

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, in haar hoedanigheid van wettelijk vertegenwoordiger van
C, tegen D te E
Zaak : Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, borstvergroting
Zaaknummer : 2010.01415
Zittingsdatum : 15 december 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 C, hierna te noemen: verzekerde,

tegen

D te E, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 29 december 2009 de aanvraag voor een “augmentatie linker mamma” 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 Basisverzekering (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 modules Service en Preventie, Therapieën, Gezichts-zorg & Orthodontie en Buitenland afgesloten (hierna gezamenlijk: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 28 januari 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft bij brief van 27 juli 2010 medegedeeld geen mogelijkheid te zien tot bemiddeling.
- 3.4. Bij brief van 17 augustus 2010 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 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.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 22 september 2010 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 24 september 2010 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 30 september 2010 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 2 november 2010 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 24 september 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 21 oktober 2010 heeft het CVZ (zaaknummer 2010119094) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat bij verzekerde geen sprake is van status na gehele of gedeeltelijke borstamputatie. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster heeft zich op 15 december 2010 laten vertegenwoordigen door de vader van verzekerde. Hij is in persoon gehoord. Hij is daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 17 december 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 voorlopig advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 22 december 2010 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn 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: "Forse asymmetrie mammae rechts cup 70D links cup 70B met zowel mechanisch als psychisch klachten".
- 4.2. Verzoekster stelt dat het verschil in borstomvang van verzekerde een ernstige verminking is als bedoeld in de voorwaarden. Zulks wordt door de ziektekostenverzekeraar erkend voor zover het een borstverkleining zou betreffen, doch ontkend met betrekking tot een borstvergroting. Verzoekster begrijpt niet waarom dit onderscheid wordt gemaakt, en stelt dat het vreemd is dat verzekerde haar 'normale' borst wel mag laten verkleinen naar een 'onvolgroeide' borst, doch niet de 'onvolgroeide' borst mag laten vergroten naar een 'normale' borst. Verder stelt verzoekster dat de ziektekostenverzekeraar niet enkel dient te toetsen aan de polisvoorwaarden, maar ook dient te bekijken of het redelijk is de kosten niet te vergoeden. De wel gedekte borstverkleining is veel duurder dan een borstvergroting, een borstverkleining brengt meer risico's met zich, impliceert een grotere emotionele belasting, is esthetisch niet verantwoord en dient ethisch onjuist te worden geacht.
- 4.3. Ter zitting heeft de vader van verzekerde verzoekster vertegenwoordigd. Ter aanvulling heeft hij het volgende aangevoerd. Verzekerde is nu 17 jaar oud. Zij heeft een verschil in borstomvang ontwikkeld van twee cupmaten. Bij verzekerde gaat het om een aangeboren afwijking. Een borstverkleining komt wel voor vergoeding in aanmer-

king. Deze ingreep is echter veel zwaarder, het duurt langer om te herstellen en het is voor verzekerde psychisch meer belastend. Bovendien is een borstverkleining veel duurder dan een borstvergroting. Er moet pragmatisch worden omgegaan met de polisvoorwaarden. Het gaat erom wat het beste is voor de persoon.

Hij stelt voor dat de ziektekostenverzekeraar de ingreep vergoed, en daarbij de kosten van eventuele complicaties uitsluit. Desgevraagd bevestigt de vader van verzekerde dat aanspraak wordt gemaakt op substitutie, waarbij de vergoeding van de borstverkleining wordt aangewend voor een borstvergroting. Hij verwijst naar een uitspraak van de commissie van januari 2007, waarbij een borstvergroting is toegekend in het geval van aplasie. Hij verzoekt de commissie deze uitspraak naar analogie toe te passen. Gevraagd naar het CVZ-advies merkt spreker op dat moet worden gekeken naar individuele gevallen.

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 sprake is van een status na gehele of gedeeltelijke borstamputatie. Die situatie is bij verzekerde niet aan de orde. Gelet op het verschil in omvang van de borsten is bij verzekerde sprake van verminking, zodat zij wel aanspraak heeft op een borstverkleining ten laste van de zorgverzekering.

5.2. 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 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 kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen 19 tot en met 38 van de zorgverzekering. Artikel 20 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op behandeling van plastisch-chirurgische aard bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"lid 4

Op behandeling van plastisch chirurgische aard bestaat slechts aanspraak op de vergoeding van kosten indien die strekt ter correctie van:

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

lid 7 (...)

In aanvulling op het bepaalde in artikel 20 lid 4 bestaat geen aanspraak op de vergoeding van kosten voor:

(...)

- het operatief plaatsen en het operatief vervangen van een borstprothese anders dan na status bij een gehele of gedeeltelijke borstamputatie; (...)"*

- 8.3. Artikel 20 van de zorgverzekering is volgens artikel 2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.4. 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.
- 8.5. 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. Een borstvergroting is op grond van artikel 20 lid 7 van de zorgverzekering uitgesloten van vergoeding, tenzij sprake is van status na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie. Die situatie is bij verzekerde niet aan de orde, zodat zij geen aanspraak heeft op een borstvergroting ten laste van de zorgverzekering.
- 9.2. Voor zover verzoekster aanvoert dat de ziektekostenverzekeraar de term 'verminking' tegenstrijdig toepast door te stellen dat daarvan wel sprake is in geval van een borstverkleining, doch niet bij een borstvergroting, merkt de commissie het volgende op. Partijen verschillen niet van mening over het bestaan van een indicatie, namelijk verminking. Het geschil spitst zich daar dan ook niet op toe, maar enkel op het toepassen van de onder 9.1 bedoelde uitsluiting. Deze uitsluiting geldt wel voor de borstvergroting, maar niet voor een eenzijdige borstverkleining.
- 9.3. Ten aanzien van de door verzoekster geopperde mogelijkheid van substitutie geldt dat noch de zorgverzekering noch de daaraan ten grondslag liggende regelgeving voorziet in vervanging van verzekerde prestaties door niet-verzekerde zorg.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.4. De aanvullende ziektekostenverzekering kent geen dekking voor een borstvergroting, zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden toegewezen.

Redelijkheid en billijkheid

- 9.5. Verzoekster stelt dat dient te worden gekeken naar hetgeen redelijk en billijk is. De commissie is van oordeel dat het naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid niet onaanvaardbaar is dat de kosten van de borstvergroting voor rekening van verzoekster blijven. De door verzoekster aangevoerde omstandigheden leiden niet tot een ander oordeel.

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, 5 januari 2011,

Voorzitter