

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen C en E, beide te D
Zaak : Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, borstverkleining
Zaaknummer : 2009.01444
Zittingsdatum : 4 november 2009

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, en

2) E beide te D,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 9 december 2008 een dubbelzijdige borstverkleining af te wijzen.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de ZorgVerzorgd polis (hierna: de zorgverzekering). Een zorgverzekering betreft een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen ExtraVerzorgd 2 en TandVerzorgd 2 afgesloten (hierna gezamenlijk te noemen: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar verzocht om vergoeding van de onder 2 genoemde operatie (hierna: de aanspraak). Bij brief van 9 december 2009 heeft deze aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.3. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 10 maart 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. Bij brief van 29 juni 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 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 stuk-

ken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief van 14 september 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 15 september 2009 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 16 september 2009 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 15 september 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 1 oktober 2009 heeft het CVZ (zaaknummer 29100741) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat verzoekster niet voldoet aan de voorwaarden voor vergoeding van een dubbelzijdige borstverkleining. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 4 november 2009 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 november 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 12 november 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. De behandelend plastisch chirurg heeft bij verzoekster de volgende diagnose gesteld: "klachten van de rug en de nek ten gevolge van mammahypertrofie cup F-G". De plastisch chirurg heeft naar aanleiding van de gestelde diagnose bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een "mammareductie bzs" ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 4.2. Verzoekster stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat zij sinds enige tijd kampt met klachten aan de rug en nek. De plastisch chirurg heeft verklaard dat een borstverkleining uitkomst kan bieden. Verzoekster begrijpt niet dat zij niet geholpen wordt, terwijl zij zoveel pijn heeft.
- 4.3. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat zij haar klachten heeft voorgelegd aan haar behandelend arts, die een drietal knobbels in de borsten constateerde. Er is toen een MRI-scan gemaakt. Verzoekster is van mening dat er reden is in ieder geval de gezwollen te verwijderen, omdat borstkanker in haar familie voor komt. Voorts stelt verzoekster dat zij aan de eis van een BMI van kleiner of gelijk aan 30 nooit kan voldoen, omdat zij medicijnen gebruikt die een gewichtstoename veroorzaken, namelijk de middelen Seroxat® en morfine. Door de ziektekostenverzekeraar zijn de klachten van verzoekster nooit onderzocht; zij is enkel gemeten en gewogen.

4.4. 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, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat een borstverkleining enkel wordt vergoed wanneer sprake is van afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen, of wanneer sprake is van verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting. Er is sprake van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis, als een verzekerde een cupmaat van DD of groter heeft, alsmede pijnklachten in de nek en de schouders, mits de BMI gelijk is aan of kleiner dan 30. Voorts moeten verschillende andere mogelijkheden, zoals fysiotherapie, zijn geprobeerd om de klachten te verminderen. Pas als deze conservatieve methoden geen uitkomst hebben geboden, kan een borstverkleining worden toegewezen. Verzoekster heeft een BMI van 35, waardoor zij niet voldoet aan de voorwaarden voor een aantoonbare lichamelijke functiebeperking als bedoeld in de polisvoorwaarden. Voorts is bij haar geen sprake van een verminking.

5.2. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat in de aanvraag geen melding is gemaakt van knobbels en gezwellen. Het betreft een aanvraag voor een borstverkleining die als zodanig is beoordeeld. De afwijzing is gebaseerd op het ontbreken van lichamelijke functiestoornissen. Voor zover deze er al zijn, is niet te bepalen of de borstomvang dan wel het overgewicht daarvan de oorzaak vormt. Door de plastisch chirurg wordt het medicijngebruik niet genoemd. Volgens de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar zou sprake kunnen zijn van fibromyalgie of een daarmee vergelijkbare aandoening.

5.3. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag terecht is afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

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. De beoordeling van het geschil

7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is verzoekster toestemming te verlenen voor 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 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 B10 tot en met B36 van de zorgverzekering. Artikel B27 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op behandelingen van plastisch-chirurgische aard bestaat en luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

“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 het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting,*
- (...)”*

7.3. Artikel B27 van de zorgverzekering is volgens de artikelen B1 en B6 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

7.4. 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. Behandelingen van plastisch-chirurgische aard zijn naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.1 Rzv.

7.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.

7.6. Om in aanmerking te komen voor een borstverkleining, dient volgens de polisvoorwaarden sprake te zijn van een afwijking in het uiterlijk die gepaard gaat met een aantoonbare lichamelijke functiestoornis, dan wel van een verminking die het gevolg is van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting. De commissie is gebleken dat de VAGZ richtlijnen heeft opgesteld voor behandelingen van plastisch-chirurgische aard. Daarin is verwoord wanneer men binnen de vakgroep van oordeel is dat sprake is van een lichamelijke functiestoornis, dan wel een verminking als bedoeld in het Bzv. Met betrekking tot borstverkleining is daarin de volgende tekst opgenomen:

“(...) Er is een vergoeding mogelijk voor een dubbelzijdige borstverkleining indien wordt voldaan aan:

- cup DD of groter (cup D bij geringe lichaamslengte, i.e. < 1.60m) én*
- geobjectiveerde hoge rugklachten, nek- en schouderklachten gerelateerd aan de borstomvang, waarvoor andere oorzaken zijn uitgesloten (functiestoornissen) én*
- conservatieve behandelingen, zoals een goed ondersteunende BH, pijnstilling en fysiotherapie zijn geprobeerd zonder resultaat*

of bij:

- chronische (> 6 maanden), onbehandelbare smetten, waarbij voldoende hygiënische maatregelen en een adequate medische/farmacologische behandeling onvoldoende resultaat hebben gehad (functiestoornissen) (...)*

Er is doorgaans géén vergoeding mogelijk bij:

- een BMI > 30*
- cup C en kleiner*
- mastopathie.”*

7.7. Bij verzoekster is sprake van een cup F/G, zodat aan de eerste voorwaarde is voldaan. Ook zegt zij hierdoor rug- en neklachten te hebben, hetgeen niet is weersproken door de ziektekostenverzekeraar. Haar BMI is echter hoger dan 30, te weten 35, zodat de forse borstomvang en de daaraan verbonden klachten mede het gevolg kunnen zijn van overgewicht. Niet gebleken is of verzoekster de rug- en neklachten ook heeft bij een gezond gewicht, dat wil zeggen indien haar BMI lager of gelijk is aan

30. Uit het advies van het CVZ van 1 oktober 2009 blijkt echter dat het criterium dat het BMI lager of gelijk dient te zijn aan 30 niet absoluut is.

Verzoekster heeft ter zitting gesteld dat haar gewichtstoename geheel of gedeeltelijk valt toe te schrijven aan haar medicijngebruik, hetgeen door de ziektekostenverzekeraar niet is bestreden. Onder deze omstandigheden is het naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar verzoekster te houden aan deze BMI-grens van kleiner of gelijk aan 30. Wat betreft het criterium dat eerst conservatieve behandelingen dienen te worden geprobeerd, alvorens over te gaan tot een borstverkleining, is ter zitting gesteld dat verzoekster gedurende meerdere jaren pijnstillende middelen heeft gebruikt, en dat deze geen verbetering van haar klachten hebben gebracht. Zulks is door de ziektekostenverzekeraar niet, althans onvoldoende weersproken, zodat aannemelijk is dat ook aan dit laatste criterium is voldaan.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 7.8. De commissie constateert dat de aanvullende ziektekostenverzekering geen dekking biedt voor hetgeen verzoekster heeft verzocht.

Conclusie

- 7.9. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen.

8. Het bindend advies

- 8.1. De commissie wijst het verzoek toe.
- 8.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden een bedrag ad € 37,--.

Zeist, 16 december 2009,

Voorzitter