



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A, vertegenwoordigd door de heer B, beiden te C, tegen D
te E, vertegenwoordigd door F te G

Zaak : Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, borstverkleining

Zaaknummer : 201303371

Zittingsdatum : 23 juli 2014

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 2013, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2013)

1. Partijen

Mevrouw A, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door de heer B, beiden te C, tegen

D te E, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar, vertegenwoordigd door F te G, hierna te noemen: gevolmachtigde.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam gevolmachtigde] Zorgverzekering (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 [naam gevolmachtigde] Compleet Pakket afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De eveneens door verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar afgesloten aanvullende verzekeringen Fysio 900, Alternatieve zorg 400, Ortho 1250 en [naam gevolmachtigde] Tandartskostenverzekering € 950,00 zijn niet in geschil en blijven om die reden verder 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 brieven van 12 september 2013 en 6 december 2013 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 20 december 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.4. Bij brief van 24 maart 2014 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 stukken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 29 april 2014 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 16 mei 2014 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Verzoekster heeft op 18 mei 2014 gereageerd op het onder 3.6 genoemde standpunt van de ziektekostenverzekeraar. Een afschrift van deze reactie is aan de wederpartij gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 18 mei 2014 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 17 juli 2014 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.9. Bij brief van 16 mei 2014 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 16 juni 2014 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2014065244) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat niet is gebleken dat bij verzoekster sprake was van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of van verminking. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 23 juli 2014 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.11. Bij brief van 25 juli 2014 heeft de commissie het Zorginstituut een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 29 juli 2014 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen geen aanleiding vormen tot aanpassing van het advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Verzoekster kampte met diverse ernstige klachten ten gevolge van haar borsten, waaronder pijn aan de nek, de hals, de rug, het borstbeen en de schouders. Zij droeg een sportbeha cupmaat E die door een deskundige was aangemeten. Fysiotherapie had geen positief effect op de klachten.
- 4.2. De behandelend plastisch chirurg heeft bij verzoekster het volgende vastgesteld: “(...) Cupmaat: 80E, lengte cm: 179, gewicht kg: 70 (...) jugulum-tepel re cm: 29 li cm: 28, geen palp afw, rechts is gering groter (...)”.
- 4.3. De behandelend plastisch chirurg adviseerde verzoekster een borstverkleining te ondergaan. Deze operatie was de enige mogelijkheid om de klachten op te lossen. De ziektekostenverzekeraar heeft de hierop ingediende aanvraag voor de borstverkleining echter afgewezen. Een bezoek aan diens medisch adviseur veranderde deze beslissing niet. De medisch adviseur heeft de borsten van verzoekster niet opgemeten, maar enkel cupmaat D overgenomen van de beha die zij toen droeg. Overigens was deze beha op dat moment al te klein.
- 4.4. Op 28 januari 2014 heeft de behandeling waarop verzoekster aanspraak maakt plaatsgevonden.
- 4.5. Verzoekster stelt dat de ziektekostenverzekeraar de borstverkleining dient te vergoeden omdat zij ten tijde van de ingreep voldeed aan de hiervoor geldende voorwaarden. Door de borstverkleining zijn de klachten verdwenen. Verzoekster verklaart dat zij thans weer een normaal leven kan leiden.
- 4.6. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat haar borsten alsmaar groter werden en dat zij veel last had van haar borsten. Zij heeft zich in verband hiermee meermalen tot de huisarts gewend. Verzoekster ging krom zitten omdat die houding prettig aanvoelde. Daardoor moest zij steeds naar de fysiotherapeut. Tevens kocht verzoekster goede bh's bij een gespecialiseerde winkel. Aldaar werden haar maten steeds opgenomen. Goed passende bh's hadden evenwel geen positief effect op de klachten. Verzoekster stelt verder dat het onderzoek door de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar niet goed was. Het onderzoek duurde slechts een minuut en de medisch adviseur heeft enkel naar verzoekster gekeken,

en haar niet aangeraakt. Er werd verzoekster medegedeeld dat alles er goed uit zag, mede vanwege haar lengte. Verzoekster werd geadviseerd een sport-bh te kopen, hetgeen zij heeft gedaan, en deze bleek al maat F te zijn. Verzoekster verklaart dat zij zich, nadat de borstverkleining was uitgevoerd, erg goed voelt.

4.7. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Aanspraak bestaat op een dubbelzijdige borstverkleining indien sprake is van (i) cup DD of groter dan wel cup D bij een lichaamslengte van 160 cm of kleiner, en geobjectiveerde hoge rugklachten, nek- en schouderklachten gerelateerd aan de borstomvang, waarvoor andere oorzaken zijn uitgesloten, én (ii) conservatieve behandelingen, zoals een goed ondersteunende beha, pijnstilling en fysiotherapie zijn geprobeerd zonder resultaat, of bij (iii) chronisch, onbehandelbare smetten, waarbij voldoende hygiënische maatregelen en een adequate medische/farmacologische behandeling onvoldoende resultaat hebben gehad.

5.2. Op 10 september 2013 is door de ziektekostenverzekeraar een aanvraag van Meander medisch centrum ontvangen. Deze is afgewezen. Op 18 november 2013 is een aanvraag ontvangen van Bergman Medical Care. Gelet op de verschillen in de opgegeven lengte en cupmaat is besloten verzoekster op te roepen voor het spreekuur. Verzoekster is op 6 december 2013 op het spreekuur van de medisch adviseur geweest. Deze heeft geoordeeld dat verzoekster niet voldoet aan de voorwaarden die gelden om voor een borstverkleining in aanmerking te komen. Bij verzoekster is geen sprake van geobjectiveerde hoge rug-, nek- en schouderklachten en eveneens is niet gebleken van smetten. De aanvraag voor een borstverkleining is zodoende afgewezen. Het is begrijpelijk dat deze beslissing teleurstellend is voor verzoekster, maar voor haar wordt geen uitzondering gemaakt.

5.3. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen aanspraak op een borstverkleining.

5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt herhaald. Voorts is door hem ter aanvulling aangevoerd dat de cupmaat niet zo relevant is, aangezien het moet gaan om objectieerbare nek- en schouderklachten. Ook moeten een goed ondersteunde bh, pijnstilling en fysiotherapie zijn geprobeerd, zonder resultaat. De vraag is opgekomen of in het geval van verzoekster voldoende conservatieve maatregelen zijn getroffen. Tijdens het spreekuur van de medisch adviseur had verzoekster geen goede bh bij zich, en is haar geadviseerd deze aan te schaffen. Tevens is tijdens het spreekuurbezoek gebleken dat verzoekster cupmaat D had, en dat er geen sprake was van rug- of schouderklachten en smetplekken. De ziektekostenverzekeraar voert verder aan dat ook het Zorginstituut concludeert dat niet aan de voorwaarden is voldaan.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 11 van de zorgverzekering en artikel 8 van de aanvullende ziektekostenverzekering 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. 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 zorg of diensten is geregeld in de artikelen 1 tot en met 26 van hoofdstuk II Zorgartikelen van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 9 van hoofdstuk II Zorgartikelen van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op plastische chirurgie bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“Omschrijving

Uw recht op geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 4 (Medisch specialistische zorg) omvat behandeling van plastisch-chirurgische aard, als het gaat om correctie van:

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

Wie mag de zorg verlenen

Medisch specialist.

(...)

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten?

Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 2.4 en 2.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijsbrief

Huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist of kaakchirurg.

Toestemming

U hebt voorafgaande toestemming nodig. Bij de aanvraag moet u een toelichting van uw behandelend medisch specialist meesturen. De toestemmingsprocedure kunt u terugvinden in artikel 2.9 van deze voorwaarden.”

8.4. Artikel 9 van hoofdstuk II Zorgartikelen van de zorgverzekering is volgens artikel 3 van hoofdstuk I Algemeen gedeelte 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 zorgverzekerder 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, als onderdeel van geneeskundige zorg, naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 lid 1 sub b Bzv.

8.6. De Zvw, het daarop gebaseerde Bzv en de Rzv, schrijven dwingend voor welke prestaties onder de zorgverzekering verzekerd dienen te zijn. De verzekerde die een zorgverzekering sluit heeft recht op niet meer of minder dan deze prestaties. De zorgverzekering is in dit opzicht een bijzondere, van overheidswege gereguleerde vorm van schadeverzekering. Het staat de ziektekostenverzekeraar niet vrij een dekking te bieden die hetzij ruimer dan wel beperkter is dan op grond van het bij of krachtens de Zvw bepaalde is voorgeschreven. De hiervoor beschreven regeling, zoals opgenomen in de zorgverzekering, strookt met de toepasselijke regelgeving.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

9.1. De zorgverzekering biedt aanspraak op een (dubbelzijdige) borstverkleining indien sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis dan wel verminking als bedoeld in de voorwaarden.

- 9.2. Een aantoonbare lichamelijke functiestoornis is in dit kader aan de orde bij een cupmaat DD of groter, waarbij geobjectiveerde hoge rugklachten, nek- en schouderklachten aanwezig zijn die zijn gerelateerd aan de borstomvang en waarvoor andere oorzaken zijn uitgesloten. Hierbij dienen conservatieve behandelingen - zoals een goed ondersteunende beha, pijnstilling en fysiotherapie - te zijn geprobeerd zonder resultaat. Daarnaast is een aantoonbare lichamelijke functiestoornis aanwezig in geval van chronisch, onbehandelbaar smetten, waarbij voldoende hygiënische maatregelen en een adequate medische/farmacologische behandeling onvoldoende resultaat hebben gehad. In beide gevallen dient de BMI niet hoger te zijn dan 30.
- 9.3. Van verminking is in dit verband sprake bij een asymmetrie van twee cupmaten of meer dan wel bij het verkleinen van de contralaterale borst in het kader van een borstreconstructie bij een status na amputatie.
- 9.4. Bij de door partijen overgelegde stukken zijn twee aanvragen gevoegd. Uit de eerste aanvraag blijkt dat verzoekster vóór de ingreep cupmaat D had en dat haar BMI toen 24,5 was. Uit de tweede aanvraag blijkt dat verzoekster vóór de ingreep cupmaat E had en dat haar BMI toen 21,8 was. Cupmaat D ligt onder de genoemde norm van de cupmaat, en cupmaat E ligt hier boven. De BMI van verzoekster - ongeacht welke opgave correct is - voldoet aan de gestelde eis. De (medisch adviseur van de) ziektekostenverzekeraar stelt zich op het standpunt dat bij verzoekster sprake was van cupmaat D. Daarentegen stelt verzoekster dat sprake was van cupmaat E, waartoe zij een verslag van het eerste consult bij de behandelend plastische chirurg heeft overgelegd. Hierin is vermeld dat de cupmaat 80E is. Bovendien is door verzoekster ter zitting verklaard dat de laatst gemeten cupmaat F was.
- 9.5. De commissie is van oordeel dat dient te worden aangenomen dat verzoekster vóór de operatie - minimaal - cupmaat E had. Van belang is in dit kader dat door verzoekster is verklaard dat haar borsten in omvang toenamen, hetgeen overeenkomt met de gegevens die zijn vermeld op de twee ingediende aanvragen. Bovendien is door verzoekster gesteld, en door de ziektekostenverzekeraar niet weersproken, dat door de medisch adviseur geen meting van de borsten is verricht, maar dat door deze de cupmaat is vastgesteld aan de hand van de - te kleine - beha die verzoekster op dat moment droeg. Daarnaast is het operatieverslag van belang, waarin is vermeld hoeveel gram weefsel per borst is verwijderd. Voorts geldt dat het destijds bestaan van geobjectiveerde hoge rug-, nek- en schouderklachten voldoende aannemelijk is gemaakt door verzoekster. Het bestaan hiervan blijkt in ieder geval uit de machtigingsaanvraag van 18 november 2013. Voor deze klachten zijn ook conservatieve behandelingen geprobeerd. Zo heeft verzoekster behandelingen fysiotherapie ondergaan, die echter onvoldoende resultaat hadden. Daarnaast heeft verzoekster diverse goed ondersteunende (sport)bh's laten aanmeten, maar ook dit had geen positief effect op de klachten. Door de ziektekostenverzekeraar is op deze onderdelen in zowel de schriftelijke als de mondelinge ronde geen overtuigend verweer gevoerd.
- 9.6. Het voorgaande leidt, in afwijking van het advies van het Zorginstituut van 16 juni 2014, tot de conclusie dat vóór de ingreep bij verzoekster een (verzekerings)indicatie in de vorm van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis bestond voor een borstverkleining.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering


- 9.7. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde, zodat het verzoek niet op die grond kan worden ingewilligd.


Conclusie

- 9.8. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen.
- 9.9. Aangezien het verzoek wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,-- aan verzoekster te vergoeden.

 10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek toe.

 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden het entreegeld van € 37,--.

 Zeist, 27 augustus 2014,

 Voorzitter