



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	Mevrouw A te B, in haar hoedanigheid van wettelijk vertegenwoordigster van de minderjarige C, tegen IZA Zorgverzekeraar N.V. te Nijmegen
Zaak	: Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, borstverkleining
Zaaknummer	: 201401128
Zittingsdatum	: 18 februari 2015

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. P.J.J. Vonk)

(Voorwaarden zorgverzekering 2014, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2014)

1. Partijen

Mevrouw A, hierna te noemen: verzoekster, in haar hoedanigheid van wettelijk vertegenwoordigster van de minderjarige C, hierna te noemen: verzekerde, beiden te Velsbroek,

tegen

IZA Zorgverzekeraar N.V. te Nijmegen, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzekerde bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de IZA GezondSamenPolis Restitutie (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzekerde bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering IZA Classic Comfort afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 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 een borstverkleining ten behoeve van verzekerde (hierna: de aanspraak). Bij brief van 22 april 2014 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 15 mei 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing 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 22 september 2014 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 stukken gevoegd.
- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 5 december 2014 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 11 december 2014 aan verzoekster gezonden.

- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 22 december 2014 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10, lid 9 van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat, gebruik makend van de haar op grond van artikel 22 van dit reglement toekomstende bevoegdheid, de onderhavige zaak in afwijking van het bepaalde in artikel 13, lid 5 onder a van bedoeld reglement enkelvoudig wordt afgedaan.
- 3.9. Bij brief van 11 december 2014 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 15 januari 2015 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2014161230) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat niet is gebleken dat sprake is van aantoonbare, lichamelijke functiestoornissen. Tevens is niet gebleken van een objectief verband tussen de klachten en de grootte van de borsten. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 27 januari 2015 aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 18 februari 2015 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
- 4.1. De arts assistent plastische chirurgie heeft - mede namens de behandelend plastisch chirurg - met betrekking tot verzekerde het volgende verklaard: *" Onlangs verscheen bij ons op het spreekuur bovenstaande patiënte in verband met onbehandelbare klachten van nek-, schouder- en rugpijn op basis van een mammahypertrofie welke sinds één jaar stabiel op cupmaat 80F zit. De BMI is 21.5. Zij heeft de stellige wens voor een mammareductie en aangezien er sprake is van een medische indicatie en de ouders akkoord gaan met de ingreep werd hiervoor een aanvraag onder DBC 211 bij u gedaan. Recent vernam ik van de ouders dat deze aanvraag is afgewezen waarbij u uiteindelijk als reden aangeeft dat patiënte nog geen 18 jaar is. In onze ervaring is dit geen contra-indicatie voor een mammareductie. Aangezien er sprake is van een strikte medische indicatie wil ik u verzoeken om uw eerdere afwijzing te herzien."*
- 4.2. Verzekerde heeft zich met nek-, schouder- en rugklachten gewend tot een fysiotherapeut. Haar klachten bleven, ook na een intensieve therapie, onveranderd. Daaropvolgend heeft de behandeld fysiotherapeut haar terugverwezen naar haar huisarts. De huisarts heeft verzekerde hierop verwezen naar de plastisch chirurg. Deze heeft een borstverkleining voorgesteld.
- 4.3. De ziektekostenverzekeraar heeft de aanvraag hiertoe afgewezen op de grond dat, nu verzekerde de leeftijd van achttien jaar nog niet heeft bereikt, de onderhavige operatie niet doelmatig is. Verzoekster stelt - voor zover van belang - dat verzekerde, aangezien zij een Cubaanse vader heeft, al op veertienjarige leeftijd biologisch was uitgegroeid. Zij wijst erop dat de Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie een minimumleeftijd van achttien jaar wenselijk acht, doch alleen bij cosmetische ingrepen. Hier betreft het evenwel een medisch noodzakelijke operatie.
- 4.4. Verder is door verzoekster aangevoerd dat het haar bevreemdt dat verzekerde niet is opgeroepen voor het medisch spreekuur van de ziektekostenverzekeraar. Verzoekster stelt dat zij recht heeft op een afspraak met de medisch adviseur. Verzekerde zou haar klachten hebben kunnen toelichten en de medisch adviseur had een betere indruk kunnen krijgen van de biologische leeftijd van verzekerde, afgezet tegen haar chronologische leeftijd.
- 4.5. Voorts beroept verzoekster zich op een tekort op de website van de ziektekostenverzekeraar. Zij stelt dat verzekerde voldoet aan de in dat verband genoemde voorwaarden en haalt een uitspraak

van de Rechtbank Gelderland aan waarbij is geoordeeld dat mag worden uitgegaan van hetgeen door een verzekeraar op de website wordt vermeld. De ziektekostenverzekeraar noemt op zijn website nergens de minimumleeftijd van achttien jaar. Deze voorwaarde kan verzekerde daarom niet worden tegengeworpen. Daarnaast haalt verzoekster een anoniem bindend advies van de commissie aan met nummer 201303371, alsmede een anoniem bindend advies met nummer 2012.00035.

4.6. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat verzekerde is overgestapt naar een andere verzekeraar. De operatie heeft intussen plaatsgevonden en de kosten hiervan zijn door de nieuwe verzekeraar vergoed. Verzoekster stelt dat hiermee voor haar duidelijk is dat zij gelijk heeft en verwacht excuses van de ziektekostenverzekeraar.

4.7. 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 heeft de aanvraag afgewezen omdat het geen doelmatige zorg betreft. Om de beste kans op een goede beoordeling te hebben en de minste kans dat de groei van verzekerde het resultaat na de operatie zal verstoren, hanteert de ziektekostenverzekeraar voor ingrepen als deze een minimale leeftijd van achttien jaar aangezien het lichaam dan biologisch is uitgegroeid. Daarnaast stelt hij dat de verzekerde de eigen situatie goed moet kunnen beoordelen, waar geestelijke volwassenheid voor nodig is. De ziektekostenverzekeraar heeft verzekerde niet opgeroepen voor het medisch spreekuur omdat dit - gezien bovenstaande - niet zinvol werd geacht.

5.2. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat hij - na het advies van het Zorginstituut - het gehele dossier nogmaals heeft voorgelegd aan de medisch adviseur. De medisch adviseur heeft de ziektekostenverzekeraar medegedeeld dat het door deze ingenomen standpunt begrijpelijk is.

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 artikel 10 van de zorgverzekering en artikel 8 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 is gehouden 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 restitutiepolis, zodat de verzekerde in beginsel kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in artikel 11 tot en met 36 van de zorgverzekering.


 8.3. Artikel 19 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op plastische chirurgie bestaat en luidt, voor zover hier van belang:


“ Uw recht op vergoeding van de kosten van geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 14 (Medisch specialistische zorg) omvat behandeling van plastisch-chirurgische aard, als het gaat om correctie van:


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


 8.4. In artikel 1.2 van de zorgverzekering is bepaald dat aanspraak bestaat op zorg, wanneer de verzekerde - gelet op zijn indicatie - hierop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. De te verlenen zorg moet doelmatig zijn.


 8.5. De artikelen 19 en 1.2 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2.9 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

 8.6. 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. In artikel 2.1, lid 3 Bzv is bepaald dat een verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht heeft voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.


 8.7. De Zvw, het daarop gebaseerde Bzv en de Rzv, schrijven dwingend voor welke prestaties onder de zorgverzekering verzekerd dienen te zijn. De verzekerde die een zorgverzekering sluit heeft recht op niet meer of minder dan deze prestaties. De zorgverzekering is in dit opzicht een bijzondere, van overheidswege gereguleerde vorm van schadeverzekering. Het staat de ziektekostenverzekeraar niet vrij een dekking te bieden die hetzij ruimer dan wel beperkter is dan op grond van het bij of krachtens de Zvw bepaalde is voorgeschreven. De hiervoor beschreven regeling, zoals opgenomen in de zorgverzekering, strookt met de toepasselijke regelgeving.

 9. Beoordeling van het geschil

 9.1. Ter zitting is gebleken dat verzekerde met ingang van 1 januari 2015 elders is verzekerd tegen ziektekosten. De operatie heeft inmiddels plaatsgevonden en de kosten zijn door de nieuwe verzekeraar vergoed. De commissie constateert dat verzoekster derhalve geen materieel belang meer heeft bij een uitspraak. Het aspect van de bejegening leent zich niet voor een bindend advies en de commissie zal dit deel van het verzoek daarom moeten laten rusten.


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

 10. Het bindend advies

 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 25 maart 2015,



 mr. drs. P.J.J. Vonk

