

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, tegen C en D , beide te E
Zaak : Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, borstcorrectie
Zaaknummer : 2012.02515
Zittingsdatum : 20 februari 2013

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2012, artt. 10 en 11 Zvw, 2.4 Bzv, 2.1 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2012)

1. Partijen

Mevrouw 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 Zorgverzekering Restitutie (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 Compleet afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De eveneens door verzoekster afgesloten aanvullende ziektekostenverzekering Tandenaaf 250 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 vergoeding van de kosten van een borstcorrectie (hierna: de aanspraak). Bij brief van 17 juli 2012 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 brieven van 19 september 2012 en 17 oktober 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.3. Bij brief van 28 oktober 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).

3.4. 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.

- 3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 19 december 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 21 december 2012 aan verzoekster gezonden.
- 3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 4 januari 2013 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 8 januari 2013 schriftelijk medegedeeld eveneens niet te willen worden gehoord.
- 3.7. Bij brief van 21 december 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 24 januari 2013 (zaaknummer 2012144152) heeft het CVZ de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat verzoekster niet geïndiceerd is voor de aangevraagde plastisch-chirurgische behandeling. Bij verzoekster is geen sprake van status na geheel of gedeeltelijke borstamputatie. Een afschrift van het CVZ-advies is op 25 januari 2013 aan partijen gezonden. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren. Van de geboden mogelijkheid hebben partijen geen gebruik gemaakt.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
 - 4.1. De behandelend plastisch chirurg heeft ter zake van verzoekster het volgende verklaard: “(...) *aan de rechter zijde een grote tubulair gevormde borst, cup C. De linker borst is hypoplastisch en heeft een grootte overeenkomend met een kleine A cup. (...) Ook de tepelhof is links duidelijker kleiner dan rechts. (...) Het gaat hier om een vormafwijking van de rechter borst (tubulair) met duidelijke asymmetrie. (...)*”.
 - 4.2. Volgens verzoekster bestaat bij haar een forse asymmetrie van de mammae. Anders dan de ziektekostenverzekeraar stelt, is sprake van verminking, te weten een verschil tussen de mammae van meer dan twee cupmaten. De behandelend plastisch chirurg bevestigt dit in de aanvraag. Daarnaast zijn er andere verschillen tussen de mammae waar te nemen, zoals massa en vorm.
 - 4.3. De ziektekostenverzekeraar baseert zijn afwijzing op foto's die verzoekster zelf heeft gemaakt. De behandelend medisch specialist heeft echter een afwijking geconstateerd, en een aanvraag ingediend. Het is onbegrijpelijk dat de ziektekostenverzekeraar de bevindingen van de medisch specialist naast zich neerlegt. Bovendien is een cupmaat geen medische diagnose, maar een feitelijk gegeven. Verzoekster brengt verder in dat de operatie op dit moment niet kan plaatsvinden, omdat eerst sprake moet zijn van gewichtsafname. Dit heeft ook gevolgen voor het verschil in omvang en vorm tussen de borsten.
 - 4.4. Verzoekster stelt dat haar situatie schrijnend is. Zij maakt gebruik van een prothese-bh, en schaamt zich voor haar lichaam.
 - 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. Een ingreep van plastisch-chirurgische aard komt voor vergoeding in aanmerking als sprake is van vermindering of van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. Verminking is een ernstige, direct in het oog springende misvorming, die in ernst te vergelijken is met een derdegraads brandwond of amputatie van lichaamsdelen. De misvorming moet in het dagelijks verkeer niet kunnen worden gecamoufleerd. Bij een aantoonbare lichamelijke functiestoornis gaat het om een ernstige bewegingsbeperking. Hiervan is sprake als men door de klachten minder goed kan bewegen of als er een duidelijk verband bestaat tussen de afwijking en pijnklachten. Het tijdens een operatie plaatsen of vervangen van borstprothesen wordt slechts vergoed als een gehele of gedeeltelijke borstamputatie is uitgevoerd.
- 5.2. Bij verzoekster is geen sprake van een gehele of gedeeltelijke borstamputatie. Een vergoeding voor het plaatsen van borstprothesen is dan ook niet mogelijk. Bij wijze van uitzondering kan de plaatsing van prothesen bij een verschil van ten minste twee cupmaten en bij aplasie (onvolledige ontwikkeling) van de borsten worden vergoed. Volgens de medisch adviseur is bij verzoekster geen sprake van aplasie, aangezien er borstvorming is. Ook blijkt niet dat een verschil van ten minste twee cupmaten bestaat. Links is sprake van cupmaat A, en rechts van cupmaat B. Derhalve is een vergoeding bij wijze van uitzondering niet mogelijk.
- 5.3. De ziektekostenverzekeraar heeft begrip voor verzoeksters situatie. Aangezien haar situatie echter niet voldoet aan de voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering, kan niet worden overgegaan tot vergoeding van de kosten van de aangevraagde borstcorrectie.
- 5.4. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op artikel A.21. van de zorgverzekering en 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 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 restitutiepolis, zodat de verzekerde in beginsel kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen B.1. tot en met B.22. van de zorgverzekering.

Artikel B.4. van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat. Voor zover hier van belang, luidt dit artikel:

“(…)

Medisch specialistische zorg beschreven in het gehele artikel B.4. omvat geneeskundige zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden.

(…)

Let op!

De volgende zorg valt niet onder medisch specialistische zorg zoals die is beschreven in artikel B.4.:

(…)

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

(…)

B.4.5.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat behandelingen van plastisch-chirurgische aard volgens de standaard van plastisch chirurg. Het gaat om correcties van:

a. afwijkingen in uw uiterlijk die aantoonbare lichamelijke functiestoornissen veroorzaken. Het gaat hierbij om lichamelijke klachten waarvan door onderzoek is vastgesteld (objectief) dat ze zijn ontstaan door de te corrigeren lichamelijke afwijking. Een voorbeeld hiervan is: onbehandelbare, continue aanwezige smetplekken in de huidplooi bij een forse overhang van de buik.

b. verminkingen die zijn ontstaan door ziekte, een ongeval of een geneeskundige verrichting (bijvoorbeeld een operatie). Hiervan is sprake als het gaat om een ernstige misvorming die in het dagelijkse leven meteen opvalt. Voorbeelden hiervan zijn: misvorming door brandwonden en geamputeerde (afgezette) benen, armen of borsten;

(…)

Voorbeelden wanneer wel of geen recht bestaat op plastische chirurgie:

(…)

2. Correctie van ongelijke borsten in andere gevallen dan na amputatie u hebt recht op verkleining van één van de borsten als uw borsten twee cupmaten of meer van elkaar verschillen. Dit kan namelijk gezien worden als verminking. Er bestaat alleen recht op een eenzijdige verkleining.

(…)

B.4.5.2. Voorwaarden

Zorgadvies en akkoordverklaring

U moet vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons gekregen hebben, als het om een behandeling gaat die voorkomt op de meest recente landelijke lijst van verrichtingen. Deze landelijke lijst staat op onze internetsite en kunt u ook bij ons opvragen. Wij kunnen bij die akkoordverklaring aanvullende voorwaarden stellen.

Verwijzing

U bent verwezen door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, medisch specialist, jeugdarts of bedrijfsarts.

Zorgverlener

Een medisch specialist verleent de zorg. Voor de vergoeding hanteren wij verschillende tarieven; zie hiervoor artikel A.0.6.

Plaats

De zorg vindt plaats in een instelling voor medisch specialistische zorg of in de huispraktijk van de medisch specialist.

(…)”

- 8.3. Artikel B.4. van de zorgverzekering is volgens artikel A.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.
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. Verzoekster wenst een borstcorrectie te ondergaan, bestaande uit het in eerste instantie plaatsen van een tissue-expander aan de linkerkzijde, en het in tweede instantie vervangen van de tissue-expander door een mamma-endoprothese en het opheffen van de tubulaire afwijking aan de rechterzijde.
- 9.2. De onderhavige behandeling dient te worden beoordeeld aan de hand van de voorwaarden die gelden voor behandeling van plastisch-chirurgische aard. Door verzoekster is niet aannemelijk gemaakt dat sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis dan wel van verminking.
- 9.3. Zelfs indien een (verzekerings)indicatie aanwezig zou zijn – hetgeen derhalve niet het geval is – geldt dat in artikel B.4. van de zorgverzekering is opgenomen dat het operatief plaatsen van borstprothesen van vergoeding is uitgesloten, tenzij sprake is van status na gehele of gedeeltelijke borstamputatie. Zulks is bij verzoekster niet aan de orde, zodat om deze reden geen aanspraak bestaat op vergoeding van het plaatsen van een borstprothese links.
- 9.4. De zorgverzekering biedt aanspraak op correctie van ongelijke borsten in andere gevallen dan na amputatie. De correctie bestaat in dat geval uit verkleining van één van de borsten. Aan de beoordeling hiervan komt de commissie niet toe, nu verzoekster geen verkleining van de rechterborst wenst, maar vergroting van de linkerborst.
- 9.5. Tot slot merkt de commissie nog op dat psychisch lijden, hoezeer daarvan in deze ook sprake kan zijn, geen (verzekerings)indicatie in de zin van artikel B.4. van de zorgverzekering vormt.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.6. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde, zodat de aanspraak niet op die grond kan worden ingewilligd.
- 9.7. Met betrekking tot het door de ziektekostenverzekeraar gevoerde coulancebeleid is de commissie niet bevoegd.

Conclusie

- 9.8. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
- 10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 20 februari 2013,

Voorzitter