



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen C en D, beide te E
Zaak : Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, borstcorrectie
Zaaknummer : 201400647
Zittingsdatum : 17 september 2014

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden zorgverzekering 2013, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2013)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

1) C te E, en

2) D te E,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorg-op-maatpolis (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 [naam ziektekostenverzekeraar] direct Basic 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 borstvergroting (hierna: de aanspraak). Bij brief van 3 juni 2013 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 3 juli 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft bij brief van 16 april 2014 aan verzoekster medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling.

3.4. Bij brief van 29 april 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 18 juli 2014 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 22 juli 2014 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 23 juli 2014 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 28 augustus 2014 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 22 juli 2014 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 29 juli 2014 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2014093863) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat het operatief plaatsen of vervangen van een borstprothese, anders dan na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie, is uitgesloten van vergoeding. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 17 september 2014 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.10. Bij brief van 19 september 2014 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 23 september 2014 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 verzoekster
- 4.1. De behandelend plastisch chirurg heeft ten aanzien van verzoekster het volgende verklaard: *“Patiënte werd ingestuurd i.v.m. afhagende mammae welke patiënte ook erg klein vindt na haar zwangerschappen. Patiënte wenst momenteel geen kinderen meer. Bij onderzoek wordt een ptosis van de mammae gezien bij een cupmaat B ongeveer. Conclusie: er is een verbetering te verwachten m.b.v. een mamma-augmentatie met siliconenprothesen. De prothesen moeten wel wat aan de lage kant submamair geplaatst worden. De mogelijke nadelen zijn met patiënte besproken, te weten de kans op kapselvorming, het litteken submamair en de kans op sensibiliteitsvermindering van de tepel. Bijzonderheden: de ingreep zal voor eigen rekening zijn. Patiënte denkt na. (...)”*.
- 4.2. Verzoekster heeft na haar laatste zwangerschap kleinere borsten gekregen, die net 'theezakjes' zijn. Zij ondervindt tevens pijnklachten, en wil hier graag vanaf. Om de pijn te verminderen moet zij altijd een BH dragen, ook 's nachts. Vóór haar zwangerschappen had verzoekster mooie borsten, met een cupmaat C. Zij is van mening dat de ziektekostenverzekeraar zijn verzekerden niet kan laten rondlopen met pijn, zodat hij gehouden is de ingreep te vergoeden, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 4.3. De moeder van verzoekster heeft telefonisch contact gehad met de ziektekostenverzekeraar, bij welke gelegenheid haar door een medewerker is medegedeeld dat een borstcorrectie zou worden vergoed indien de arts een aanvraag zou indienen.
- 4.4. Ter zitting heeft verzoekster haar standpunt herhaald.
- 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. Het tijdens een operatie plaatsen of vervangen van borstprothesen kan slechts worden vergoed indien sprake is van een status na gehele of gedeeltelijke borstamputatie. Die situatie is bij verzoekster niet aan de orde.

5.2. De ziektekostenverzekeraar vergoedt bij wijze van uitzondering het plaatsen van prothesen bij een verschil tussen de borsten van ten minste twee cupmaten en bij aplasie. Ook hiervan is bij verzoekster geen sprake.

5.3. Uit de contactregistratie van de ziektekostenverzekeraar blijkt dat op 16 mei 2013 een chatsessie met verzoekster heeft plaatsgevonden. Tijdens deze sessie is uitgelegd dat een borstvergroting niet wordt vergoed vanuit de zorgverzekering, ook niet bij wijze van uitzondering. Het wordt gezien als een cosmetische ingreep. Vervolgens heeft de moeder van verzoekster op de zelfde dag telefonisch navraag gedaan. Aan haar is uitgelegd dat een borstcorrectie moet worden aangevraagd door de medisch specialist, welke aanvraag na ontvangst wordt beoordeeld door de ziektekostenverzekeraar. Niet gebleken is van een toezegging dat de ingreep wordt vergoed.

5.4. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt herhaald.

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 A.22. van 'Hoofdstuk A' van de zorgverzekering en 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 naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in 'Hoofdstuk B' van de zorgverzekering.

8.3. Artikel B.4.5. van 'Hoofdstuk B' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op behandeling van plastisch-chirurgische aard bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“U hebt recht op behandelingen van plastischchirurgische aard volgens de standaard van plastisch chirurgie. Het gaat om correcties van:

a. afwijkingen in uw uiterlijk die aantoonbare lichamelijke functiestoornissen veroorzaken. Het gaat hierbij om lichamelijke klachten waarvan door onderzoek is vastgesteld (objectief) dat ze zijn

ontstaan door de te corrigeren lichamelijke afwijking. Een voorbeeld hiervan is: onbehandelbare, continue aanwezige smetplekken in de huidplooi bij een forse overhang van de buik.

b. verminkingen die zijn ontstaan door ziekte, een ongeval of een geneeskundige verrichting (bijvoorbeeld een operatie). Hiervan is sprake als het gaat om een ernstige misvorming die in het dagelijkse leven meteen opvalt. Voorbeelden hiervan zijn: misvorming door brandwonden en geamputeerde (afgezette) benen, armen of borsten; (...)"

8.4. Artikel B.4.1. van 'Hoofdstuk B' van de zorgverzekering bepaalt, voor zover hier van belang:

"De volgende zorg valt niet onder medisch specialistische zorg zoals die is beschreven in artikel B.4.: (...)

c. het tijdens een operatie plaatsen of vervangen van een borstprothese als bij u geen gehele of gedeeltelijke borstamputatie is uitgevoerd; (...)"

8.5. De artikelen B.4.1. en B.4.5. van 'Hoofdstuk B' van de zorgverzekering zijn volgens artikel A.2.4. van 'Hoofdstuk A' van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.6. 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.
Plastische chirurgie is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.1 Rzv.

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

Ten aanzien van de zorgverzekering

9.1. De zorgverzekering biedt 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 B.4.1. van 'Hoofdstuk B' van de zorgverzekering expliciet uitgesloten. Aangezien bij verzoekster geen sprake is van een status na gehele of gedeeltelijke borstamputatie, is de uitsluiting onverkort van toepassing, en heeft zij geen aanspraak op de gevraagde behandeling ten laste van de zorgverzekering.

9.2. Pijnklachten - hoe vervelend ook - vormen geen (verzekerings)indicatie voor het plaatsen van borstprothesen.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

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

Telefonische toezegging

- 9.4. Verzoekster heeft aangevoerd dat haar moeder heeft gesproken met een medewerker van de ziektekostenverzekeraar, waarbij haar is verteld dat de kosten van een borstcorrectie worden vergoed indien een aanvraag wordt gedaan door de behandelend plastisch chirurg. Volgens opgave van de ziektekostenverzekeraar is gezegd dat een aanvraag kon worden ingediend en dat deze na ontvangst zou worden beoordeeld.
- 9.5. Het ligt op de weg van verzoekster aannemelijk te maken dat een toezegging is gedaan en wat hiervan de inhoud is. Door verzoekster is niet aannemelijk gemaakt dat - in afwijking van de voorwaarden van de zorgverzekering - een toezegging is gedaan waarop zij zich in de onderhavige procedure kan beroepen. Daarbij is door de ziektekostenverzekeraar aangevoerd - en door verzoekster niet bestreden - dat op dezelfde dag dat haar moeder heeft gebeld, eerder door verzoekster een chatsessie is gevoerd met een medewerker, waarbij haar is uitgelegd dat de ingreep niet voor vergoeding in aanmerking komt. Verzoekster mocht daarom niet erop vertrouwen dat het enkel indienen van een aanvraag door de behandelend plastisch chirurg voldoende zou zijn om aanspraak te kunnen maken op de onderhavige behandeling. Zulks klemmt temeer aangezien uit bovenvermelde verklaring van de plastisch chirurg valt op te maken dat met verzoekster is besproken dat de kosten van de ingreep voor eigen rekening zijn.

Conclusie

- 9.6. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 1 oktober 2014,

Voorzitter