

# **ANONIEM BINDEND ADVIES**

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C, tegen D en E te F  
Zaak : Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, mamma-augmentatie  
(borstvergroting) beiderzijds  
Zaaknummer : 2010.00921  
Zittingsdatum : 5 januari 2011

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 2010, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv, voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2010)

---

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door C,

tegen

1) D en

2) E te F,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar verzocht om verstrekking of vergoeding van de kosten voor een borstvergroting beiderzijds (hierna: de aanspraak), welke aanspraak bij beslissing van 18 maart 2010 is afgewezen.

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 Natura polis (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 Jongeren PZP afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 14 april 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn standpunt te handhaven.

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

3.4. Bij ongedateerde brief, ontvangen op 31 augustus 2010, 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 de commissie bij brief van 10 november 2010 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 12 november 2010 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar hebben op respectievelijk 15 en 23 december 2010 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 12 november 2010 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 17 november 2010 heeft het CVZ (zaaknummer 2010135346) 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 status na gehele of gedeeltelijke borstamputatie, zodat zij geen aanspraak heeft op een borstvergrotende operatie ten laste van de zorgverzekering. Een afschrift van het CVZ-advies is op 21 december 2010 aan partijen gezonden. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren.

#### 4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. De behandelend plastisch chirurg heeft als medische indicatie op de aanvraag voor een borstvergroting beiderzijds bij verzoekster vermeld: "mammahypoplasië – AAcup, L184m".
- 4.2. Door verzoekster is gesteld dat zij erg onzeker is omdat haar te kleine borsten niet in verhouding zijn met haar figuur en lengte van 1,84 m. Zij heeft last van onzekerheid en schaamte, hetgeen haar beperkt in haar sociale activiteiten, en waarvoor zij al twee jaar onder behandeling is bij een psycholoog. Verzoekster concludeert dat aldus sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. Zij voert verder aan dat de beoordeling uitsluitend op basis van foto's heeft plaatsgevonden. Verzoekster is niet gezien door een specialist en zij zet daarom vraagtekens bij de conclusie van de medisch adviseur dat geen sprake is van Tannerstadium M1/M2, zeker nu de ziektekostenverzekeraar daarover kennelijk ook zijn twijfels heeft.
- 4.3. 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, onder verwijzing naar de verzekeringsvoorwaarden (artikel 20 lid 5 van de zorgverzekering) en de hier geldende regelgeving, dat een borstvergroting alleen voor verstrekking of vergoeding in aanmerking komt als er een gehele of gedeeltelijke borstamputatie heeft plaatsgevonden. Er is overwogen een uitzondering te maken, met name wegens het bestaan van verminking als gevolg van het (nagenoeg) volledig ontbreken van borstontwikkeling. Volgens de Richtlijn plastische chirurgie is dit het geval bij Tannerstadium M1/M2. De situatie van verzoekster is evenwel vergelijkbaar met Tannerstadium M3, zodat er geen grond is voor een onverplichte vergoeding.

5.2. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag terecht is 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 gehouden is de aanvraag van verzoekster voor een borstvergroting beiderzijds alsnog goed te keuren.

## 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 19 e.v. van de zorgverzekering.  
Artikel 20.4 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op behandelingen van plastisch chirurgische aard bestaat, en luidt, voor zover hier van belang:

*“U hebt recht op behandelingen die plastisch-chirurgisch van aard zijn, als ze zijn bedoeld om de volgende zaken te corrigeren:*

- a. afwijkingen in uw uiterlijk die aantoonbare lichamelijke functiestoornissen veroorzaken;*
  - b. verminkingen die zijn ontstaan door ziekte, een ongeval of een geneeskundige verrichting (bijvoorbeeld een operatie);*
- (...)”*

8.3. Artikel 20.5 van de zorgverzekering sluit, in aansluiting op artikel 20.4 van de zorgverzekering, expliciet een aantal behandelingen uit, waaronder het tijdens een operatie plaatsen of vervangen van een borstprothese anders dan na een gehele of gedeeltelijke borstampuatie.

8.4. De artikelen 20.4 en 20.5 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2.1 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.5. 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 plastische-chirurgische aard is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 lid 1 sub b van het 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.

9. Beoordeling van het geschil

**Ten aanzien van de zorgverzekering**

9.1. Blijkens de toelichting op de wijziging van de Rzv met ingang van 1 januari 2009 (Staatscourant 25 juli 2008, nr 142/pag 18) bestaat geen recht op het plaatsen, verwijderen of vervangen van een borstprothese in geval sprake is van aplasie of hypoplasie. Of de situatie van verzoekster vergelijkbaar is met Tannerstadium M1 (aplasie), zoals zij stelt, dan wel M3 (hypoplasie), zoals door de ziektekostenverzekeraar is geconcludeerd, is zodoende niet relevant. Het operatief plaatsen van borstprothese komt volgens eerder genoemde toelichting uitsluitend voor vergoeding in aanmerking na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie. Aldus is ook verwoord in artikel 20.5 onder d van de zorgverzekering.

Gelet op de door partijen overgelegde stukken komt de commissie tot de conclusie dat bij verzoekster geen sprake van een status na gehele of gedeeltelijke borstamputatie. Het niet ontwikkeld zijn van een borst is een ontwikkelingsstoornis en een andere oorzaak dan een gehele of gedeeltelijke borstamputatie. De uitsluiting van artikel 20.5 van de zorgverzekering is derhalve – ook indien een (verzekerings)indicatie in de vorm van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of een verminking zou bestaan – bij verzoekster onverkort van toepassing. Dit geldt evenzeer voor het psychisch lijden waarop verzoekster zich beroept, hetgeen overigens geen (verzekerings)indicatie is in de zin van artikel 20.4 van de zorgverzekering.

**Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering**

9.2. De commissie constateert dat de aanvullende verzekering geen dekking biedt voor hetgeen verzoekster heeft verzocht.

9.3. Waar het gaat om de mogelijkheid van een onverplichte vergoeding, zoals deze blijkbaar door de ziektekostenverzekeraar is overwogen, geldt dat dit behoort tot het eigen beleid van de verzekeraar; de commissie is met betrekking daartoe niet bevoegd.

**Conclusie**

9.4. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 5 januari 2011,

Voorzitter