

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen C en D, beide te E
Zaak : Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, mamma-augmentatie
(borstvergroting) beiderzijds
Zaaknummer : 2011.02333
Zittingsdatum : 27 juni 2012

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 2011, artt. 10 en 11 Zvw, 2.4 Bzv, 2.1 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2011)

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 [naam ziektekostenverzekeraar] Basispolis (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 AV Zorg Uitgebreid 1 afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 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 vergoeding van de kosten van een mamma-augmentatie (borstvergroting) beiderzijds, ten bedrage van € 4.300,- (hierna: de aanspraak). Bij brief van 11 juli 2011 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 20 september 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft bij brief van 10 januari 2012 medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling.

3.4. Bij brief van 12 maart 2012 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 stuk-

ken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 7 mei 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 9 mei 2012 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 21 mei 2012 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 9 mei 2012 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 6 juni 2012 heeft het CVZ (zaaknummer 2012062492) 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 het plaatsen van borstprothesen na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie.
Een afschrift van het CVZ-advies is op 7 juni 2012 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 27 juni 2012 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 28 juni 2012 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 2 juli 2012 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 verzoekster het volgende vastgesteld: *“aplasie mammae, onderontwikkeld, geen klierweefsel. Zeer forse psychosociale problematiek,, relationeel probleem. Reële indicatie voor mamma-augmentatie plastiek. Cup AA- L: 1.86 Gew.: 58kg”*.
- 4.2. De behandelend GZ-psycholoog/eerstelijnspsycholoog heeft het volgende verklaard: *“Hierbij bevestig ik, op jouw verzoek, schriftelijk je psychische lijden als gevolg van het niet tot ontwikkeling komen van borstgroei. Je dagelijks functioneren wordt er negatief door beïnvloed en mogelijk versterkt het ook je angst- en panieklachten.”*
- 4.3. De behandeling waarop verzoekster aanspraak maakt heeft inmiddels plaatsgevonden.
- 4.4. Bij verzoekster is nooit enige borstgroei tot stand gekomen. Hierdoor was vóór de ingreep sprake van ondraaglijk en uitzichtloos lijden. Haar sociale leven werd negatief beïnvloed. Verzoekster heeft daarom ervoor gekozen een borstvergroting te ondergaan. De kosten die hiermee zijn gemoeid heeft zij noodgedwongen moeten maken.
- 4.5. Verzoekster stelt dat zij nooit kon voldoen aan de voorwaarden die gelden voor vergoeding van het plaatsen van borstprothesen, aangezien zij nooit borsten heeft gehad. Een verwijdering van één of beide borsten zou nooit hebben kunnen plaatsvinden. De borstvergroting kan niet worden beschouwd als een cosmetische ingreep.

- 4.6. De ziektekostenverzekeraar kijkt enkel naar de wet- en regelgeving, en niet naar de persoon. Verzoekster is aanvullend verzekerd. De ziektekostenverzekeraar promoot op zijn website dat op basis van die verzekering korting wordt gegeven op een cosmetische ingreep, hetgeen volgens verzoekster inconsequent is, aangezien de kosten die met haar noodzakelijke borstvergroting zijn gemoeid door hem niet worden vergoed.
- 4.7. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat het normaal is dat een vrouw borsten heeft. Die zijn nodig om kinderen te voeden en een man aan te trekken. Er zijn maar weinig meisjes die in het geheel geen borstgroei krijgen. Verzoekster brengt in dat zij nooit een partner heeft gehad, omdat zij zich niet op haar gemak voelde. Verzoekster ging ervan uit dat de borstvergroting zou worden vergoed. De plastisch chirurg vond het ook logisch dat zij de ingreep zou ondergaan. Het ging om psychische klachten, niet om mooier te worden. Het is onterecht dat de ingreep wel wordt vergoed na een borstamputatie door kanker. In het geval van verzoekster gaat het ook om een reconstructie. De afwijzing is onredelijk, onbillijk en verbazingwekkend.
- 4.8. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. In het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering is de vergoeding van plastische chirurgie geregeld. Vergoeding van de kosten van het operatief plaatsen van een borstprothese is alleen mogelijk na een borstamputatie wegens borstkanker. Uit de beschikbare gegevens blijkt dat dit bij verzoekster niet aan de orde is. Om die reden worden de kosten van de borstvergroting niet vergoed ten laste van de zorgverzekering. De ziektekostenverzekeraar begrijpt dat dit teleurstellend is voor verzoekster, maar stelt zich te moeten houden aan de wet- en regelgeving.
- 5.2. Psychisch lijden is sinds de inwerkingtreding van de Regeling medisch specialistische zorg geen correctietoets meer. Aan de toetsing op grond van psychisch lijden komt de ziektekostenverzekeraar daarom niet toe. Het is begrijpelijk dat, gezien de klachten, een borstvergroting voordelen voor verzoekster kan opleveren. Dit neemt niet weg dat de indicatie niet voldoet aan de gestelde voorwaarden. Er kan geen uitzondering worden gemaakt voor verzoekster omdat de wet- en regelgeving deze ruimte niet biedt. Het is mogelijk dat een specialist iets aanvraagt dat op grond van de wet- en regelgeving niet kan worden vergoed ten laste van de zorgverzekering.
- 5.3. De aanvraag van verzoekster is in de klachtprocedure opnieuw beoordeeld door de adviserend geneeskundige. Dit heeft niet geleid tot bijstelling van het eerder genomen besluit. Ook op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering is geen vergoeding mogelijk, aangezien een borstvergroting hierin niet is opgenomen.
- 5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat de behandeling zoals die bij verzoekster is uitgevoerd, expliciet is uitgesloten. Er mag niet meer of anders worden vergoed dan in de Zvw is bepaald. De Zvw is voor iedereen gelijk. Als daarvan wordt afgeweken, wordt rechtsongelijkheid veroorzaakt. Bovendien kan een vergoeding buiten de voorwaarden om niet worden geclaimd op het collectief; het komt dan ten laste van het eigen vermogen van de ziektekostenverzeke-

raar. Voorts brengt de ziektekostenverzekeraar in dat de wetgever niet spreekt over kanker, maar over amputatie en de reconstructie daarvan.

5.5. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden 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 is gehouden 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 restitutiepols, zodat de verzekerde in beginsel kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen 1 tot en met 14 van de "Lijst van verstrekkingen" van de zorgverzekering.

Artikel 2 van de "Lijst van verstrekkingen" van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg en onderzoek bestaat. Voor zover hier van belang, luidt dit artikel:

"(...)

c Plastisch-chirurgische behandelingen in een ziekenhuis

Omschrijving: op behandeling van plastisch-chirurgische aard bestaat slechts aanspraak indien de behandeling strekt tot 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;

(...)

Zorgverlening: medisch specialist in een ziekenhuis.

(...)

Verwijzing: huisarts of medisch specialist

Machtiging: ja, vooraf op een gemotiveerde aanvraag van de behandelend medisch specialist tenzij [naam ziektekostenverzekeraar] afspraken heeft gemaakt met het ziekenhuis.

(...)

Uitsluitingen:

(...)

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

Eenzelfde regeling is opgenomen voor plastisch chirurgische behandelingen in een zelfstandig behandelcentrum of bij een extramuraal werkend specialist.

- 8.3. Artikel 2 van de "Lijst van verstrekkingen" van de zorgverzekering is volgens artikel 4 van de "Algemene Voorwaarden" 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.
Behandeling van plastisch-chirurgische aard is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 lid 1 sub b 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. Op het operatief plaatsen van een borstprothese bestaat alleen aanspraak na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie. In alle andere situaties is deze zorg expliciet uitgesloten van vergoeding ten laste van de zorgverzekering. Aldus is verwoord in artikel 2 van de "Lijst van verstrekkingen" van de zorgverzekering.
- 9.2. Gelet op de door partijen overgelegde stukken komt de commissie tot de conclusie dat bij verzoekster geen sprake is van status na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie. Het niet ontwikkeld zijn van borsten is een ontwikkelingsstoornis en om die reden niet vergelijkbaar met een gehele of gedeeltelijke borstamputatie. Dat verzoekster, vanwege het uitblijven van enige borstontwikkeling, niet kan voldoen aan de voorwaarde dat het moet gaan om status na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie, maakt dat niet anders. De uitsluiting van artikel 2 van de "Lijst van verstrekkingen" van de zorgverzekering is derhalve – ook indien een (verzekerings)indicatie in de vorm van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of een vermindering zou bestaan – bij verzoekster onverkort van toepassing. Dit geldt evenzeer voor het psychisch lijden waarop verzoekster zich beroept, hetgeen overigens geen (verzekering)indicatie is in de zin van artikel 2 van de "Lijst van verstrekkingen" van de zorgverzekering. Derhalve bestaat geen aanspraak op vergoeding van de borstvergroting ten laste van de zorgverzekering.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.3. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde, zodat de aanspraak niet op die grond kan worden ingewilligd.
- 9.4. Door verzoekster is nog gesteld dat de afwijzing in strijd is met de redelijkheid en billijkheid. De commissie overweegt ter zake hiervan dat, gelet op de aard van de zorgverzekeringsovereenkomst, de mogelijkheid van een beroep hierop beperkt is. Afwijzing van vergoeding van de kosten van de borstvergroting is in de omstandigheden van verzoekster niet onaanvaardbaar.

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, 11 juli 2012,

Voorzitter