

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C en E beide te D
Zaak : Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, borstverkleining
Zaaknummer : 2011.01797
Zittingsdatum : 7 december 2011

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 en

2) E beide te D

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 ZorgVerzorgd (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringwet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering ExtraVerzorgd 3 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 TandVerzorgd 3 is niet in geschil, en blijft om die reden onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een borstverkleining (hierna: de aanspraak). Bij brief van 6 mei 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 brieven van 26 mei 2011 en 20 juli 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft bij brief van 9 augustus 2011 aan verzoekster medegedeeld geen ruimte voor bemiddeling te zien.

3.4. Bij brief van 24 augustus 2011 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 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.
- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 24 oktober 2011 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 1 november 2011 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 4 november 2011 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 23 november 2011 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 1 november 2011 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 november 2011 heeft het CVZ (zaaknummer 2011114073) 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 aantoonbare lichamelijke functiestoornissen of van vermindering. Bovendien is psychisch lijden niet als criterium voor vergoeding opgenomen in de wet. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 21 november 2011 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 7 december 2011 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 9 december 2011 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 13 december 2011 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: "*nek & schouderklachten bij milde hypertrofie en ptosis graad III, L 54 kg, L 165 cm, cup c, fysieke klachten*", en verzocht om een mammareductie.
- 4.2. Verzoekster stelt dat zij nek- en schouderklachten heeft door haar grote borsten. Haar cupmaat verschilt per merk van bh, maar doorgaans heeft zij een cup C of D nodig. Zij kan geen passende bh's vinden, en de bh's die zij draagt knellen, omdat haar borsten daardoor worden gelift.
- 4.3. Verzoekster stelt dat de borstverkleining geen cosmetische wens is. Zij ondervindt fysieke klachten aan haar rug, schouders en nek. In het verleden is zij zelfs behandeld voor een nekhernia. Verzoekster zal veel baat hebben bij een borstverkleining. Haar huisarts en behandelend plastisch chirurg ondersteunen haar standpunt.

- 4.4. Voorts stelt verzoekster dat haar lengte slechts 5 cm verschilt van de eis uit de polisvoorwaarden met betrekking tot de geringe lichaamslengte (kleiner dan 1.60 m). De andere eis die de ziektekostenverzekeraar aanhaalt, te weten dat conservatieve behandelingen onvoldoende effect hebben, kan evenmin reden voor afwijzing zijn. Verzoekster heeft namelijk al het mogelijke geprobeerd om van haar klachten af te komen, waaronder houdingstherapie en verschillende soorten bh's. Tot slot stelt verzoekster dat zij naast haar lichamelijke klachten, ook psychische klachten heeft door haar grote borsten.
- 4.5. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat het haar bevreemdt dat zij niet is opgeroepen voor het medisch spreekuur van de ziektekostenverzekeraar. Zij zou aldaar haar klachten hebben kunnen toelichten. De grootte van de borsten en de daarmee samenhangende klachten kunnen niet los van het lichaamsgewicht worden gezien. Zij heeft cup C/D en weegt 54kg. Verzoekster stelt dat zij zich slecht voelt.
- 4.6. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt dat een borstverkleining voor vergoeding in aanmerking komt ten laste van de zorgverzekering indien sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of van verminking. Van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis kan worden gesproken bij cup DD of groter (cup D bij geringe lichaamslengte, i.e. < 1.60 m), geobjectiveerde hoge rugklachten, nek- en schouderklachten die gerelateerd zijn aan de borstomvang, waarvoor andere oorzaken zijn uitgesloten en indien conservatieve behandelingen, zoals een goed ondersteunende bh, pijnstilling en fysiotherapie zijn geprobeerd zonder resultaat. Chronisch, onbehandelbaar smetten is eveneens aan te merken als aantoonbare lichamelijke functiestoornis.
- 5.2. De ziektekostenverzekeraar stelt dat verzoekster niet voldoet aan de voorwaarden, aangezien zij cup C heeft bij een lengte van 1.65 m. De borstverkleining komt daarom niet voor vergoeding in aanmerking. Bovendien vormt psychisch lijden geen reden voor vergoeding. Voorts stelt de ziektekostenverzekeraar dat de behandeling niet als schoonheidsoperatie wordt gezien. Hij begrijpt dat de klachten erg vervelend zijn voor verzoekster. Tot slot stelt de ziektekostenverzekeraar dat de aanvullende ziektekostenverzekering niet voorziet in vergoeding van een borstverkleining, en dat hij ook niet coulancehalve kan overgaan tot vergoeding.
- 5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat verzoekster niet voor het medisch spreekuur is opgeroepen, omdat hij geen verwachtingen wilde wekken. Uit de aanvraag blijkt dat niet aan de gestelde eisen is voldaan. Bovendien is niet zeker dat de klachten worden veroorzaakt door de borsten. Voorts stelt de ziektekostenverzekeraar dat het 'relativeren' van de cupmaat niet eerlijk zou zijn ten opzichte van andere verzekerden.
- 5.4. 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 naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen B9 tot en met B36 van de zorgverzekering. Artikel B27 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op plastische chirurgie bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“U heeft recht op behandelingen van plastische chirurgische aard als het gaat om correctie van:

- afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen,*
- verminkingen die gevolg zijn van een ziekte, ongeval of een geneeskundige verrichting (...)*”

- 8.3. Artikel B27 van de zorgverzekering is volgens de artikelen B1 en B6 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.4. Artikel 11, lid 1, onderdeel a 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 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. 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. Verzoekster heeft aanspraak op een borstverkleining, indien bij haar een indicatie bestaat in de vorm van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis dan wel verminking als bedoeld in artikel B27 van de zorgverzekering.

- 9.2. Een lichamelijke functiestoornis kan in dit kader aan de orde zijn indien sprake is van cup DD of groter, er geobjectiveerde hoge rug-, nek- en schouderklachten gerelateerd aan de borstomvang bestaan waarvoor andere oorzaken zijn uitgesloten, en conservatieve behandelingen, zoals een goed ondersteunende BH, pijnstilling en fysiotherapie, zijn geprobeerd zonder resultaat. Verzoekster heeft cup C, soms cup D bij een lengte van 1,65 m. Hiermee voldoet zij niet aan de vereiste cupmaat. Uit het dossier blijkt voorts niet dat de nek- en schouderklachten een rechtstreeks gevolg zijn van de borstomvang. Gesteld noch gebleken is dat verzoekster last heeft van onbehandelbaar smetten. Derhalve kan niet worden gesproken van een lichamelijke functiestoornis.
- 9.3. Evenmin is bij verzoekster sprake van verminking, omdat het hierbij moet gaan om een ernstige misvorming, die al dan niet met weefseldefecten gepaard gaat (zie ook GcZ, 5 november 2007, ANO07.289). Gelet op de ontstaansgeschiedenis van de term “verminking” in de huidige regelgeving gaat het daarbij om verworven aandoeningen, zoals misvorming van de handen door reumatoïde artritis, misvorming door verlamming van de aangezichtsenuw, misvorming door brandwonden, replantatie van ledematen, reconstructie van geamputeerde ledematen of van geamputeerde mammae.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.4. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde, zodat de bespreking hiervan achterwege kan blijven.

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, 21 december 2011,

Voorzitter