

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, vertegenwoordigd door de heer C te B, tegen D
en E beide te F
Zaak : Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, neuscorrectie
Zaaknummer : 2013.00680
Zittingsdatum : 20 november 2013

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. H.P.Ch. van Dijk)

(Voorwaarden zorgverzekering 2012, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2012)

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door de heer C te B, tegen

1) D te F, 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, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw).

Verder waren ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Plus (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering) en Tandarts afgesloten. De verzekering Tandarts is niet in geschil en blijft in het vervolg buiten beschouwing.

Genoemde 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 neuscorrectie (hierna: de aanspraak). Bij brief van 3 december 2012 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 8 februari 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar 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 ziektekostenverzekeraar.

3.4. Bij brief van 20 mei 2013 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog – gedeeltelijk – 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 ver-

zoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 19 juli 2013 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 23 juli 2013 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 31 juli 2013 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 23 juli 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 5 augustus 2013 (zaaknummer 2013087827) 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 voorwaarden van de zorgverzekering. Een afschrift van het CVZ-advies is op 2 oktober 2013 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 20 november 2013 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 21 november 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 28 november 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 is in augustus 2011 geopereerd aan zijn neus vanwege problemen met de ademhaling. De arts vond het een moeilijke operatie, omdat de neus flink scheef stond en het niet direct mogelijk bleek deze in een rechte stand te brengen. Enkele maanden na de operatie moest worden geconstateerd dat de neus van verzoeker nog enigszins scheef stond en dat een deuk in de neusbrug was ontstaan. Ook bleek nog kraakbeen te groeien op die plek. Daardoor ontstond een bobbel op de neus. Tot slot zakte de punt van de neus in, omdat er kraakbeen ontbreekt.
- 4.2. Op 25 juni 2012 heeft verzoeker contact gehad met de KNO-arts over zijn klachten. Deze stelde voor een vervolg te geven aan de eerdere operatie, maar twijfelde wie dit het beste kon doen. Hij besloot verzoeker door te verwijzen naar een KNO-arts in het Erasmus Medisch Centrum (EMC).
- 4.3. In september 2012 heeft verzoeker een consult gehad in het EMC. Daar werden zijn klachten onderzocht door een assistent. Ook werden foto's gemaakt van zijn neus. Verzoeker heeft toen opgemerkt dat het ademen door de neus nog steeds moeizaam gaat. Op 16 oktober 2012 heeft het consult bij de KNO-arts plaatsgevonden. Deze heeft zijn bevindingen naar de ziektekostenverzekeraar gezonden en het antwoord afgewacht. Er volgde een afwijzing.

- 4.4. Feitelijk is de eerste operatie nog niet afgerond. Kennelijk was verzoekers neus lastig in één operatie te corrigeren. Bovendien heeft verzoeker na de operatie nieuwe klachten gekregen. Hij is van mening dat zijn neus verminkt is en dat nog steeds sprake is van een functiestoornis.
- 4.5. Indien geen vergoeding mogelijk is vanuit de zorgverzekering, bestaat in elk geval aanspraak op een gedeeltelijke vergoeding vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 4.6. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar coulancehalve zou kunnen vergoeden.
- 4.7. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De door de KNO-arts van het EMC aangevraagde ingreep betreft een uitwendige neuscorrectie. De aanvraag dient te worden beoordeeld aan de hand van de regels voor plastische chirurgie. Vergoeding kan plaatsvinden indien sprake is van vermindering of een aantoonbare lichamelijke functiestoornis.
- 5.2. Bij vermindering moet het gaan om een zeer forse deformiteit. Deze dient het gevolg te zijn van een ongeval, ziekte of geneeskundige verrichting. Bij een aantoonbare lichamelijke functiestoornis moet het gaan om een chronische obstructie van de neusdoorgankelijkheid. Hierbij dient sprake te 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 gecorrigeerd kan worden met een uitwendige neuscorrectie.
- 5.3. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar heeft het dossier beoordeeld. Hij deelt mede dat aan de hand van de duidelijke foto's niet kan worden gesproken van vermindering als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering. Ook blijkt niet van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. Het moet dan gaan om ernstige objectieveerbare klachten. Niet gebleken is dat bij verzoeker een chronische obstructie bestaat ten gevolge van een duidelijke aanwijsbare anatomische en/of structurele afwijking. Uit de aanvraag van de KNO-arts blijkt dat geen sprake is van obstructieklachten.
- 5.4. Omdat niet aannemelijk is dat het hier een correctie betreft die lichamelijke klachten en/of functiebeperkingen doelmatig en efficiënt opheft, is ook geen (gedeeltelijke) vergoeding mogelijk vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering. Het lijkt primair te gaan om cosmetische bezwaren.
- 5.5. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat op basis van de duidelijke foto's is geconcludeerd dat geen sprake is van vermindering. Mede daarom is geen oproep verzonden voor het spreekuur van de medisch adviseur. Voor een coulancevergoeding bestaat geen aanleiding. Dit zou een ongewenst precedent scheppen.

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.21. van 'Hoofdstuk A' van de zorgverzekering 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. van 'Hoofdstuk B' 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. Een voorbeeld hiervan is: onbehandelbare, continue aanwezige smetplekken in de huidplooi bij een forse overhang van de buik.*
 - b. *verminderingen 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; (...)*
 - e. *de volgende aangeboren misvormingen: (...)*
 - *misvorming van het benig aangezicht;*
- (...)

Voorbeelden wanneer wel of geen recht bestaat op plastische chirurgie: (...)

4. *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 vermindering of aangeboren misvorming komt weinig voor. (...)"

- 8.4. Artikel B.4.5. 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.
- 8.7. Artikel D.1.7. van 'Deel D' van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering luidt, voor zover hier van belang:

"D.1.7.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat cosmetische behandelingen en is uitsluitend gericht op verfraaiing van het uiterlijk.

D.1.7.2. Waar hebt u recht op?

Wij vergoeden cosmetische behandelingen. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

(...)

D.1.7.3. Voorwaarden

Algemeen

a. De maximum vergoeding geldt over de hele periode dat u bij ons een aanvullende verzekering hebt, waarin deze vergoeding voorkomt.

b. De maximum vergoeding geldt voor alle cosmetische behandelingen samen.

c. Een instelling voor medisch specialistische zorg brengt de kosten in rekening door middel van een nota met vermelding van de juiste DOT-zorgproductcode (inclusief DBC).

Zorgadvies en akkoordverklaring

U moet vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons hebben gekregen. Wij kunnen bij die akkoordverklaring aanvullende voorwaarden stellen.

Zorgverlener

Een medisch specialist verleent de zorg. Voor de vergoeding hanteren wij verschillende tarieven; zie hiervoor artikel A.0.6.

Plaats

De zorg vindt plaats in een instelling voor medisch specialistische zorg."

- 8.8. Het Vergoedingen Overzicht luidt, voor zover hier van belang:

*“Voor onderstaande behandelingen gelden (ook) de volgende voorwaarden:
De correcties dienen lichamelijke klachten en/of functiebeperkingen doelmatig en efficiënt op te heffen. U moet altijd een akkoordverklaring van ons hebben gekregen. (...)*

Correctie van overige lichaamsdelen 50%; Per ingreep betaalt u zelf maximaal € 875,- als eigen bijdrage”

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Een uitwendige neuscorrectie is naar zijn aard een plastisch-chirurgische ingreep, ook als deze wordt uitgevoerd door een KNO-arts. Een zodanige behandeling van plastisch-chirurgische aard kan worden vergoed als sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis, vermindering als bedoeld in artikel B.4.5. van ‘Hoofdstuk B’ van de zorgverzekering dan wel een misvorming van het benig aangezicht.
- 9.2. Een aantoonbare lichamelijke functiestoornis is in dit kader aan de orde bij een chronische obstructie van de neusdoorgankelijkheid, waarbij sprake moet zijn van klinisch relevante symptomen, 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 uitwendige neuscorrectie. Gelet op de verklaring van de KNO-arts dat geen sprake (meer) is van obstructieproblemen, en de verklaring van verzoeker dat hij last heeft van een verstopte neus bij allergieën, kan niet worden gesproken van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis in deze zin.
- 9.3. Van vermindering 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 “vermindering” 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. De commissie begrijpt dat in de beleving van verzoeker zijn neus verminkt is, maar naar objectieve maatstaven is van vermindering in bovenbedoelde zin bij hem niet gebleken.
- 9.4. Van een misvorming van het benig aangezicht is slechts sprake als de misvorming aangeboren is en de afwijking opvallend. Dit is bij verzoeker niet aan de orde.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.5. In artikel D.1.7. van ‘Hoofdstuk D’ van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering is omschreven dat aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van cosmetische behandelingen. Voor de hoogte van de vergoeding wordt verwezen naar het Vergoedingen Overzicht. Op het Vergoedingen Overzicht is dit artikelnummer niet terug te vinden, zodat verzoeker hiervoor niet verzekerd is.
- 9.6. Op het Vergoedingen Overzicht is wel vermeld dat dekking bestaat voor een correctie van de oorstand, bovenoogleden, borsten en overige lichaamsdelen, voor zover de

correctie lichamelijke klachten en/of functiebeperkingen doelmatig en efficiënt opheft. Aangezien de uitwendige neuscorrectie, zoals hiervoor is geconcludeerd, niet tot doel heeft het verhelpen van obstructieproblemen, maar erop is gericht het uiterlijk te verfraaien, voldoet verzoeker niet aan het gestelde in de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering en heeft hij geen aanspraak op vergoeding van de kosten van de onderhavige neuscorrectie.

Coulance

- 9.7. Verzoeker stelt dat de ziektekostenverzekeraar coulance dient te betrachten. Dienaangaande oordeelt de commissie dat de bevoegdheid tot toepassing van coulance is voorbehouden aan de ziektekostenverzekeraar. In het door deze ter zake gevoerde beleid kan de commissie niet treden. Dit is slechts anders indien de ziektekostenverzekeraar een beleid zou voeren waarbij identieke gevallen verschillend worden behandeld. Gesteld noch gebleken is dat hiervan in de onderhavige situatie sprake is.

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, 4 december 2013,

Voorzitter