

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C te D en E te F
Zaak : Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, borstcorrectie
Zaaknummer : 2010.00700
Zittingsdatum : 27 oktober 2010

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2010, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2010)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

1) C te D, en

2) E te F,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 22 januari 2010, waarbij het verzoek voor een borstcorrectie (hierna: de aanspraak) is afgewezen.

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 Beter Af Polis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Beter Af Plus Polis 3 sterren, Beter Af Tandarts Polis 2 sterren en het Beter Af Extra Pakket afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde en blijft daarom verder onbesproken. Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 18 februari 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.4. Bij ongedateerde brief heeft verzoekster 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 (hierna: het verzoek).
- 3.5. 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 ver-

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

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 20 augustus 2010 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 3 september 2010 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 9 september 2010 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 15 oktober 2010 telefonisch medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 3 september 2010 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 24 september 2010 heeft het CVZ (zaaknummer 2010112077) 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. Een afschrift van het CVZ-advies is op 21 oktober 2010 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster is op 27 oktober 2010 in persoon gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch aan de hoorzitting deelgenomen. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 29 oktober 2010 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 3 november 2010 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: "snuïtvormige 'borst' ontwikkeling re (minimaal), nauwelijks borstontwikkeling li. Bdz 'tuberous' breast (...) van de mammae".
- 4.2. Verzoekster stelt dat zij een aanlegstoornis heeft aan beide borsten, te weten een snuïtvormige rechterborst (snoopy-breast) en een nauwelijks ontwikkelde linkerborst. Als gevolg hiervan heeft zij psychische problemen gekregen. Voorts stelt verzoekster dat zij via het ziekenhuis heeft vernomen dat verschillende andere patiënten, met een vergelijkbare afwijking, de operatie wel van hun ziektekostenverzekeraar vergoed hebben gekregen.
- 4.3. Ter zitting is door verzoekster benadrukt dat het een aangeboren aanlegstoornis betreft. Volgens de verzekeringsvoorwaarden bestaat alleen recht bij een gehele of gedeeltelijke amputatie, maar de situatie van verzoekster is niet minder erg. De situatie kan heel ernstig zijn, zo ernstig dat deze vergelijkbaar is met amputatie.
- 4.4. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt dat bij verzoekster geen sprake is van een status na gehele of gedeeltelijke borstamputatie, maar van een aanlegstoornis in welk geval de borstcorrectie niet voor vergoeding in aanmerking komt.
- 5.2. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat artikel 3 van de verzekeringsvoorwaarden bepaalt dat een borstprothese alleen wordt vergoed na gehele of gedeeltelijke amputatie. Dat speelt hier niet. Verder begrijpt de ziektekostenverzekeraar het psychisch lijden maar dit vormt geen verzekeringsindicatie.
- 5.3. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag terecht is afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

- 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak in te willigen ten laste van de zorgverzekering.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

- 8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.
- 8.2. Het betreft hier een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners.
- Artikel 3 van de 'Aanspraken' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op plastische chirurgie bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"Plastische chirurgie

U heeft aanspraak op 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 een geneeskundige verrichting;*
- (...)*

Uitsluiting

U heeft geen aanspraak op c.q. wij vergoeden geen kosten van behandeling voor het operatief plaatsen en het operatief vervangen van borstprothesen, anders dan bij status na een (gedeeltelijke) borstamputatie.(...)"

- 8.3. Artikel 3 van de 'Aanspraken' van de zorgverzekering is volgens artikel 2.1 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Besluit Zorgverzekering (Bzv) en de Regeling Zorgverzekering (Rzv).

- 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 plastische-chirurgische aard is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 van het Bzv, en verder uitgewerkt in artikel 2.1 Rzv.
- 8.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
9. Beoordeling van het geschil
- 9.1. Bij verzoekster is geen sprake van een status na gehele of gedeeltelijke borstamputatie. De uitsluiting van artikel 3 van de 'Aanspraken' van de zorgverzekering is derhalve – ook indien een (verzekerings)indicatie zou bestaan – in de situatie van verzoekster onverkort van toepassing.
- 9.2. Verzoekster heeft gesteld dat een andere ziektekostenverzekeraar in vergelijkbare gevallen de behandeling wel vergoedt. Uit de overgelegde informatie maakt de commissie op dat bedoelde vergoeding een coulancevergoeding betreft. Uit artikel 1 sub d Zvw volgt – samengevat – dat een zorgverzekering niet meer mag bieden dan bij of krachtens de wet is bepaald. De door verzoekster aangevraagde behandeling valt niet onder de dekking van de zorgverzekering. Dat een andere ziektekostenverzekeraar buiten de verzekeringsvoorwaarden om in een mogelijk vergelijkbare situatie uit coulance de behandeling wel vergoedt, kan de ziektekostenverzekeraar niet worden tegengeworpen.

Conclusie

- 9.3. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 17 november 2010,

Voorzitter