

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, in haar hoedanigheid van wettelijk vertegenwoordiger van
F, vertegenwoordigd door G tegen C en E beide te D
Zaak : Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, borstcorrectie
Zaaknummer : 2009.01301
Zittingsdatum : 26 mei 2010

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2009, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2009)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, in haar hoedanigheid van wettelijk vertegenwoordiger van F, hierna te noemen: verzekerde, vertegenwoordigd door G

tegen

1) C en

2) E beide te D,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 18 mei 2009 de aanvraag voor een “borstcorrectie” ten behoeve van verzekerde (hierna: de aanspraak) af te wijzen.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzekerde 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 waren ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen IdeaalPakket (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering) en Uitgebreide tandarts afgesloten. De Uitgebreide tandarts is niet in geschil en blijft daarom in het vervolg buiten beschouwing. Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. Bij brief van 18 mei 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.3. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 31 augustus 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.5. Bij brief van 21 december 2009 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).

- 3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 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.
- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 22 maart 2010 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 23 maart 2010 aan verzoekster gezonden.
- 3.8. Verzoekster heeft bij brief van 1 april 2010 nog een brief van de behandelend plastisch chirurg van 24 maart 2010 ingebracht. Tevens heeft verzoekster verzocht de door haar gemaakte buitengerechtelijke kosten ten bedrage van € 732,-- toe te wijzen. Voornoemde stukken zijn doorgestuurd naar de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 15 april 2010 inhoudelijk gereageerd op de brief van de behandelend plastisch chirurg.
- 3.9. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 8 april 2010 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.10. Bij brief van 23 maart 2010 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 19 april 2010 heeft het CVZ (zaaknummer 2010043815) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat geen sprake is van een indicatie op grond waarvan aanspraak bestaat op een borstvergroting dan wel een borstverkleining. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.11. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 26 mei 2010 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.12. Bij brief van 27 mei 2010 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 voorlopige advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 1 juni 2010 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopige advies als definitief kan worden beschouwd.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
- 4.1. De behandelend radiotherapeut-oncoloog heeft bij verzekerde de volgende diagnose gesteld: "(...) sedert 1997 (...) bekend met een Wilms tumor. Destijds had zij een Wilms tumor stadium 3, uitgaande van de rechter nier. Zij werd behandeld met chemotherapie en vervolgens werd de tumor verwijderd. De tumor zat vast aan het rechter diafragma. Derhalve kwam zij in aanmerking voor bestraling van de gehele buikinhoud. Deze bestralingen vonden plaats van 25-06-1997 t/m 11-07-1997. Er werd een dosis gegeven van 19,5 Gy. [Verzekerde] was destijds 4 jaar en het diafragma, met name aan de rechter kant (aan de kant van de lever) eindigt bij het tepelniveau. Beide tepelgebieden, met name rechts, zijn derhalve bestraald. Ten gevolge hiervan is er beiderzijds een mindere ontwikkeling van de borsten, maar gezien het bestralingsveld

is dit met name rechts.”

- 4.2. Verzoekster stelt dat de bestraling van verzekerde op jeugdige leeftijd in het kader van de hiervoor omschreven behandeling ertoe heeft geleid dat haar borsten op latere leeftijd onderontwikkeld zijn, en de rechterborst kleiner is dan de linkerborst. Zij voelt zich hierdoor verminkt, en ondervindt psychische problemen. Verzekerde heeft nog niet besloten of zij een verkleining van de linkerborst, dan wel een vergroting van de rechterborst wenst. Een mogelijkheid is de linkerborst te verkleinen om symmetrie te bereiken, en daarna implantaten in te brengen om de borsten te vergroten. De ziektekostenverzekeraar zou dan in ieder geval kunnen bijdragen aan de borstverkleining.
- 4.3. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd, dat verzekerde vanwege bestraling onderontwikkelde borsten heeft, waarbij een asymmetrie is ontstaan. Inmiddels is verzekerde geopereerd, waarbij tissue-expanders zijn geplaatst om het weefsel op te rekken. Normaliter is deze ingreep niet nodig, en worden direct implantaten ingebracht. Intussen is één van de expanders gaan lekken, waardoor een hersteloperatie dient plaats te vinden. Volgens de Daniël den Hoed kliniek zou de eerste fase van de operatie worden vergoed. Verzekerde stelt dat de ingreep bij anderen wel is vergoed. Het vormt voor haar een afsluiting van een moeilijke periode. Verzekerde is nooit uitgenodigd op het spreekuur van de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar en is beoordeeld op basis van overgelegde foto's van enkele jaren geleden.
- 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 stelt dat een borstvergroting is uitgesloten van vergoeding, tenzij bij verzekerde sprake zou zijn van een status na borstamputatie, hetgeen niet aan de orde is. Een borstverkleining kan worden vergoed wanneer sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis, dan wel van verminking als bedoeld in de polisvoorwaarden. Verzekerde heeft geen lichamelijke klachten van haar borsten, zodat geen sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. Van verminking kan blijken de richtlijnen van de VAGZ worden gesproken wanneer een asymmetrie bestaat van meer dan twee cupmaten, dan wel wanneer het gaat om het verkleinen van de contralaterale borst in het kader van een borstreconstructie bij een status na amputatie. Bij verzekerde is van een dergelijke situatie niet gebleken, zodat bij haar niet kan worden gesproken van verminking in de zin van de voorwaarden.
 - 5.2. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd, dat een borstvergroting van vergoeding is uitgesloten, tenzij het gaat om een status na gehele of gedeeltelijke borstamputatie. De ziektekostenverzekeraar vergoedt dergelijke kosten uit coulance indien sprake is van een asymmetrie van meer dan twee cupmaten, of in het geval van aplasie. Dit is hier echter niet aan de orde. De ziektekostenverzekeraar beoordeelt de aanvraag aan de hand van de stukken in het dossier, en alleen bij twijfel wordt iemand uitgenodigd op het spreekuur. De reden daarvoor is dat het vervelend is voor een verzekerde om zich voor een adviseur te ontkleden, en dat dit niet nodig is als op voorhand duidelijk is dat zal worden afgewezen. Als recentere foto's beschikbaar zijn waarop wel een asymmetrie van meer dan twee cupmaten

zichtbaar is, zullen die opnieuw worden beoordeeld.

- 5.3. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag terecht is afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is 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 een borstcorrectie ten behoeve van verzekerde te verstrekken of te vergoeden, 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 (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 19 tot en met 43 van de ‘algemene voorwaarden’ van de zorgverzekering.

Artikel 20.4 van de ‘algemene voorwaarden’ van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op behandelingen van plastisch-chirurgische aard bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“U hebt recht op behandelingen die plastisch-chirurgisch van aard zijn, als ze zijn bedoeld om de volgende zaken te corrigeren:

- a. afwijkingen in uw uiterlijk die aantoonbare lichamelijke functiestoornissen veroorzaken;*
- b. verminkingen die zijn ontstaan door ziekte, een ongeval of een geneeskundige verrichting (bijvoorbeeld een operatie);(...)*

Artikel 20.5 van de ‘algemene voorwaarden’ van de zorgverzekering sluit enkele plastisch-chirurgische behandelingen specifiek uit en luidt, voor zover hier van belang:

“Op de volgende zorg hebt u geen recht:

(...)

- d. het tijdens een operatie plaatsen of vervangen van een borstprothese als bij u geen gehele of gedeeltelijke borstamputatie is uitgevoerd;*

(...)”

- 8.3. De artikelen 20.4 en 20.5 van de ‘algemene voorwaarden’ van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2.1 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.4. 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. Plastisch-chirurgische zorg 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. Voor verzekerde is een borstcorrectie aangevraagd, waarbij ten tijde van de aanvraag nog niet duidelijk was of een borstvergroting dan wel een borstverkleining zou plaatsvinden. Voor zover een borstvergroting is gewenst, bestaat geen aanspraak ingevolge de zorgverzekering, omdat geen sprake is van een status na gehele of gedeeltelijke borstamputatie. Een borstvergroting om een andere dan bovenstaande reden is in de voorwaarden expliciet uitgesloten.
- 9.2. Indien verzekerde een borstverkleining wenst, dient getoetst te worden of bij haar sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis dan wel van verminking in de zin van de polisvoorwaarden. Gesteld noch gebleken is dat bij verzekerde sprake is van een dergelijke lichamelijke functiestoornis
- 9.3. Van verminking is slechts sprake in geval van een ernstige misvorming, die al dan niet met weefseldefecten gepaard gaat (zie ook GcZ, 5 november 2007, ANO07.289). Gelet op de ontstaansgeschiedenis van de term 'verminking' in de huidige regelgeving gaat het daarbij om verworven aandoeningen, zoals misvorming van de handen door reumatoïde artritis, misvorming door verlamming van de aangezichtszenew, misvorming door brandwonden, replantatie van ledematen, reconstructie van geamputeerde ledematen of van geamputeerde mammae. Van verminking in bovenvermelde zin is in het onderhavige geval geen sprake. Volgens de VAGZ richtlijnen kan tevens gesproken worden van verminking wanneer een asymmetrie van de borsten bestaat van meer dan twee cupmaten. Gezien de door verzoekster overgelegde foto's is bij verzekerde geen sprake van een verschil tussen beide borsten van meer dan twee cupmaten. Op basis van de huidige regelgeving heeft zij daarom geen aanspraak op een borstverkleining ten laste van de zorgverzekering.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.4. De commissie is gebleken dat de aanvullende ziektekostenverzekering geen dekking biedt voor een borstvergroting dan wel een borstverkleining, zodat verdere bespreking daarvan achterwege kan blijven.

Redelijkheid en billijkheid

- 9.5. Op grond van artikel 6:248 lid 2 BW is een tussen partijen als gevolg van de overeenkomst geldende regel niet van toepassing, voor zover dit onder de gegeven omstandigheden naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar zou zijn. De commissie gaat uit van de vaststaande feiten dat verzekerde op vierjarige leeftijd in verband met een Wilms tumor stadium 3, uitgaande van de rechter nier, is behan-

deld met behulp van onder andere bestraling. Aangezien de tumor vast zat aan het rechter diafragma, is de gehele buikinhoud – en dus ook beide tepelgebieden –, bestraald. Als gevolg hiervan is beiderzijds een mindere borstontwikkeling, zij het dat deze ontwikkeling rechts meer is dan links. Gelet op de zeer uitzonderlijke situatie waarin verzekerde verkeert, is de commissie van oordeel dat het in haar situatie naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is haar de gevraagde ingreep niet te verstrekken.

Vergoeding buitengerechtelijke kosten

- 9.6. Verzoekster heeft bij brief van 1 april 2010 de buitengerechtelijke kosten ten bedrage van € 732,-- gevorderd. Deze brief is voorafgaande aan de mondelinge behandeling doorgestuurd naar de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar heeft daarop niet schriftelijk gereageerd. Evenmin heeft hij daarop gereageerd tijdens de hoorzitting.
- De commissie heeft als algemeen uitgangspunt dat kosten die partijen maken voor het indienen van een geschil voor eigen rekening dienen te blijven. Dit met name vanwege het feit dat met de onderhavige procedure is getracht een laagdrempelige voorziening te creëren. Het laagdrempelige karakter zou verloren kunnen gaan indien partijen het risico lopen te worden geconfronteerd met onkosten die mogelijk meer bedragen dan het financiële belang in de hoofdzaak.

Conclusie

- 9.7. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen, met uitzondering van de buitengerechtelijke kosten.
- 9.8. Aangezien het verzoek wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar ook het entreegeld aan verzoekster te vergoeden.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek toe, met inachtneming van het bepaalde onder 9.7.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden een bedrag ad € 37,--.

Zeist, 9 juni 2010,

Voorzitter