vervelend zijn, het is echter door verzoeker niet aannemelijk gemaakt dat de klachten zijn te relateren aan een anatomische en/of structurele afwijking van de neus die qua ernst en omvang kan worden aangemerkt als een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. Tevens moet er sprake zijn van chronische/continue klachten. Doorgankelijkheidsproblemen bij het sporten en slapen zijn niet als zodanig aan te merken.

Voorts wordt door verzoeker niet onderbouwd dat de klachten alleen kunnen worden verholpen door middel van een uitwendige neuscorrectie.

5.4. De ziektekostenverzekeraar begrijpt dat verzoeker de situatie persoonlijk wil toelichten, maar een bezoek aan het medisch spreekuur heeft in dit geval geen meerwaarde voor de beoordeling. De aanwezige informatie is namelijk voldoende duidelijk om tot een weloverwogen beslissing te komen. Volgens de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar is er dan ook geen noodzaak voor een spreekuurbezoek.

5.5. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar het volgende aangevoerd.

Het feit dat er pijnklachten zijn, betekent niet dat de behandeling naar zijn aard geen plastisch-chirurgische ingreep is, die beperkt is opgenomen in de zorgverzekering. Een neuscorrectie kan daarom slechts in uitzonderlijke gevallen voor vergoeding in aanmerking komen.

Voorts herhaalt de ziektekostenverzekeraar dat het spreekuur bij de medisch adviseur alleen wordt georganiseerd als de situatie onduidelijk is. Indien de informatie voldoende duidelijk is, zoals in de onderhavige zaak, dan is er geen noodzaak voor een medisch spreekuur.



5.6. 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.22.2. van de zorgverzekering en 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 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 naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in 'hoofdstuk B' van de zorgverzekering.



8.3. Artikel B.4.5. van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op behandeling van plastisch-chirurgische aard bestaat en luidt, voor zover hier van belang:



“De zorg omvat 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. (...)



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 wanneer plastische chirurgie verzekerde zorg is:



(...)

Neuscorrectie:

U hebt alleen recht op een neuscorrectie als er sprake is van een fors beperkte doorgankelijkheidsprobleem dat niet op een andere manier te behandelen is. Recht op correctie vanwege een verminking of aangeboren misvorming komt weinig voor.”



(...)

8.4. Artikel B.4.5. van de zorgverzekering is volgens artikel A.2.4. 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. Er bestaat aanspraak op een uitwendige neuscorrectie, zijnde een behandeling van plastisch-chirurgische aard, ook indien deze wordt uitgevoerd door een KNO-arts, als sprake is van een verzekeringsindicatie in de vorm van een afwijking in het uiterlijk die gepaard gaat met een aantoonbare lichamelijke functiestoornis dan wel in de vorm van een verminking.
- 9.2. Anders dan verzoeker kennelijk veronderstelt, houdt het bestaan van een medische indicatie gesteld door de behandelend arts niet in dat de ziektekostenverzekeraar de kosten van de aangevraagde behandeling zonder meer moet vergoeden. Een ingreep komt alleen voor vergoeding in aanmerking indien ook wordt voldaan aan de voorwaarden van de zorgverzekering en de onderliggende wet- en regelgeving. Derhalve dient ook een verzekeringsindicatie te bestaan. Met betrekking tot de in artikel B.4.5. van de zorgverzekering genoemde verzekeringsindicaties geldt het volgende.
- 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. Verzoeker stelt dat de KNO-arts heeft verklaard dat bij verzekerde sprake is van verminking, echter verminking in bovenvermelde zin is in het onderhavige geval niet aan de orde. De invulling die de arts geeft aan de term 'verminking' is kennelijk een andere dan de regelgeving dienaangaande.
- 9.4. Bij de andere mogelijke verzekeringsindicatie, te weten een aantoonbare lichamelijke functiestoornis, kan in dit kader met name 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 kan worden gecorrigeerd met een uitwendige neuscorrectie. Ten aanzien hiervan stelt de commissie vast dat de behandelend medisch specialist met betrekking tot verzekerde enkel heeft verklaard dat hij passageklachten ondervindt. Dat deze klachten niet door middel van een inwendige neuscorrectie kunnen worden gecorrigeerd is niet aannemelijk gemaakt. Daarmee is niet voldaan aan de in artikel B.4.5. van de zorgverzekering opgenomen eis dat het doorgankelijkheidsprobleem niet op een andere manier te behandelen is. Ook anderszins is bij verzekerde niet gebleken van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. Dat verzekerde een neus wenst zoals hij voorheen had, mede omdat zijn tweelingbroer wel een rechte neus heeft, maakt de uitkomst niet anders. Een uitwendige neuscorrectie ter verandering van het uiterlijke aspect van de neus, waarbij om esthetische redenen een vormverandering gewenst is, komt namelijk niet voor vergoeding in aanmerking. Gelet op het voormelde heeft verzoeker geen aanspraak op de aangevraagde uitwendige neuscorrectie ten laste van de zorgverzekering.

 Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

-  9.5. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde, zodat de aanspraak niet op die grond 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, 5 april 2017,

 P.J.J. Vonk