

# **ANONIEM BINDEND ADVIES**

Partijen : A te B, in zijn hoedanigheid van wettelijk vertegenwoordiger van  
C, tegen D te E  
Zaak : Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, borstcorrectie  
Zaaknummer : 2012.00035  
Zittingsdatum : 9 mei 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, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2011)

---

## 1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, 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 Gemeentezorgpolis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzekerde bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering [naam ziektekostenverzekeraar] Aanvullend Classic 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. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een borstcorrectie ten behoeve van verzekerde (hierna: de aanspraak). Bij brief van 28 oktober 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.

3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 7 december 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.

3.4. Bij brief van 27 februari 2012 heeft verzoeker 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 verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 37,- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stuk-

ken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 29 maart 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 2 april 2012 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 3 april 2012 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 1 mei 2012 telefonisch medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 2 april 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 12 april 2012 heeft het CVZ (zaaknummer 2012047344) 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 verzoekster geen sprake is van status na gehele of gedeeltelijke borstamputatie. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 18 april 2012 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker is op 9 mei 2012 in persoon gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch aan de hoorzitting deelgenomen. Partijen zijn tijdens de hoorzitting in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 11 mei 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 21 mei 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 verzoeker

- 4.1. De kinderarts en plastisch chirurg hebben geconcludeerd dat bij verzekerde een medische noodzaak aanwezig is voor een reconstructie van de beide borsten. Gelet op haar lichaamsbouw is cupmaat C verantwoord, zodat de rechterborst één cupmaat moet worden verkleind, en de linkerborst twee cupmaten moet worden vergroot.
- 4.2. De plastisch chirurg heeft bij onderzoek van verzekerde het volgende vastgesteld: *“Zeer forse mammae asymmetrie L 80A R80D (...) Reconstructie met prothese L + reductie R”*.
- 4.3. Verzekerde maakt nu gebruik van een uitwendige prothese voor de linkerborst, die elke twee jaar moet worden vervangen. Deze prothese wordt door de ziektekostenverzekeraar vergoed. Door vergoeding van een borstreconstructie kunnen toekomstige kosten voor een uitwendige prothese worden voorkomen.
- 4.4. Volgens verzoeker gaat een andere verzekeraar over tot vergoeding van een borstvergroting indien sprake is van een verschil van twee cupmaten of meer. Dit is bij verzekerde het geval.

- 4.5. Verzekerde heeft psychische klachten door het verschil in cupmaat van haar borsten. Zij durft geen bikini te dragen, wil niet douchen na het sporten, en wil niet meer meedoen met gym op school.
- 4.6. Ter zitting is door verzoeker aangevoerd dat de beslissing van de ziektekostenverzekeraar niet zorgvuldig tot stand is gekomen. Zo heeft de ziektekostenverzekeraar het advies van zowel de kinderarts als de plastisch chirurg om verzekerde te opereren genegeerd. Daarbij komt dat de ziektekostenverzekeraar eerst ter zitting met de stelling is gekomen dat de leeftijd van verzekerde een probleem vormt. Dit argument is niet eerder naar voren gebracht.
- 4.7. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
  - 5.1. Verzekerde heeft aanspraak op een verkleining van de rechterborst ten laste van de zorgverzekering, omdat een asymmetrie van drie cupmaten bestaat. Een borstvergroting kan alleen ten laste van de zorgverzekering worden vergoed indien sprake is van een status na borstamputatie. Die situatie is bij verzekerde niet aan de orde.
  - 5.2. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt dekking voor het plaatsen van een borstprothese, indien sprake is van een vormverbeterende ingreep na verminking door een ongeval of ziekte, bij een ernstige afwijking die bij de geboorte aanwezig en geconstateerd is of voor het opheffen van objectiveerbare functiestoornissen. Verzekerde voldoet niet aan de in de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering gestelde criteria.
  - 5.3. Naar de mening van de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar is bij verzekerde voorts geen sprake van bijzondere medische omstandigheden als bedoeld in de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering, die een vergoeding van maximaal 50 percent van de kosten rechtvaardigen.
  - 5.4. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat de leeftijd van verzekerde, te weten veertien jaar, een contra-indicatie vormt voor zowel een borstverkleining als een borstvergroting. Omdat de verkleining op grond van de zorgverzekering reeds is toegewezen zal daarop niet worden teruggekomen.
  - 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 de artikelen 10 van de zorgverzekering en 8 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 ziektekostenverze-

kering.

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 11 tot en met 35 van de zorgverzekering.
- 8.3. Artikel 18 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op behandeling van plastisch-chirurgische aard bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

***“Artikel 18 Plastische en/of reconstructieve chirurgie***

*Omschrijving*

*Uw recht op geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 13 (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 vergoeding van de kosten van:*

*(...)*

- c. het operatief plaatsen en het operatief vervangen van een borstprothese anders dan na een gehele of gedeeltelijke borstampuatie; (...)*”

- 8.4. Artikel 18 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 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.
- 8.6. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 8.7. Artikel 25 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op reconstructieve, cosmetische en esthetische chirurgie en luidt, voor zover hier van belang:

***“Artikel 25 Reconstructieve en cosmetische of esthetische chirurgie***

*Door:*

*Medisch specialist.*

#### *Omschrijving*

- vormverbeterende ingreep na verminking door een ongeval of ziekte;
- bij een ernstige afwijking die bij de geboorte aanwezig en geconstateerd is of;
- voor het opheffen van objectiveerbare functiestoornissen voor zover het een indicatie betreft zoals hieronder vermeld.

#### *Indicatie*

(...)

2. het operatief plaatsen van een borstprothese anders dan na status bij een gehele of gedeeltelijke borstamputatie;

3. het operatief verwijderen en plaatsen van een borstprothese na de onder b [te lezen als: 2] bedoelde behandeling;

(...)

#### *Bijzonderheden*

(...)

2. als geen sprake is van een ingreep op grond van bovengenoemde medische indicaties wordt geen vergoeding verleend, tenzij wij vinden dat er bijzondere medische omstandigheden aanwezig zijn, die een vergoeding tot maximaal 50% van de kosten rechtvaardigen."

### 9. Beoordeling van het geschil

#### **Ten aanzien van de zorgverzekering**

- 9.1. Niet in geschil is dat verzekerde aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van een verkleining van de rechterborst. Enkel de vergoeding van de vergroting van de linkerborst houdt partijen verdeeld.
- 9.2. De zorgverzekering biedt dekking voor een borstvergroting bij een status na gehele of gedeeltelijke borstamputatie. Een vergroting anders dan bij deze indicatie is op grond van artikel 18 onder c van de zorgverzekering expliciet uitgesloten van vergoeding. Bij verzekerde heeft geen – gedeeltelijke – borstamputatie plaatsgevonden, zodat de uitsluiting onverkort van toepassing is en zij geen aanspraak heeft op vergroting van de linkerborst ten laste van de zorgverzekering.

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

- 9.3. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt dekking voor onder andere een borstvergroting, indien sprake is van een vormverbeterende ingreep na verminking door een ongeval of ziekte, bij een ernstige afwijking die bij de geboorte aanwezig en geconstateerd is of voor het opheffen van objectiveerbare functiestoornissen. Bij verzekerde is geen van deze situaties aan de orde.
- 9.4. Dekking bestaat voorts tot een maximum van 50 percent van de kosten, indien naar het oordeel van de ziektekostenverzekeraar bijzondere medische omstandigheden aanwezig zijn, die een gedeeltelijke vergoeding rechtvaardigen. Aldus is bepaald in artikel 25 van de aanvullende ziektekostenverzekering. Aangezien het hier een aanvulling op de onder 9.3 beschreven dekking betreft, die zich het best laat betitelen als een 'geformaliseerde coulanceregeling', is de commissie van oordeel dat de toetsing of sprake is van bijzondere medische omstandigheden als hier bedoeld aan de ziektekostenverzekeraar is voorbehouden. Wel kan de commissie de uitkomst hiervan marginaal toetsen.

- 9.5. De ziektekostenverzekeraar heeft ter zitting aangevoerd dat vergoeding niet mogelijk is op de grond dat de leeftijd van verzekerde een contra-indicatie vormt voor zowel een borstverkleining als een borstvergroting. De commissie is van oordeel dat dit argument door de ziektekostenverzekeraar te laat in de procedure is ingebracht en zal het om die reden buiten beschouwing laten.

Waar het gaat om de vraag of de ziektekostenverzekeraar in redelijkheid tot het oordeel heeft kunnen komen dat in het geval van verzekerde niet kan worden gesproken van bijzondere medische omstandigheden overweegt de commissie als volgt. Bij verzekerde is weliswaar sprake van een asymmetrie van drie cupmaten, maar dit kan worden verholpen door de rechterborst te verkleinen tot cup A. Deze ingreep wordt vergoed ten laste van de zorgverzekering omdat hiermee een medisch probleem wordt opgelost. Dat verzekerde er voor kiest de rechterborst te verkleinen tot cup C, acht de commissie begrijpelijk, doch in dat geval blijft sprake van twee cupmaten verschil. Indien verzekerde een vergroting van de linkerborst tot cup D wenst is een vergelijkbare situatie aan de orde. In beide gevallen is de bijzondere medische omstandigheid waar verzoeker een beroep op doet het gevolg van een eigen keuze die niet is ingegeven door de noodzaak een medisch probleem op te lossen, maar door een wens op basis van esthetische overwegingen.

### **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, 30 mei 2012,

Voorzitter