

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B, vs C te D en E te D
Zaak	: Plastische-chirurgie, borstverkleining
Zaaknummer	: 2009.00068
Zittingsdatum	: 1 juli 2009

Zaak: 2009.00068 (Plastische-chirurgie, borstverkleining)

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2008, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2008)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

- 1) C te D, hierna te noemen: de zorgverzekeraar, en
- 2) E te D, hierna te noemen: de aanvullende ziektekostenverzekeraar,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 11 november 2008 waarin de aanvraag voor een mammareductie (verder: borstverkleining) wordt afgewezen.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Basispolis Basic (hierna: de zorgverzekering). Dit betreft een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de aanvullende ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering AV Plus Amsterdam afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. De behandelend plastisch-chirurg heeft bij verzoekster de volgende diagnose gesteld: "hypertofische mamma: lengte 1,65, gewicht 95, BH-maat D-cup, BMI 35." Naar aanleiding van de gestelde diagnose is bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een borstverkleining (hierna: de aanspraak). Bij brief van 11 november 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat haar aanspraak is afgewezen.
- 3.3. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 22 december 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.5. Bij brief van 19 maart 2009 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 ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).

- 3.6. 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.
- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief van 7 mei 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 12 mei 2009 aan verzoekster gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 17 mei 2009 schriftelijk meegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 11 juni 2009 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden.
- 3.9. Bij brief van 12 mei 2009 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 10 juni 2009 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 bij verzoekster geen sprake is van een aantoonbare, lichamelijke functiestoornis of van een verminking. Een afschrift van het CVZ-advies is op 23 juni 2009 aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoekster is op 1 juli 2009 in persoon gehoord. Zij is daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.11. Bij brief van 2 juli 2009 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 voorlopige advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 6 juli 2009 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopige advies als definitief kan worden beschouwd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Voor zover voor het onderhavige geschil van belang, neemt verzoekster – samengevat – het volgende standpunt in.
- 4.2. Verzoekster stelt dat zij cupmaat E heeft. De door de behandelend plastisch-chirurg in de aanvraag genoemde cupmaat D is volgens verzoekster niet juist. Verder verklaart verzoekster dat door de adviserend geneeskundige van de ziektekostenverzekeraar geen onderzoek naar de cupmaat is verricht. In mei 2009 heeft verzoekster een afspraak met een andere plastisch-chirurg teneinde de cupmaat juist te laten vaststellen.
- 4.3. Verder stelt verzoekster bij warmte en zweten last te hebben van smetten en jeuk onder haar borsten. Voorts verklaart verzoekster dat haar borsten tijdens het sporten pijnlijk zijn en dat zij pijn heeft aan haar nek en rug. Behandeling door een fysiothera-

peut heeft volgens verzoekster niet geholpen.

4.4. Verzoekster komt tot de conclusie dat haar verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Voor zover voor het onderhavige geschil van belang, neemt de ziektekostenverzekeraar – samengevat – het volgende standpunt in.

5.2. Een dubbelzijdige borstverkleining is mogelijk indien wordt voldaan aan:

- Cup DD of groter **en**
- Geobjectiveerde rugklachten, nek- en schouderklachten gerelateerd aan de borstomvang, waarvoor andere oorzaken zijn uitgesloten **en**
- Conservatieve behandelingen, zoals goede ondersteunende BH, pijnstilling en fysiotherapie, tenminste zes maanden zijn geprobeerd en onvoldoende resultaat hadden;
of bij:
- Chronische (> 6 maanden), onbehandelbaar smetten, waarbij voldoende hygiënische maatregelen en een adequate medische/farmacologische behandeling onvoldoende resultaat hebben gehad.

Verzoekster verkeert niet in de situatie dat zij aan deze voorwaarden voldoet. Derhalve kan verzoekster geen aanspraak maken op de aangevraagde borstverkleining.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

Gezien de verzekeringsvoorwaarden, het reglement van de commissie en/of de door de ziektekostenverzekeraar ondertekende verklaring, 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. De beoordeling van het geschil

7.1. In geschil is of verzoekster aanspraak kan maken op een borstverkleining ten laste van de zorgverzekering, dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.

Ten aanzien van de zorgverzekering

7.2. Het betreft hier een natura-polis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorg. De aanspraak op plastische-chirurgie is geregeld in artikel 7 van de “Algemene voorwaarden” van de zorgverzekering, in combinatie met artikel 2, sub c, van de “Lijst van aanspraken” van de zorgverzekering. Voor zover hier van belang, luidt laatstgenoemd artikelonderdeel als volgt:

c Plastisch-chirurgische behandelingen

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;

(...)

Voorts is in artikel 7 lid 1 sub a van de “algemene voorwaarden” van de zorgverzekering geregeld dat een verzekerde slechts recht heeft op zorg voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

- 7.3. De zorgverzekering is – gelezen artikel 4 van de “Algemene voorwaarden” van de zorgverzekering – gebaseerd op de Zvw, het Besluit zorgverzekering (verder: Bzv) met de daarbij behorende Regeling zorgverzekering (verder: Rzv), met inbegrip van de daarbij behorende toelichting en het door de verzekeringnemer ingevulde vragenformulier.
Ingevolge artikel 1 sub d van de Zvw mag een zorgverzekering – samengevat – niet “meer of minder” bieden dan bij of krachtens de wet is geregeld.
- 7.4. De commissie is van oordeel dat de in de verzekeringsvoorwaarden opgenomen regeling met betrekking tot plastische-chirurgie, zoals hiervoor aangehaald, strookt met het bepaalde in de artikelen 10 en 11 Zvw en de artikelen 2.1 en 2.4 Bzv en artikel 2.1 Rzv.
- 7.5. De vraag is of in de situatie van verzoekster sprake is van een afwijking in het uiterlijk die gepaard gaat met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen als bedoeld in artikel 2 onderdeel c van de “lijst van aanspraken” van de zorgverzekering. Om daarvan te kunnen spreken dient het, op grond van vaste jurisprudentie van de commissie (zie onder andere GcZ 13 augustus 2008, ANO08.200), te gaan om een functiestoornis van vrij ernstige aard met als onderscheidend criterium het aanwezig zijn van een ernstige bewegingsbeperking. De functiestoornis dient bovendien objectiveerbaar te zijn.
Bij de beantwoording van de vraag of de functiestoornis objectiveerbaar is, is onder meer van belang of aannemelijk is dat de aangevoerde lichamelijke functiestoornis (in dit geval rug-, en nekklachten) veroorzaakt wordt door de te corrigeren lichamelijke afwijking. Verder is van belang of het aannemelijk is dat het te corrigeren lichaamsdeel klachten als aangevoerd veroorzaakt in een zodanige ernstige mate dat gesproken kan worden van een lichamelijke functiestoornis in de zin van de zorgverzekering en de regelgeving. Voorts dient, mede indachtig artikel 7 lid 1 sub a van de “algemene voorwaarden” van de zorgverzekering, aannemelijk te zijn dat de aangevraagde borstverkleining de klachten – te weten pijn ter hoogte van rug en schouders – zal doen wegnemen.
Mede gelet op de aanvraag van de behandelend plastisch-chirurg van 31 oktober 2008 – welke aanvraag in beginsel leidend is voor de beoordeling – en indachtig het voorgaande, is in de procedure niet aannemelijk geworden dat in de situatie van verzoekster sprake is van een afwijking in het uiterlijk, zoals bedoeld in de verzekeringsvoorwaarden en de onderhavige regelgeving. Dat verzoekster zich, in ieder geval voor wat betreft de vermelde cupmaat – niet in de vorengenoemde aanvraag van de plastisch-chirurg kan vinden, doet aan voorgaande niet af.
- 7.6. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, dient te worden afgewezen.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

7.7. De commissie constateert dat in de aanvullende ziektekostenverzekering geen dekking is opgenomen voor de aangevraagde borstverkleining. Derhalve dient het verzoek, voor zover dat ziet op de aanvullende ziektekostenverzekering, te worden afgewezen.

8. Het bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 15 juli 2009.

Voorzitter