# ANONIEM
# BINDEND ADVIES

| | | |
|---|---|---|
| Partijen | : | A, als wettelijk vertegenwoordiger van de minderjarige B, beiden te C, tegen IZZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem |
| Zaak | : | Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, borstprothese |
| Zaaknummer | : | 201503252 |
| Zittingsdatum | : | 15 juni 2016 |



**Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen**
**Postadres** Postbus 291, 3700 AG Zeist **Bezoekadres** Sparrenheuvel 16, 3708 JE Zeist **T** 088 900 69 00 **F** 088 900 69 06 **E** info@skgz.nl **www.skgz.nl** **KvK** 30213012

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2015, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2015)

---

1. Partijen

A te C, hierna te noemen: verzoeker, als wettelijk vertegenwoordiger van de minderjarige B, hierna te noemen: verzekerde,

tegen

IZZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, 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 grond van de verzekering IZZ Basisverzekering, variant Restitutie (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1 onderdeel d Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzekerde bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen IZZ Zorg voor de Zorg en IZZ Zorg voor de Zorg Extra 3 afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde 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. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een enkelzijdige mamma-augmentatie ten behoeve van verzekerde (hierna: de aanspraak). Bij brief van 8 mei 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.

3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 29 september 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.3. Bij brief van 6 november 2015 heeft verzoeker 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).

3.4. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 29 maart 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 5 april 2016 aan verzoeker gezonden.

3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 22 mei 2016 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 8 juni 2016 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.

3.7. 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 de onderhavige zaak enkelvoudig wordt afgedaan.

3.8. Bij brief van 30 maart 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 19 april 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016039865) 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 geen (verzekerings)indicatie heeft voor het plaatsen van een borstprothese. In de "werkwijzer plastische chirurgie 2012", wordt expliciet verwoord dat het plaatsen van borstprothesen uitgesloten is van vergoeding bij asymmetrie van de borsten (met uitzondering van een status na amputatie). Er is bij verzekerde geen sprake van een status na borstamputatie. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 24 mei 2016 aan partijen gezonden.

3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 15 juni 2016 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.

3.10. Bij brief van 15 juni 2016 heeft de commissie het Zorginstituut een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 17 juni 2016 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen geen aanleiding vormen tot aanpassing van het advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

## 4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

4.1. Bij verzekerde was sprake van een aangeboren afwijking in de vorm van ernstige asymmetrie van de borsten. Dit kwam tot uiting in een fors verschil tussen de borsten: de rechterborst had een cup A, en de linkerborst een cup E, de grootte van de tepel (een tepel is bijna twee keer zo groot als de andere), en de ontwikkeling van de tepel (een tepel passend bij een volgroeide borst, de andere bij een groeiende borst in de pre-puberteit).

4.2. Verzekerde leed ernstig onder deze afwijking. Een prothese in haar BH was noodzakelijk om de asymmetrie niet zichtbaar te laten zijn. Voorts vermeed verzekerde het dragen van bepaalde kledingstukken, had zij angst zich in badkleding te vertonen en bezocht zij geen slaapfeestjes of andere gelegenheden waar de asymmetrie en/of de prothese zichtbaar zou kunnen worden.
De afwijking werd door de behandelend plastisch chirurg beschreven als één geheel. Tegen die achtergrond heeft hij bij de ziektekostenverzekeraar verklaard en beargumenteerd dat een operatie aan beide borsten noodzakelijk was om het probleem op te lossen. Een operatie aan één borst was onvoldoende geweest om enigszins gelijke borsten te krijgen.

4.3. Vanwege de DBC-systematiek moesten de behandelingen aan beide borsten evenwel apart worden aangevraagd. Verzoeker stelt dat de ziektekostenverzekeraar hier rechtlijnig op heeft gereageerd door mede te delen dat een borstvergroting buiten de dekking van de zorgverzekering valt en dat daarom de operatie aan de kleine borst niet wordt vergoed. Verzoeker heeft tegen deze beslissing protest aangetekend. Hij staat erop dat een verzekeringsarts een oordeel uitspreekt over de medische noodzaak van de gehele ingreep. De ziektekostenverzekeraar is het weliswaar eens met de noodzaak van de gehele ingreep, maar blijft bij het standpunt dat de operatie aan de kleine borst niet wordt vergoed.

4.4. Verzoeker stelt dat de voorheen bestaande afwijkingen aan beide borsten niet los van elkaar waren te zien. Om het probleem op te lossen was het noodzakelijk beide borsten te opereren. De ziektekostenverzekeraar behandelde de aanvraag niet als één geheel, maar als twee aparte ingrepen. Hij heeft zich hierbij beroepen op de wettelijke bepalingen rondom de vergoeding van borstvergrotende chirurgische ingrepen, en weigerde op grond hiervan om dit deel van de ingreep te vergoeden. Inmiddels is de operatie uitgevoerd op kosten van verzoeker, waarbij het gaat om een bedrag van € 2.400,--.

4.5. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat verzekerde de dupe is geworden van de DBC-systematiek, waarbij een samenhangende ingreep wordt gesplitst in twee behandelingen. Verzoeker benadrukt dat het gaat om één probleem en één oplossing. Verder verklaart verzoeker dat hij het gevoel heeft dat de verzekeraar zich verschuilt achter de regelgeving; de verzekeraar heeft immers de mogelijkheid van het toekennen van een coulancevergoeding, juist voor dit soort gevallen.

4.6. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. De behandelend medisch specialist heeft bij de ziektekostenverzekeraar twee aanvragen ingediend: een voor het plaatsen van een borstprothese aan de rechterzijde en een voor een borstcorrectie aan de linkerzijde. De aanvraag voor de borstcorrectie is op 9 juni 2015 goedgekeurd. De aanvraag voor het plaatsen van een borstprothese is afgewezen bij brief van 8 mei 2015. Vanuit de zorgverzekering bestaat namelijk alleen recht op vergoeding van het plaatsen van een prothese indien eerder een (gedeeltelijke) borstamputatie heeft plaatsgevonden. De situatie van verzekerde voldoet hier niet aan.

5.2. In het kader van een zorgvuldige beoordeling heeft de ziektekostenverzekeraar ermee ingestemd verzekerde op te roepen voor het medisch spreekuur van 27 augustus 2015. Dit spreekuurbezoek heeft echter niet geleid tot een andere beslissing.

5.3. De ziektekostenverzekeraar begrijpt dat het plaatsen van de borstprothese belangrijk was voor de kwaliteit van leven en het persoonlijk welzijn van verzekerde. Ondanks de bijzondere zorgvraag is hij evenwel gehouden uitvoering te geven aan de wet- en regelgeving inzake plastische chirurgie en kan hij hierop geen uitzondering maken.

5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat het normale DBC-tarief voor een borstverkleining € 4.010,-- is. In casu is een paar honderd euro meer vergoed, hetgeen in het voordeel van verzekerde is. Een vergoeding op basis van coulance wordt zelden toegekend. Verzekerde is op het spreekuur gezien en op basis hiervan is geoordeeld dat er geen aanleiding bestaat in dit geval een onverplichte vergoeding te verlenen.

5.5. 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 7 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 verzoeker aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van de bij verzekerde uitgevoerde mamma-augmentatie, 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 kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 tot en met 37 van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 20 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 15 (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;*
*(...)*
*U hebt geen recht op vergoeding van de kosten van:*
*(...)*
*c. het operatief plaatsen en het operatief vervangen van een borstprothese anders dan na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie; (...)"*

8.4. Artikel 20 van de zorgverzekering is volgens artikel 2.8 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.5. 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.

8.6. 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

**Ten aanzien van de zorgverzekering**

9.1. De zorgverzekering biedt uitsluitend dekking voor het plaatsen van borstprothesen indien sprake is van een status na gehele of gedeeltelijke borstamputatie. Elke andere reden voor het plaatsen van borstprothesen is op grond van artikel 20 van de zorgverzekering - ongeacht de indicatie, zoals bijvoorbeeld verminking - expliciet uitgesloten. Aangezien bij verzekerde geen sprake is van een status na gehele of gedeeltelijke borstamputatie, is de uitsluiting onverkort van toepassing.

9.2. Psychisch lijden, hoe ernstig ook, vormt in dit verband geen (verzekerings)indicatie.

9.3. Hetgeen door verzoeker is aangevoerd, met name zijn stelling dat de afwijkingen aan beide borsten in samenhang moeten worden gezien en dat verzekerde de dupe is van de DBC-systematiek die ertoe leidt dat twee aanvragen moeten worden gedaan, maakt het voorgaande niet anders. Vaststaat immers dat de bij verzekerde uitgevoerde behandeling van de rechterborst bestond uit het inbrengen van een borstprothese, en dat voornoemd artikel 20 juist op die specifieke situatie ziet. Derhalve bestaat geen aanspraak op de betreffende behandeling ten laste van de zorgverzekering.

**Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering**

9.4. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden toegewezen.

**Conclusie**

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

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 22 juni 2016,

P.J.J. Vonk