

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, tegen C en D, beide te E
Zaak : Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, borstcorrectie
Zaaknummer : 2013.01050
Zittingsdatum : 18 december 2013

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

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

1) C en

2) D beide 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 Comfortpolis 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). De eveneens afgesloten aanvullende verzekering Tand Compleet is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

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 13 februari 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 28 maart 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. Nadat verzoekster de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen had benaderd, heeft de Ombudsman Zorgverzekeringen haar op 26 juni 2013 medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling. Verzoekster is daarbij geweest op de mogelijkheid de kwestie voor bindend advies voor te leggen aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen.
- 3.4. Bij brief van 29 juli 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 22 oktober 2013 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 25 oktober 2013 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 29 oktober 2013 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 17 december 2013 per e-mail medegedeeld niet te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 25 oktober 2013 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 november 2013 (zaaknummer 2013131372) heeft het CVZ 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 van borstprothesen geen verzekerde zorg is, tenzij sprake is van een status na gehele of gedeeltelijke borstamputatie. Dit is bij verzoekster niet het geval. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster is op 18 december 2013 telefonisch gehoord. Zij is daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 19 december 2013 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 7 januari 2014 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. Verzoekster stelt zich op het standpunt dat haar borsten asymmetrisch en slap zijn, en dat zij meer dan één cupmaat verschillen. Verzoekster kampt daardoor al heel lang met problemen, die haar heel erg belemmeren in haar dagelijkse leven; zij voelt zich niet vrouwelijk, gaat niet zwemmen en haar relaties houden geen stand. Verzoekster benadrukt dat zij de behandeling niet wil om er mooier uit te zien, maar om er normaal uit te zien.
 - 4.2. Verzoekster is door de huisarts doorverwezen naar de plastisch chirurg vanwege haar ongelijke ptotische mammae. Zowel de huisarts als de plastisch chirurg erkent de noodzaak van de behandeling.
 - 4.3. Een goede kennis van verzoekster had het zelfde probleem en zij heeft de behandeling wel vergoed gekregen. Daarnaast is verzoekster al jaren klant van de ziektekostenverzekeraar en betaalt zij maandelijks premie voor de meest uitgebreide aanvul-

lende ziektekostenverzekering.

4.4. Ter zitting heeft verzoekster voornoemde standpunten herhaald. Zij benadrukt dat zij iedere maand haar premie betaalt, maar dat zij – nu sprake is van een noodzakelijke ingreep in verband met een aangeboren afwijking – de zorg niet krijgt vergoed.

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 plaatsen van borstprothesen is op basis van de zorgverzekering uitgesloten van vergoeding, tenzij sprake is van een status na gehele of gedeeltelijke borstamputatie. Deze situatie is bij verzoekster niet aan de orde.

5.2. Psychisch lijden vormt geen indicatie op grond waarvan de gevraagde behandeling ten laste van de zorgverzekering kan worden toegewezen.

5.3. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor een borstvergroting.

5.4. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. In de artikelen 18 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering en 15 van de algemene voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering wordt voor geschillenbeslechting verwezen naar de commissie. Er is echter geen verwijzing naar de bevoegde rechter opgenomen, hoewel dit wel zou moeten. Dit heeft tot gevolg dat de bepaling op grond van de wet vernietigbaar is. De commissie heeft verzoekster erop gewezen dat de commissie over deze kwestie niet kan adviseren als in de loop van de procedure tot vernietiging wordt besloten en verzoekster zich dientengevolge (alsnog) tot de bevoegde rechter moet wenden. Bij e-mailbericht van 12 augustus 2013 heeft verzoekster de commissie bevestigd dat zij gebruik wil maken van de in de verzekeringsvoorwaarden geboden mogelijkheid een bindend advies te vragen aan de commissie. Hierdoor is in geval van vernietiging van bedoelde bepaling toch een formele basis aanwezig voor de bindende advisering door de commissie.

7. Het geschil

7.1. In geschil is of verzoekster aanspraak heeft op een borstvergroting, 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 1 e.v. van de 'lijst van verstrekkingen' van de zorgverzeke-

ring.

Artikel 2 onder c van de 'lijst van verstrekkingen' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op plastische chirurgie in een ziekenhuis bestaat, en luidt, voor zover hier van belang:

“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;

(...)

Uitsluitingen:

(...)

• het operatief plaatsen en het operatief vervangen van een borstprothese, anders dan na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie;

(...)”

- 8.3. Artikel 2 onder c 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 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.1 Rzv.
- 8.5. 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 alleen 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 2 onder c van de 'lijst van verstrekkingen' van de zorgverzekering expliciet van vergoeding uitgesloten, ongeacht de indicatie. Aangezien bij verzoekster geen sprake is van een status na gehele of gedeeltelijke borstamputatie, is bedoelde uitsluiting onverkort van toepassing, en heeft zij geen aanspraak op de aangevraagde borstcorrectie ten laste van de zorgverzekering.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.2. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde, zodat de aanspraak niet op die grond kan worden ingewilligd.

Conclusie

- 9.3. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 15 januari 2014,

Voorzitter