

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C, tegen D en E, beide F
Zaak : Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, borstcorrectie
Zaaknummer : 2010.00423
Zittingsdatum : 3 november 2010

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 2009, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2009)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door C,

tegen

1) D

en

2) E beide te F, hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 27 juli 2009 de aanvraag voor een borstcorrectie (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 Natura 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 Plus en Tandarts 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 van de voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 15 september 2009 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 brief van 21 april 2010 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 juli 2010 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 26 juli 2010 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 5 augustus 2010 per fax medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 26 juli 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 augustus 2010 heeft het CVZ (zaaknummer 2010095800) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat verzoekster niet voldoet aan de verzekeringsindicaties op grond waarvan de onderhavige behandeling ten laste van de zorgverzekering kan worden vergoed. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 3 november 2010 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 5 november 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 11 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. Op 10 juni 2009 heeft de behandeling waarop verzoekster aanspraak maakt, overeenkomstig de wijze zoals in de aanvraag vermeld, plaatsgevonden.
- 4.2. De behandelend plastisch chirurg schrijft in zijn brief van 25 augustus 2009 dat sprake was van een duidelijke status na mammareductie, waarbij de littekenvorming van de eerdere corrigerende operaties weer duidelijk zichtbaar was. Verzoekster wenste in aanmerking te komen voor “een mamma-augmentatie waarbij gelijktijdig de submammaine plooï rechts in aanmerking kwam voor fixatie en waarbij ook alle littekens in de correctie werden meegenomen”. Bij de ingreep is “beiderzijds 65 gram weefsel weggenomen en werden endoprotheses van 230 cc rond textured ingebracht”.
- 4.3. Verzoekster stelt dat zij begin jaren '90 een borstcorrectie heeft ondergaan. Het resultaat was echter niet bevredigend. Er was sprake van asymmetrie en overmatig littekenweefsel, waardoor psychische en lichamelijke klachten ontstonden. Verzoekster heeft in de jaren daarna meerdere operaties ondergaan om deze problemen te verhelpen. Deze ingrepen zijn door de ziektekostenverzekeraar vergoed. Verzoekster benadrukt dat het niet ging om een mamma-augmentatie, maar om het wegnemen van klachten ten gevolge van een groot aantal eerdere ingrepen. Zij heeft de ziektekostenverzekeraar meerdere keren hierop gewezen.

In mei 2009 heeft verzoekster telefonisch contact gehad met de ziektekostenverzekeraar. De reactie in dit telefoongesprek was voor verzoekster aanleiding de ingreep te laten uitvoeren.

4.4. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling het volgende aangevoerd. In het spreekuurverslag van 28 december 2005 onderschrijft de adviserend geneeskundige de stelling van verzoekster dat een correctie van de onderpool dient plaats te vinden. De ziektekostenverzekeraar stelt dat er geen indicatie is voor de onderhavige ingreep, omdat er geen sprake meer is van rugklachten. Er zouden dan al meerdere operaties hebben plaatsgevonden zonder dat sprake is van een indicatie. Deze ingrepen zijn door de ziektekostenverzekeraar vergoed. Verzoekster benadrukt dat geen sprake is van een mamma-augmentatie, maar van een borst-reconstructie. Verzoekster merkt op dat met de laatste operatie het beoogde resultaat is bereikt.

4.5. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. De kosten van de voorgaande operaties aan de borsten van verzoekster zijn vergoed. In 1999 is nog een littekencorrectie vergoed. De huidige situatie is echter niet te vergelijken met de situatie ten tijde van de eerdere operaties. De onderhavige ingreep dient te worden getoetst aan de thans geldende polisvoorwaarden. Het verschil met eerdere operatie is dat verzoekster thans niet voldoet aan de polisvoorwaarden, aangezien geen sprake is van een status na borstamputatie. Daarnaast heeft de medisch adviseur in 2004 en 2005 op het spreekuur vastgesteld dat geen sprake is van verminking of een aantoonbare lichamelijke functiestoornis.

De onderhavige aanvraag betreft geen voortgezette behandeling. Hiervan is slechts sprake indien met een eerste operatie het medisch beoogde doel niet is behaald. De borstreductie is destijds uitgevoerd in verband met rugklachten. Na de operatie had verzoekster geen rugklachten meer; het met de operatie beoogde doel werd dus bereikt.

5.2. In mei 2009 heeft geen telefoongesprek plaatsgevonden tussen de ziektekostenverzekeraar en verzoekster. Op 8 juni 2009 heeft wel een gesprek plaatsgevonden. Uit de overgelegde telefoonnotitie blijkt duidelijk dat daarbij geen toezegging is gedaan over de vergoeding van de operatie.

5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat de regelgeving sinds 1991 diverse keren is gewijzigd. Op grond van de huidige regelgeving is geen sprake van een verzekeringsindicatie voor de onderhavige ingreep. Verzoekster heeft het spreekuurverslag van 2005 verkeerd geïnterpreteerd. In het verslag staan de antwoorden van verzoekster op de gestelde vragen vermeld. Pas bij de conclusie staat het standpunt van de adviserend geneeskundige. Deze conclusie luidt dat de aanvraag moet worden afgewezen.

5.4. 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 borstcorrectie te vergoeden.

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 (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 19 e.v. van de zorgverzekering.
Artikel 20.4 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op plastische chirurgie bestaat, en luidt, voor zover hier van belang:

“U hebt recht op behandelingen die plastisch-chirurgisch van aard zijn, als ze zijn bedoeld om de volgende zaken te corrigeren:

- a. afwijkingen in uw uiterlijk die aantoonbare lichamelijke functiestoornissen veroorzaken;*
b. verminkingen die zijn ontstaan door ziekte, een ongeval of een geneeskundige verrichting (bijvoorbeeld een operatie);
(...)”

Artikel 20.5 van de zorgverzekering sluit, in aansluiting op artikel 20.4 van de zorgverzekering, expliciet een aantal behandelingen uit, waaronder het tijdens een operatie plaatsen of vervangen van een borstprothese anders dan na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie.

- 8.3. De artikelen 20.4 en 20.5 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2.1 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (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 lid 1 sub b van het Bzv, en verder uitgewerkt in artikel 2.1 Rzv.
- 8.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Van verminking kan worden gesproken, in geval van een ernstige deformiteit, al of niet met weefseldefecten gepaard gaande, die direct in het oog springt en die in het dagelijks verkeer niet is te camoufleren, bijvoorbeeld door middel van kleding. Hier- van is in deze niet gebleken, zodat geen sprake is van verminking in de zin van de polisvoorwaarden.
- 9.2. Voorts speelt de vraag of bij verzoekster sprake is van een lichamelijke functiestoor- nis. Hoewel gesteld, is bij verzoekster niet gebleken van een afwijking van het uiterlijk die gepaard gaat met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen, als bedoeld in ar- tikel 20.4 van de zorgverzekering.
Psychisch lijden, hoezeer dat ook het geval kan zijn, vormt geen indicatie in de zin van artikel 3 van de zorgverzekering.

Telefonische toezegging

- 9.3. Voor zover verzoekster stelt dat haar telefonisch een toezegging is gedaan door een, niet bij naam genoemde, helpdeskmedewerker, en deze haar de mededeling heeft gedaan dat in voorkomende gevallen de ingreep volledig wordt vergoed, oordeelt de commissie als volgt.

Uit een telefoonnotitie, die is overgelegd door de ziektekostenverzekeraar, blijkt dat verzoekster tijdens het gesprek van 8 juni 2009 heeft medegedeeld dat de aanvraag voor een borstvergroting – om de resultaten van een eerder mislukte borstverkleining te corrigeren – was afgewezen. Verzoekster zou de ingreep voor eigen rekening laten uitvoeren, maar wil toch proberen een machtiging te krijgen. Tevens blijkt dat de ziek- tekostenverzekeraar verzoekster heeft gezegd dat zij een nieuwe aanvraag moet in- dienen met uitgebreide informatie van de behandelend specialist. Uit de telefoonnoti- tie blijkt derhalve dat geen sprake is geweest van een telefonische toezegging.

Verzoekster stelt dat zij ook in mei 2009 heeft gesproken met de ziektekostenverze- keraar. Van dit gesprek is bij de ziektekostenverzekeraar geen notitie gemaakt in diens registratiesysteem. Voor zover tijdens dit gesprek uitlatingen zijn gedaan waar- door bij een verzekerde verwachtingen zijn gewekt ten aanzien van een door de ziek- tekostenverzekeraar te volgen gedragslijn, merkt de commissie op dat de ziektekos- tenverzekeraar niet gebonden kan worden geacht aan deze uitlatingen ten aanzien van een door hem te volgen gedragslijn. Indien het gaat om reacties op een verzoek van een verzekerde om inlichtingen aangaande de inhoud van de polisvoorwaarden, dan wel andere door de ziektekostenverzekeraar in acht te nemen regelgeving, noopt het belang dat de verzekerden erbij hebben dat de ziektekostenverzekeraar zijn voor- lichtende taak onbelemmerd kan vervullen ertoe te aanvaarden dat het risico van een onjuiste inlichting in de regel voor rekening van de betrokken verzekerde blijft.

Conclusie

- 9.4. 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