



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, in zijn hoedanigheid van wettelijk vertegenwoordiger van C, tegen D te E

Zaak : Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, borstvergroting, Poland-syndroom, aplasie

Zaaknummer : 201302533

Zittingsdatum : 14 mei 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

De heer A te B, hierna te noemen: verzoekster, in zijn hoedanigheid van wettelijk vertegenwoordiger van C, hierna te noemen: verzekerde,

tegen

D te E, 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 [naam ziektekostenverzekeraar] Zorgverzekering (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 Uitgebreide Aanvullende Verzekering en het Tand Beter Pakket afgesloten (hierna gezamenlijk: 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. Verzoekster heeft ten behoeve van verzekerde bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een mamma-augmentatie beiderzijds (hierna: de aanspraak). Bij brief van 27 augustus 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 26 september 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft bij brief van 5 november 2013 medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling.

3.4. Bij brief van 3 december 2013 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 25 februari 2014 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 4 maart 2014 aan verzoekster gezonden.

- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 5 maart 2014 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 28 april 2014 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. Verzoeker heeft op 2 mei 2014 telefonisch medegedeeld niet bereikbaar te zijn ten tijde van de geplande hoorzitting op 14 mei 2014, zodat hiermee de mogelijkheid tot horen is vervallen.
- 3.8. Bij brief van 4 maart 2014 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (thans: Zorginstituut Nederland, hierna te noemen: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 2 april 2014 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2014026334) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat de zorgverzekering geen dekking biedt voor het operatief plaatsen en vervangen van een borstprothese anders dan na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie. Psychisch lijden is niet meer als een criterium voor vergoeding opgenomen in de wet. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. De ziektekostenverzekeraar is op 14 mei 2014 telefonisch gehoord. Hij is daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.10. Bij brief van 15 mei 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 21 mei 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 bij verzekerde de volgende diagnose gesteld: *“hypotrofie mammae waarbij tevens sprake is van asymmetrie door afwezigheid van de musculus pectoralis rechts in het kader van een Poland syndroom. Een en ander geeft uiteraard aanleiding tot psychische klachten en gevoelens van onzekerheid. Bij onderzoek is er sprake van een duidelijke onderontwikkeling van de mammae bdz links gelijk aan rechts waarbij de contour van de musculus pectoralis tgv de voorste axillairlijn rechts ontbreekt. Palpatoir geen afwijkingen. De aureolae zijn normaal aangelegd (...) medische indicatie voor mamma augmentatie middels subglandulaire plaatsing van siliconenprothesen hetgeen onder narcose kan worden uitgevoerd. De voors en tegens werden besproken met name het resterend litteken inframammair alsmede de kans op kapselvorming en sensibiliteitsstoornissen van de tepelhoven. (...)”*.
- 4.2. Verzekerde is bekend met het Poland-syndroom. Hierdoor zijn haar borsten aan beide zijden onderontwikkeld en zijn deze asymmetrisch. Dit is zowel een aantoonbare lichamelijke functiestoornis als verminking als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 4.3. De ziektekostenverzekeraar beroept zich ten onrechte op de uitsluiting in de zorgverzekering met betrekking tot een borstvergroting. Uit enkele uitspraken van de commissie volgt dat aplasie is gelijk te stellen aan een status na borstamputatie, zodat verzekerde voldoet aan de voorwaarden voor vergoeding. Verzoeker benadrukt dat de aanvraag niet is gedaan uit het oogpunt van psychisch lijden.
- 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 zorgverzekering biedt dekking voor plastische chirurgie bij een aantoonbare lichamelijke functiestoornis dan wel verminking. Het aanbrengen van borstprothesen is uitgesloten van vergoeding, tenzij sprake is van een status na gehele of gedeeltelijke borstamputatie. Deze situatie is bij verzekerde niet aan de orde.

- 5.2. De uitspraken van de commissie waarop verzoeker zich beroept, zijn in de onderhavige casus niet relevant. Inmiddels zijn de richtlijnen van de VAGZ aangepast, en hierin is opgenomen dat borstvergroting bij aplasie is uitgesloten van vergoeding.
- 5.3. De ziektekostenverzekeraar heeft onderzocht of coulancehalve een vergoeding kan worden verleend. Aangezien geen sprake is van een verschil tussen de borsten van twee cupmaten of meer, gaat de ziektekostenverzekeraar niet over tot vergoeding.
- 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 10 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 de artikelen 11 tot en met 36 van de zorgverzekering.
- 8.3. Artikel 19 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op behandeling van plastisch-chirurgische aard bestaat en luidt, voor zover hier van belang:
- “Uw recht op 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; (...)*
- U hebt geen recht op: (...)*
- c. het operatief plaatsen en het operatief vervangen van een borstprothese anders dan na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie; (...)*”
- 8.4. Artikel 19 van de zorgverzekering is volgens artikel 2.9 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.5. 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.
- 8.6. 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. Ten aanzien van de stelling dat verzekerde een (verzekerings)indicatie heeft voor de aangevraagde behandeling aangezien bij haar sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis en verminking, moet worden vooropgesteld dat, gelet op de polisvoorwaarden, de zorgverzekering alleen dekking biedt voor een borstvergroting indien sprake is van een status na gehele of gedeeltelijke borstamputatie. Niet in geschil is dat die situatie bij verzekerde niet aan de orde is. De uitsluiting van artikel 19 van de zorgverzekering is derhalve - ook indien een (verzekerings)indicatie in de vorm van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of verminking zou bestaan - bij verzekerde onverkort van toepassing.
- 9.2. Verzoeker heeft zich beroepen op een bindend advies van de commissie van 4 juli 2007 (GcZ 4 juli 2007, ANO07.117) waarin is uitgesproken dat aplasie is gelijk te stellen met een status na gehele of gedeeltelijke borstamputatie. Afgezien van de vraag of bij verzekerde sprake is van aplasie - de plastisch chirurg spreekt immers van hypotrofie - bestaat blijkens de toelichting op de wijziging van de Rzv met ingang van 1 januari 2009 (Staatscourant 25 juli 2008, nr 142/pag 18) geen recht op het plaatsen, verwijderen of vervangen van een borstprothese in geval van aplasie. Het bindend advies heeft derhalve geen betekenis meer, aangezien nadien de regelgeving is gewijzigd.
- 9.3. De bevoegdheid tot toepassing van coulance is voorbehouden aan de ziektekostenverzekeraar. In het door deze ter zake gevoerde beleid kan de commissie niet treden. Dit is slechts anders indien de ziektekostenverzekeraar een beleid zou voeren waarbij identieke gevallen verschillend worden behandeld. Gesteld noch gebleken is dat hiervan in de onderhavige situatie sprake is.

### **Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering**

- 9.4. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor een borstvergroting, 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, 4 juni 2014,

Voorzitter