

# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, in deze vertegenwoordigd door E te F, tegen C te D en G  
te H, in deze vertegenwoordigd door I te J  
Zaak : Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, borstcorrectie  
Zaaknummer : 2009.01386  
Zittingsdatum : 16 december 2009

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2009, artt. 10, 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2009)

---

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, in deze vertegenwoordigd door E te F  
tegen

1) C te D, en

2) G te H,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar, in deze vertegenwoordigd door I te J.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van begin maart 2009 de aanvraag voor het plaatsen van een borstprothese rechts en een tepelhoflift links ten laste van de zorgverzekering, dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: de aanspraak) af te wijzen.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorgverzekering (hierna: de zorgverzekering). Een zorgverzekering betreft een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Compleet Pakket afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. Bij voormelde brief van begin maart 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.3. Op 17 april 2009 heeft de behandeling waarop verzoekster aanspraak maakt, overeenkomstig de wijze zoals in de aanvraag vermeld, plaatsgevonden.
- 3.4. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 24 april 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.5. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.6. Bij brief van 16 september 2009 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzeke-

raar gehouden is de kosten van de borstcorrectie te vergoeden, vermeerderd met de wettelijke vertragsrente en buitengerechtelijke kosten, ten laste van de zorgverzekering, dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).

- 3.7. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 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.
- 3.8. De ziektekostenverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en heeft de commissie bij brief van 23 oktober 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 3 november 2009 aan verzoekster gezonden.
- 3.9. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar hebben op respectievelijk 12 november en 3 december 2009 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden.
- 3.10. Bij brief van 3 november 2009 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 1 december 2009 heeft het CVZ (zaaknummer 29120360) 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 verzoekster geen sprake is van een status na gehele of gedeeltelijke borstamputatie. Voor wat betreft de tepelhoflift adviseert het CVZ het verzoek eveneens af te wijzen op de grond dat geen sprake is van een aantoonbare, lichamelijke functiestoornis of van verminking. Een afschrift van het CVZ-advies is op 3 december 2009 aan partijen gezonden.
- 3.11. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 16 december 2009 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.12. Bij brief van 17 december 2009 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 voorlopige advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 22 december 2009 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopige advies als definitief kan worden beschouwd.

#### 4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. De behandelend plastisch chirurg heeft bij verzoekster de volgende diagnose gesteld: "Asymmetrische mammae, Li >> Re met meer dan 2 cupmaten verschil, een ptosis lateraal linker borst". De plastisch chirurg heeft naar aanleiding van de gestelde diagnose bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op "mammae reconstructie rechts door middel van borstprothese en tepelhof lift links".
- 4.2. Verzoekster stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat de plastisch chirurg bij haar een aangeboren afwijking heeft geconstateerd, zijnde een kleine linkerborst. Volgens de plastisch chirurg is sprake van een medische noodzaak voor

een plastisch chirurgische ingreep. In de voorwaarden van de door verzoekster afgesloten aanvullende verzekering staat in artikel 11 dat, indien sprake is van een medische noodzaak, de kosten voor het plaatsen van borstprothesen worden vergoed.

- 4.3. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat het moet gaan om zorg die volgens de arts verantwoord is. De visie van de beroepsgroep is niet relevant. Wanneer de ziektekostenverzekeraar andere criteria – zoals het aanwezig zijn van pijnklachten – wil hanteren dan gebruikelijk is in de beroepsgroep had hij deze criteria moeten opnemen in de polis.
- 4.4. Verzoekster komt tot de conclusie dat haar verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
  - 5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat geen medische noodzaak kan worden vastgesteld voor de behandeling. De ingreep wordt gerangschikt onder 'cosmetische plastische chirurgie'. De kosten daarvan zijn niet gedekt onder de zorgverzekering noch onder de aanvullende ziektekostenverzekering.
  - 5.2. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar benadrukt dat er geen medisch noodzaak bestaat voor de behandelingen. Deze noodzaak zou er wel kunnen zijn bij pijnklachten, functiestoornissen of beperkingen. Dit laatste is bij verzoekster niet aan de orde.
  - 5.3. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoekster terecht is afgewezen zodat de kosten niet vergoed worden.
6. De bevoegdheid van de commissie

De commissie is 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 kosten van de borstcorrectie te vergoeden ten laste van de zorgverzekering, dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.
8. Beoordeling

#### **Ten aanzien van de zorgverzekering**

- 8.1. Het betreft hier een restitutiepolis, zodat de verzekerde in beginsel kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 19 tot en met 59 van de zorgverzekering. Artikel 21 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op behandelingen van plastisch-chirurgische aard bestaat. Het artikel luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

*“21 Cosmetische chirurgie/Plastische chirurgie*

*Wij vergoeden de kosten van chirurgische ingrepen van plastisch chirurgische aard door een medisch specialist wanneer de behandeling leidt tot correctie van:*

*\* afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;*

*\* verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;*

*(...)*

*Voorwaarde*

*Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.*

- 8.2. Artikel 11.4 van de zorgverzekering sluit, in aansluiting op artikel 21 van de zorgverzekering, expliciet een aantal behandelingen uit, waaronder het operatief plaatsen van een borstprothese anders dan na status bij een gehele of gedeeltelijke borstamputatie. Voor zover relevant, luidt dit artikel:

*“Wij vergoeden niet (...) de behandeling voor het operatief plaatsen en het operatief vervangen van borstprothesen, anders dan bij status na een (gedeeltelijke) borstamputatie, het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak, (...)”*

- 8.3. De artikelen 11.4 en 21 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2.1 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv). Ingevolge artikel 1 sub d Zvw mag een Zorgverzekering - samengevat weergegeven - niet meer of minder bieden dan in de Zvw, het Bzv en de Rzv is geregeld.
- 8.4. 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.
- 8.5. De commissie komt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving, zoals hiervoor aangehaald.

#### Ten aanzien van de borstprothese

- 8.6. Behandeling voor het operatief plaatsen van een borstprothese anders dan bij status na een (gedeeltelijke) borstamputatie komt niet voor vergoeding in aanmerking, zelfs niet indien een indicatie aanwezig is in de vorm van aantoonbare lichamelijke functiestoornissen of verminking. De uitsluiting van artikel 11.4 van de zorgverzekering is derhalve onverkort van toepassing.

#### Ten aanzien van de tepelhoflift

- 8.7. Ten aanzien van de aangevraagde tepelhoflift van de linkerborst is een eerder genoemde uitsluiting niet van toepassing. Ten aanzien van de vraag of sprake is (i) van een afwijking in het uiterlijk (ii) die gepaard gaat met een aantoonbare lichamelijke functiestoornis blijkt dat gesteld noch gebleken is dat sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. Evenmin is van een verminking ten gevolge van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting aan de orde. Derhalve is niet voldaan aan

de polisvoorwaarden die worden gesteld om voor de gevraagde vergoeding in aanmerking te komen.

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

- 8.8. Artikel 11 “IV Compleet” van de aanvullende ziektekostenverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op behandelingen van plastisch-chirurgische aard bestaat. Het artikel luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

**“Medisch specialistische zorg/(plastische) chirurgische of reconstructieve behandelingen**

*Vergoeding voor de kosten van behandelingen:*

*(...)*

*- voor het operatief plaatsen of vervangen van borstprothesen, anders dan bij status na een (gedeeltelijke) borstamputatie;*

*(...)*

*Voor de eerste vier genoemde behandelingen wordt uitsluitend vergoeding verleend indien en voor zover daarvoor een medische noodzaak bestaat en na voorafgaande schriftelijke toestemming van de zorgverzekeraar.”*

- 8.9. Artikel 2.3 van de algemene bepalingen van de aanvullende ziektekostenverzekering geeft een definitie van het begrip “medische noodzaak”. Voor zover relevant, luidt dit artikel:

**“Medische noodzaak**

*Aanspraak op zorg of vergoeding van de kosten van zorg als vermeld in deze verzekeringsvoorwaarden bestaat slechts indien en voorzover de verzekerde op de zorgvorm naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. De inhoud en omvang van de vormen van zorg worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanig maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg.”*

### **Ten aanzien van de borstprothese**

- 8.10. Indien sprake is van een medische noodzaak, biedt de aanvullende verzekering dekking voor het operatief plaatsen van borstprothesen, anders dan bij status na een (gedeeltelijke) borstamputatie. De plastisch chirurg vermeldt in de aanvraag onder andere dat sprake is van een (aanzienlijke) asymmetrie, namelijk van meer dan twee cupmaten verschil en dat kan worden gesproken van verminking. Hieruit moet worden afgeleid dat de behandelend specialist een medische noodzaak voor de behandeling aanwezig acht. Dit betekent dat in beginsel aanspraak bestaat op de gevraagde voorziening en verzoekster er redelijkerwijs op kon en mocht vertrouwen dat het plaatsen van borstprothese voor vergoeding in aanmerking komt. Dit zou slechts anders zijn indien zou blijken van omstandigheden op grond waarvan zou moeten worden aangenomen dat verzoekster, niettegenstaande de vastgestelde asymmetrie van ernstige aard, redelijkerwijs niet op die voorziening zou zijn aangewezen. Naar het oordeel van de commissie is de ziektekostenverzekeraar, die zich hierbij voornamelijk beroept op criteria ontleend aan de zorgverzekering en niet de aanvullende verzekering, er niet in is geslaagd de aanwezigheid van dergelijke omstandigheden aanneemelijk te maken.

### **Ten aanzien van de tepelhoflift**

- 8.11. De commissie constateert dat de aanvullende ziektekostenverzekering geen dekking kent voor een tepelhoflift, zodat verzoekster onder de aanvullende verzekering geen aanspraak heeft op vergoeding van de daaraan verbonden kosten.

### **Conclusie**

- 8.12. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen voor zover het gaat om het plaatsen van de borstprothese in de rechterborst en te worden afgewezen waar het de tepelhoflift van de linkerborst betreft.
- 8.13. Nu het verzoek deels dient te worden toegewezen, dient – gelet tevens op artikel 17 van het reglement van de commissie – de ziektekostenverzekeraar het entreegeld aan verzoekster te vergoeden.

### **8. Het bindend advies**

- 8.1. De commissie wijst het verzoek toe voor zover het gaat om het plaatsen van de borstprothese in de rechterborst en wijst het verzoek af waar het de tepelhoflift van de linkerborst betreft.
- 8.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden een bedrag ad € 37,--.

Zeist, 13 januari 2010,

Voorzitter