

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C te D
Zaak : Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, borstcorrectie
Zaaknummer : 2011.01408
Zittingsdatum : 8 februari 2012

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

C te D hierna 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 Basisverzekering (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 AV Top afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van een borstcorrectie (hierna: de aanspraak). Bij brief van 7 april 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 brief van 7 juni 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft weliswaar geleid tot een bezoek van verzoekster aan de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar, maar dat spreekuurbezoek heeft geen wijziging van het standpunt van de ziektekostenverzekeraar tot gevolg gehad.

3.4. Bij ongedateerde brief, door de commissie ontvangen op 13 oktober 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 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.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 29 december 2011 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 30 december 2011 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 31 december 2011 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 7 februari 2012 telefonisch medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 30 december 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 16 januari 2012 heeft het CVZ (zaaknummer 2012000188) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat aanspraak bestaat op behandelingen van plastisch-chirurgische aard als het gaat om correctie van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. Hiervan is bij verzoekster geen sprake. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster is op 8 februari 2012 in persoon gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch aan de zitting deelgenomen. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 9 februari 2012 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 7 maart 2012 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: “(...) *een ptosis van de mammae (...) Patiënte is in november 2009 fors gaan afvallen nadat een maagbandje werd geplaatst. In totaal is zij 62 kilo afgevallen. Zij weegt nu 70 kilo bij een lengte van 1.52m. Bij onderzoek is er sprake van een fors huidoverschot met klachten van smetten en steenpuisten. (...) Ik besprak met haar de mogelijkheid van een mastopexie (...)*”.
- 4.2. Verzoekster is in een jaar tijd ruim zestig kilo afgevallen. Doordat zij in een korte tijd zeer veel is afgevallen zijn haar borsten gaan hangen en zien deze er niet meer normaal uit. Zij betreurt dat de ziektekostenverzekeraar haar aanvraag voor de borstcorrectie heeft afgewezen. Verzoekster is nu zevenenveertig en erg blij met haar huidige leefstijl. Zij is veel bezig met haar gezondheid. Om die reden is de borstcorrectie erg belangrijk voor haar. Het dragen van een beha is door haar hangende borsten problematisch. Verzoekster stelt voorts dat zij haar best heeft gedaan om gezond te leven, en dat dit moeilijk voor haar was. De borstcorrectie is voor haar noodzakelijk; hierdoor zal zij zich weer goed voelen.

- 4.3. Ter zitting heeft verzoekster haar standpunten herhaald. Ter aanvulling heeft zij aangevoerd dat zij erg veel last heeft van haar borsten, en dat zij graag een normale, leuke BH aan wil kunnen trekken. Nu moet zij zelfs in een stevige BH met beugels steeds haar borsten terug op hun plek doen.
- 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. Een borstcorrectie komt voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking indien de behandeling strekt tot correctie van afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen of verminking die het gevolg is van een ziekte, ongeval of geneeskundige behandeling. Dit is bepaald in de Zvw en aanverwante regelgeving. Bij verzoekster is geen sprake van één van de genoemde uitzonderingssituaties. De klachten van de ptosis van de borsten zijn psychosociaal van aard en niet lichamelijk functioneel. Psychosociale redenen vormen, gezien de wet- en regelgeving, helaas geen reden om tot vergoeding over te gaan.
 - 5.2. De ziektekostenverzekeraar stelt begrip te hebben voor de wens van verzoekster een borstcorrectie te ondergaan. De Zvw en de zorgverzekering bieden echter geen ruimte om deze ingreep te vergoeden.
 - 5.3. De adviserend geneeskundige is bij het bezoek van verzoekster aan het spreekuur niet tot andere inzichten gekomen. Hij heeft geconstateerd dat door het gebruik van een goed ondersteunende beha geen sprake (meer) is van mechanische problematiek, op grond waarvan gesproken zou kunnen worden van een lichamelijke functiestoornis.
 - 5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat verzoekster, naar aanleiding van een verzoek hiertoe door de Ombudsman Zorgverzekeringen, door de medisch adviseur is onderzocht. Hieruit bleek dat de borsten bij het bewegen in de BH bleven.
 - 5.5. 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 restitutiepols, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen 15 tot en met 35 van de zorgverzekering. Artikel 17, lid 2 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op behandelingen van plastisch-chirurgische aard bestaat, en luidt, voor zover hier van belang:

“(…)

Lid 2 Behandelingen van plastisch-chirurgische aard

Te vergoeden zorgkosten

Wij vergoeden behandelingen die plastisch-chirurgisch van aard zijn, als deze 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;*
- “(…)

Voorwaarden

Algemeen

Het gaat om zorg die medisch specialisten plegen te bieden.

Machtiging

U moet bij ons vooraf toestemming hebben gevraagd en een machtiging hebben gekregen. Bij de aanvraag moet de behandelend specialist de gevraagde behandeling omschrijven en motiveren.

Verwijzing

U heeft een verwijzing van een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist.

Zorgverlener

De zorg wordt verleend door een medisch specialist. (…)”

- 8.3. Artikel 17, lid 2 van de zorgverzekering is volgens artikel 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 lid 1 sub b 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 vergoeding van een borstcorrectie ten laste van de zorgverzekering indien bij haar sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis dan wel verminking als bedoeld in de voorwaarden.
- 9.2. Bij een aantoonbare lichamelijke functiestoornis kan in dit kader gedacht worden aan een ernstige bewegingsbeperking dan wel onbehandelbaar smetten in de huidplooiën. Door verzoekster is gesteld dat haar hangende borsten haar bewegingsvrijheid en dagelijks handelen beperken, onder meer doordat het dragen van een beha problematisch is. Het is de commissie echter niet gebleken dat de omvang en/of vorm van de borsten van verzoekster leiden tot een ernstige bewegingsbeperking onderscheidenlijk dat – zo hiervan wel sprake zou zijn – deze mechanische problemen niet zouden kunnen worden ondervangen door het dragen van een goed, ondersteunende beha. Verder is niet gebleken dat verzoekster in verband met smetklachten onder behandeling is of is geweest van een dermatoloog, zodat niet kan worden gesproken van onbehandelbaar smetten. Ook anderszins is niet gebleken van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis.
- 9.3. Van verminking kan worden gesproken, in geval van een ernstige deformiteit, al of niet met weefseldefecten gepaard gaande, die direct in het oog springt en die in het dagelijks verkeer niet door normale kleding is te camoufleren. Er is in dit verband sprake van verminking indien er een misvorming is die vergelijkbaar is met bijvoorbeeld een derdegraads brandwond. Bij verzoekster is dit niet aan de orde.
- 9.4. Psychisch lijden, hoezeer dit in deze ook het geval kan zijn, vormt geen (verzekerings)indicatie in de zin van artikel 17 van de zorgverzekering.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

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

Conclusie

- 9.6. 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 maart 2012,

Voorzitter