

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen C en D, beide te E
Zaak : Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, borstcorrectie
Zaaknummer : 2012.00656
Zittingsdatum : 27 juni 2012

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 2011, artt. 10 en 11 Zvw, 2.4 Bzv, 2.1 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2011)

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 verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van het onderhavige verzoek was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Top pakket afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van een borstcorrectie (hierna: de aanspraak). Bij brief van 27 april 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.

3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 28 februari 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft verzoekster bij brief van 4 april 2012 medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling.

3.4. Bij brief van 5 april 2012 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).

3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 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 stuk-

ken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 4 mei 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 9 mei 2012 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 10 mei 2012 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 15 juni 2012 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 9 mei 2012 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 21 mei 2012 heeft het CVZ (zaaknummer 2012061932) 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 status na gehele of gedeeltelijke borstamputatie. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 6 juni 2012 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster is op 27 juni 2012 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 28 juni 2012 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 voorlopig advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 2 juli 2012 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Verzoekster lijdt aan de ziekte van Crohn en is in een paar jaar tijd ruim vijftig kilo afgevallen. Haar borsten zijn fors in grootte afgenomen. Naast smetplekken veroorzaakt de kleinere borsten ook psychische klachten. Mede op advies van haar maag-, darm- en leverarts heeft zij daarom eind 2011 een borstvergroterende operatie ondergaan. Door de operatie zijn de smetplekken verdwenen en gaat het ook met de ziekte van Crohn beter. Zij betreurt dat de ziektekostenverzekeraar de aanvraag heeft afgewezen. De borstcorrectie was voor haar noodzakelijk; hierdoor zal zij zich weer goed voelen.
- 4.2. De behandelend maag-, darm- en leverarts heeft bij verzoekster het volgende vastgesteld: *“Middels deze brief wil ik u laten weten dat bovengenoemde patiënte bij mij bekend is op de poli MDL in verband met de ziekte van Crohn. Afgelopen jaar is zij fors afgevallen ten gevolge van deze ziekte. Ook haar borstomvang is fors in grootte afgenomen. Hiervan ervaart zij vele psychische problemen. Dit is een reden voor patiënte om in aanmerking te willen komen voor een borstvergroterende operatie”*.
- 4.3. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat het haar er om gaat dat volgens de ziektekostenverzekeraar geen sprake is van verminking. Verzoekster definitie van dit begrip is “dat het niet meer terugkomt”. Verzoekster heeft dit ook met

haar behandelend arts besproken en deze deelt haar mening dat het hier gaat om verminking.

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 verwijst voor de aanspraak op plastische chirurgie naar artikel 35 van de zorgverzekering. In dit artikel is het plaatsen van borstprothesen, anders dan in geval van status na gehele of gedeeltelijke amputatie, uitgesloten. Hiervan is bij verzoekster geen sprake. De stelling van de arts van verzoekster dat een medische noodzaak bestaat, doet hieraan niet af.

5.2. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat voor de aanspraak van plastische chirurgie de richtlijn van de beroepsgroep bepalend is. Deze is ook bekend bij de plastisch chirurgen, en is goedgekeurd door de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Volgens deze richtlijn is er maar één vergoedingsgrond voor prothesen en dit is bij kanker en amputatie van de borst. Dit is bij verzoekster niet aan de orde.

5.3. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op de artikelen 9 van de zorgverzekering en 10 van 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 gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

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 combinatiepolis, zodat de verzekerde voor bepaalde zorg is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverleners, en voor andere zorg kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 34 tot en met 62 van de zorgverzekering. Artikel 35 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“Plastische chirurgie (zorg van plastisch chirurgische aard) valt alleen onder de medisch specialistische zorg als deze is bedoeld ter correctie van:

- a) afwijkingen in uw uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;*
- b) verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting, (...)*

Onder de medisch specialistische zorg valt niet:

(...)

d) het operatief plaatsen en het operatief vervangen van een borstprothese, anders dan na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie.

(...)”

- 8.3. Artikel 35 van de zorgverzekering is volgens artikel 3 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.4. 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. Plastische chirurgie is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 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. In artikel 35 van de zorgverzekering is de aanspraak op het operatief plaatsen van borstprothesen uitgesloten, tenzij sprake is van status na gehele of gedeeltelijke borstamputatie. Zulks is bij verzoekster niet aan de orde. Psychisch lijden, hoezeer daarvan in deze ook sprake kan zijn, vormt geen (verzekerings)indicatie in de zin van artikel 35 van de zorgverzekering, nog daargelaten dat ook indien dit anders zou zijn de hiervoor aangehaalde uitsluiting aan vergoeding in de weg staat.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.2. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het operatief plaatsen van borstprothesen, zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden toegewezen.

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, 11 juli 2012,

Voorzitter