



# 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 : 201701581

Zittingsdatum : 18 april 2018

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

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

tegen

- 1) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A. en
  - 2) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar U.A. beide 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 (natura) (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 Plus Sticol 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 ziektekostenverzekering Tandarts Sticol 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 14 juni 2017 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 15 augustus 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. Verzoeker heeft zich hierop gewend tot de Ombudsman Zorgverzekeringen. Bij brief van 17 oktober 2017 heeft de Ombudsman hem medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling.
- 3.4. Bij brief van 15 januari 2018 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 februari 2018 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 28 februari 2018 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 11 maart 2018 schriftelijk medegedeeld af te zien van horen. De ziektekostenverzekeraar heeft op 15 maart 2018 schriftelijk medegedeeld hiervan eveneens af te zien.
- 3.8. Bij brief van 28 februari 2018 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 22 maart 2018 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2018010407) de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat bij verzekerde geen sprake is van een verzekeringsindicatie op grond waarvan zij aanspraak kan maken op de gewenste behandeling ten laste van de zorgverzekering. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 27 maart 2018 aan partijen gezonden. Zij zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen tien dagen op dit advies te reageren. Partijen hebben van deze gelegenheid geen gebruik gemaakt.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. Verzekerde heeft een bal op haar neus gekregen, waardoor deze is gebroken. De behandelend KNO-artsen hebben geconstateerd dat een bultvormige misvorming op de neus (exotose) is ontstaan, als gevolg van dit trauma. Op 13 juni 2017 is ten behoeve van verzekerde een aanvraag ingediend voor een uitwendige neuscorrectie om de exostose, die leidt tot een ernstige misvorming van de neus, te verhelpen.
- 4.2. Volgens de ziektekostenverzekeraar bestaat aanspraak op een uitwendige neuscorrectie, indien sprake is van een 'ernstige misvorming'. De ziektekostenverzekeraar heeft geoordeeld dat de misvorming in de onderhavige situatie niet 'ernstig' genoeg is en dat derhalve geen aanspraak bestaat op aangevraagde behandeling. Verzoeker betwist dit en stelt dat 'ernstig' een gradueel begrip is dat bovendien verschillend is te interpreteren. Waar een externe beoordelaar een ernstige misvorming niet ziet, is deze voor een 16-jarige, die dagelijks in de spiegel kijkt en ziet dat haar aangezicht is veranderd, er duidelijk wel. Overigens onderschrijven twee KNO-artsen onafhankelijk van elkaar ook dat bij verzekerde sprake is van een ernstige misvorming.
- 4.3. Verzekerde ervaart daarnaast ongemak bij het dragen van een bril en bij temperatuurverschillen. Hierop is in de beoordeling van de aanvraag door de ziektekostenverzekeraar niet ingegaan.
- 4.4. Met een relatief eenvoudige ingreep kan het aangezicht van verzekerde worden hersteld. Voor een jongere, met nog een heel leven voor zich, is de 'ernst' van de misvorming duidelijk. Verzoeker stelt als eventuele oplossing voor dat de ziektekostenverzekeraar de ingreep gedeeltelijk betaalt, met een eigen bijdrage van maximaal € 1.000,-.
- 4.5. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. Het feit dat sprake is (geweest) van een trauma is op zichzelf geen reden voor vergoeding van een behandeling van plastisch-chirurgische aard. Er moet ook worden voldaan aan de criteria die in de zorgverzekering zijn opgenomen.

Op grond van de zorgverzekering bestaat aanspraak op een uitwendige neuscorrectie, 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. Op basis van landelijke wet- en regelgeving mogen psychische klachten, zoals een aantasting in het zelfvertrouwen, niet meewegen in de beoordeling.

5.2. Bij verminking moet het gaan om een zeer ernstige misvorming. Volgens de wetgever is hiervan sprake bij: misvormingen van de handen door reumatoïde artritis, misvormingen door verlammingen van de aangezichtsenuw, brandwonden of bij geamputeerde/verloren ledematen of geamputeerde borsten. Hoewel dit geen limitatieve opsomming is, geeft dit wel de mate van ernst aan waaraan een afwijking in het uiterlijk moet voldoen voordat op grond van het vergoedingscriterium van een verminking een correctie hiervan op grond van de basisverzekering kan worden vergoed.

Op basis van de foto's uit het dossier van verzekerde, concludeert de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar dat niet kan worden gesproken van een verminking zoals bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering. Dat de behandelend KNO-artsen verklaren dat het gaat om een verminking door extern trauma en de behandeling moet worden vergoed ten laste van de zorgverzekering, maakt dit niet anders. Het is aan een arts te beoordelen of iemand in aanmerking komt voor een behandeling (medische indicatie). De ziektekostenverzekeraar beoordeelt of een verzekerde recht heeft op vergoeding van de aangevraagde behandeling (vergoedingsindicatie).

5.3. Van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis is sprake bij een chronische obstructie van de neusdoorgankelijkheid als gevolg van een duidelijke anatomische en/of structurele afwijking die als oorzaak van deze klacht aanwijsbaar is én die alleen kan worden gecorrigeerd met een uitwendige neuscorrectie.

De KNO-arts vermeldt op zijn aanvraag dat geen sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. Dit wordt door verzekerde ook niet betwist. De pijnklachten die verzekerde ervaart bij het dragen van haar bril, kunnen niet worden aangemerkt als een aantoonbare lichamelijke functiestoornis als bedoeld in de verzekeringsvoorwaarden. Hiervan is alleen sprake in de voornoemde situatie.

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 A.22 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, al dan niet onder verrekening van een eigen bijdrage van maximaal € 1.000,-.

## 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 zorg van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen B.1. tot en met B.27. van de zorgverzekering.

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

"(...)

*De zorg omvat behandelingen van plastisch chirurgische aard volgens de standaard van plastisch chirurgen. Het kan gaan om zorg met of zonder opname. Het gaat om correcties van:*

*-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.*

*-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, bijvoorbeeld: misvorming door brandwonden en geamputeerde (afgezette) benen, armen of borsten;*

(...)

*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 vermindering 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, eerste lid, Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft. 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. Voor de naturapolissen 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. 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 vermindering.

 9.2. Anders dan verzoeker veronderstelt, houdt het bestaan van een medische indicatie gesteld door de behandelend arts(en) niet in dat de ziektekostenverzekeraar de kosten van de aangevraagde behandeling zonder meer moet vergoeden. Er bestaat enkel aanspraak op de behandeling indien ook wordt voldaan aan de voorwaarden van de zorgverzekering en de onderliggende wet- en regelgeving. Kortom, er is pas sprake van een recht op vergoeding of verstrekking indien sprake is van een medische indicatie én een verzekeringsindicatie. De beoordeling of een verzekeringsindicatie bestaat, is voorbehouden aan de ziektekostenverzekeraar en niet aan de behandelend arts(en).  
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 bij verzekerde sprake is van een ernstige misvorming en daarmee van verminking. Dit wordt volgens verzoeker door twee KNO-artsen onderschreven. Verminking in bovenvermelde zin is in het onderhavige geval echter niet aan de orde, nu geen sprake is van één van de genoemde situaties, dan wel van een situatie die in ernst hiermee vergelijkbaar is.

 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. Dienaangaande stelt de commissie vast dat de KNO-arts bij de aanvraag voor de behandeling heeft vermeld dat bij verzekerde geen sprake is van obstructieklachten van de neus. Daarmee is niet voldaan aan het criterium dat in artikel B.4.5. van de zorgverzekering is opgenomen.  
Ook anderszins is bij verzekerde niet gebleken van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. Dat verzekerde pijnklachten ondervindt bij het dragen van haar bril, dat het uiterlijk van de neus het zelfvertrouwen van verzekerde aantast en klachten ontstaan als gevolg van temperatuurverschillen, maakt het voorgaande niet anders. Deze klachten, hoe vervelend ook, vormen geen verzekeringsindicatie.  
Gelet op het voormelde heeft verzekerde 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.

#### **Aanbod verzoeker**

 9.6. Het door verzoeker gedane voorstel een deel van de kosten zelf te betalen in de vorm van een eigen bijdrage van maximaal € 1.000,- werd eerder door de ziektekostenverzekeraar afgewezen en kan niet leiden tot een andere uitkomst.

#### **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, 18 april 2018,



A.I.M. van Mierlo

