

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen C te D en E te F
Zaak : Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, borstcorrectie
Zaaknummer : 2009.01218
Zittingsdatum : 10 februari 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 9 februari 2009 de aangevraagde borstcorrectie niet te vergoeden.

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 Keuze Zorg Plan (hierna: de zorgverzekering). Een zorgverzekering betreft een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Ryaal en T Extra afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Deze verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. De behandelend plastisch chirurg heeft bij verzoekster de volgende diagnose gesteld: "ptosis mammae/hypotrofie". Verzoekster heeft naar aanleiding van de gestelde diagnose bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op "ptosis correctie met prothese" ten laste van de zorgverzekering, dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering. Bij brief van 9 februari 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hierop afwijzend was beslist.
- 3.2. De behandelend plastisch chirurg heeft bij brief van 28 januari 2009 een nadere toelichting gegeven aan de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar. In deze brief wordt medegedeeld dat: "patiënte werd gezien met klachten van haar borsten. Patiënte ervaart smetklachten 's zomers. Zij wenst een borstvergroting te bespreken. (...) Het betreft graad III ptosis (...) Goed aspect van de huid". De behandelend zorgverlener heeft naar aanleiding van de gestelde diagnose bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op "een mastopexie al of niet in combinatie met een augmentatie". Bij brief van 17 februari 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de onder punt 2 omschreven aanspraak is afgewezen.
- 3.3. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 7 april 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medege-

deeld zijn standpunt te handhaven.

- 3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.5. Bij brief van 22 september 2009 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, dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.6. 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.
- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief van 18 november 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 1 december 2009 aan verzoekster gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 8 januari 2010 telefonisch medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 2 februari 2010 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.9. Bij brief van 24 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 9 december 2009 heeft het CVZ (zaaknummer 291218833) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat geen sprake is van situatie die gelijk is aan de status na borstamputatie. Evenmin is sprake van aantoonbare lichamelijke functiestoornissen. Derhalve is geen indicatie aanwezig voor het plaatsen van borstprothesen, noch voor het liften van de borsten. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 10 februari 2010 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.11. Bij brief van 11 februari 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 15 februari 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. Verzoekster stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat het verzoek tot vergoeding van een borstcorrectie op onterechte gronden en zonder nadere motivering is geweigerd. Door de plastisch chirurg is weliswaar geconstateerd dat

sprake is van een goed aspect van de huid, maar verzoekster heeft, met name op warme dagen, last van ernstige smetplekken, waardoor de huid kapot gaat. Verzoekster betwist dan ook het standpunt van de ziektekostenverzekeraar dat geen medische noodzaak voor deze ingreep bestaat. Verzoekster is van mening dat de voornoemde smetten aantoonbare lichamelijke functiestoornissen zijn; de ziektekostenverzekeraar kan daarom niet zondermeer voorbij gaan aan haar verzoek tot nader onderzoek door een medisch adviseur.

- 4.2. Verzoekster verzoekt tevens om vergoeding van het door haar aan de commissie betaalde entreegeld.
- 4.3. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat zij naar een arts is gegaan vanwege smetten onder haar borsten. Zij kon geen BH meer dragen en niet meer zwemmen met haar dochter. De plastisch chirurg heeft haar gezegd dat een borstlift met implantaten een mooiere oplossing zouden zijn. Verzoekster is voor het smetten niet onder behandeling geweest van een dermatoloog. Desgevraagd heeft zij verklaard dat de plastisch chirurg haar gezegd heeft dat behandeling niet mogelijk is. Een plastisch chirurg is even deskundig als een dermatoloog en daarom moet hetgeen hij stelt worden aangenomen.
- 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 uit de brief van de plastisch chirurg blijkt dat sprake is van een goed aspect van de huid. Als het smetten zodanig erg is als door verzoekster gesteld, zou de huid er bij onderzoek niet goed uitzien en tekenen tonen van smetten. Het liften van de borsten is niet noodzakelijk en een borstvergroting is in deze kwestie medisch gezien evenmin aangewezen.
- 5.2. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd, dat de regelgeving rond plastische chirurgie strikt is. Er is geen verzekeringsindicatie voor borstprothesen of een borstlift. Er is sprake van onbehandelbaar smetten, indien de verzekerde onder behandeling is geweest van een dermatoloog en deze behandeling niet succesvol is geweest.
- 5.3. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoekster terecht is afgewezen.

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. De beoordeling van het geschil

- 7.1. In geschil is het niet vergoeden van een borstcorrectie bestaande uit een mastopexie eventueel in combinatie met een augmentatie, ten laste van de zorgverzekering, dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering. Dienaangaande overweegt de commis-

sie als volgt.

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 7.2. 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 1 tot en met 41 van de zorgverzekering.
- Artikel 3 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op cosmetische en/of plastische chirurgie bestaat. Artikel 11.4 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering sluit, in aansluiting op artikel 3 van de zorgverzekering, expliciet een aantal behandelingen uit, waaronder de behandeling voor het operatief plaatsen, verwijderen of vervangen van borstprothesen, anders dan bij status na een (gedeeltelijke) borstamputatie.

Voor zover hier van belang, luidt artikel 3 van de ziektekostenverzekering als volgt:

“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 ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
(...).”

- 7.3. Artikel 3 van de zorgverzekering is volgens artikel 2 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 7.4. Artikel 11, lid 1, onderdeel b 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 vergoeding van de kosten van 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.
- 7.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.6. Het geschil zoals omschreven in 7.1 spitst zich toe op de vraag of in de situatie van verzoekster sprake is van een indicatie voor een mastopexie, vanwege verminking en/of een aantoonbare lichamelijke functiestoornis als bedoeld in artikel 3 van de zorgverzekering.
- 7.7. Van een lichamelijke functiestoornis vanwege smetten kan plaats sprake zijn als betrokkene last heeft van onbehandelbaar smetten. Dit is het smetten in huidplooiën dat door een dermatoloog niet kan worden voorkomen of niet is te genezen, daar altijd aanwezig is en waarbij de reden van het conservatief falen duidelijk te objectiveren is, zodat een operatie nog de enige oplossing van het probleem vormt. Door verzoekster is gesteld dat zij op met name warme dagen last krijgt van ernstige smetten. De plastisch chirurg heeft verklaard dat sprake is van een goed aspect van de huid. Ter zitting heeft verzoekster verklaard dat zij niet onder behandeling is, dan wel is geweest,

van een dermatoloog vanwege de smetklachten. Derhalve kan niet worden gesproken van onbehandelbaar smetten.

- 7.8. Een ernstige bewegingsbeperking kan eveneens worden aangemerkt als een lichamelijke functiestoornis. De commissie concludeert dat gesteld nog gebleken is dat in de situatie van verzoekster sprake is van een ernstige bewegingsbeperking.
- 7.9. Van verminking kan worden gesproken, in geval van een ernstige deformiteit, al of niet met weefseldefecten gepaard gaande, die direct in het oog springt. Er is in dit verband sprake van verminking indien er een misvorming is die vergelijkbaar is met bijvoorbeeld een derdegraads brandwond. De commissie concludeert dat gesteld noch gebleken is van een verminking.
- 7.10. Waar het gaat om de mogelijk uit te voeren augmentatie, geldt dat in artikel 11.4 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering het plaatsen van een prothese anders dan in geval van status na borstamputatie, is uitgesloten.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 7.11. De commissie constateert dat de aanvullende ziektekostenverzekering geen dekking biedt voor hetgeen verzoekster heeft verzocht.
- 7.12. Nu gebleken is dat geen aanspraak bestaat op vergoeding van de borstcorrectie, is de commissie van oordeel dat geen aanleiding bestaat om het entreegeld van € 37,-- door de ziektekostenverzekeraar te laten vergoeden.

Conclusie

- 7.13. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

8. Het bindend advies

- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 24 februari 2010,

Voorzitter