



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, tegen Menzis Zorgverzekeraar N.V. en Menzis N.V.,
beide te Wageningen
Zaak : Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, eenzijdige borstverkleining
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2019, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv,
2.1 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2019
Zaaknummer : 201900948
Zittingsdatum : 4 maart 2020

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster,
tegen

- 1) Menzis Zorgverzekeraar N.V. te Wageningen, en
 - 2) Menzis N.V. te Wageningen,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij brief van 18 november 2019 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft in de brief van 20 januari 2020 zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 21 januari 2020 aan verzoekster gezonden.
- 2.3. Bij brief van 13 februari 2020 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2020003652) aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een afschrift is op 14 februari 2020 aan partijen gestuurd.
- 2.4. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 4 maart 2020 gehoord.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 6 maart 2020 aan het Zorginstituut gestuurd. Bij brief van 9 maart 2020 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2018 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Menzis Basis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen GarantVerzorgd 3 en GarantTandVerzorgd 250 (hierna gezamenlijk: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Verzoekster heeft een verschil in cupmaat tussen beide borsten. Zij heeft hier last van, en heeft daarom bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor een enkelzijdige borstverkleining.
- 3.3. De huisarts heeft op 18 juli 2018 over verzoekster verklaard:

"(...) Heeft sinds jeugd af aan een verschil in grootte van de mammae. Na het krijgen van kinderen is het verschil groter geworden. Rechts Cup E links een cup C. Ze passen in geen enkele BH, en heeft daar pijnklachten van. Daarnaast schouder en neklachten ww geen fysiotherapie gehad, geen smetplekken. 1.5 jr geleden afgevallen, langer dan 1 jaar stabiel gewicht. Geen mammacarcinoom in familie. (...)".

 3.4. De ziektekostenverzekeraar heeft op 1 augustus 2018 aan verzoekster meegedeeld dat zij geen aanspraak heeft op een enkelzijdige borstverkleining, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

 3.5. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 2 april 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

 3.6. De plastisch chirurg heeft op 8 oktober 2018 over verzoekster verklaard:

"(...) Bovenstaande machtigingsaanvraag is afgewezen vanuit de basisverzekering omdat bij poliklinische beoordeling een asymmetrie gevonden was dat minder dan 2 cupmaten verschil bedroeg. Hier is patiënte het niet mee eens zoals ze eerder bij jullie en bij ons persoonlijk aangegeven heeft. Daarnaast wijst ze op de verwijfsbrief van de huisarts waarin wel 2 cupmaten verschil genoemd wordt. (...)".

 3.7. De eigenaresse van een lingeriewinkel heeft op 17 juni 2019 over verzoekster verklaard:

"Zaterdag 15 juni j.l. was bij mij in de winkel [verzoekster] voor het laten opmeten van haar beha maat. Toen zij zich ontkleedde, was visueel een aanzienlijk verschil zichtbaar in grootte van haar borst. Ik heb haar opgemeten en een pasmodel beha aan laten passen. Haar beha maat is C95, dit is echter gebaseerd op de grootste borst. In de beha heeft zij dan ook een duidelijk zichtbaar verschil en zal de beha nooit sluitend zijn en goed passen. Wat mij met name opviel is hoezeer mevr. hier psychisch ongemak van heeft en dit heel erg zwaar voor haar weegt. Door de meting en het doorpassen van de beha kan ik aangeven dat zij ruim 1 cupmaat verschil heeft wat duidelijk zichtbaar is. (...)".

 3.8. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar heeft op 16 augustus 2019 over verzoekster verklaard:

"(...) Anamnese: altijd al een cupmaat verschil gehad, met de zwangerschappen is dit wel toegenomen. Heeft 3 kinderen, 10, 4 en 3 jaar oud. Voelt het verschil in cupmaat, zit niet goed, bh zit niet goed, het past niet. Hierdoor pijn in de borst, nek. Altijd mee bezig. Schaamte over verschil in omvang van de borsten. Rechter borst voel ik altijd, links nooit. Psychische klachten door verschil in grootte, altijd mee bezig. LO: goed verzorgde vrouw, tatoeages, komt met echtgenote. Emotioneel over de toestand. Verschil in cupmaat, links < rechts. Schatting van 1 cupmaat verschil. Verder geen afwijkingen aan de borsten, alleen wat ptotisch. (...)".

 3.9. Bij brief van 13 februari 2020 heeft het Zorginstituut het volgende verklaard:

"Uit de informatie in het dossier blijkt niet dat sprake is van een asymmetrie van tenminste twee BH- of cupmaten. Er is daarnaast niet aangetoond dat sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of verminking (ernstige misvorming van een lichaamsdeel) zoals omschreven in het Bzv.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan niet geconcludeerd worden dat verzoekster een (verzekerings)indicatie heeft voor een enkelzijdige borstverkleining. Deze behandeling komt daarom niet voor vergoeding in aanmerking ten laste van de basisverzekering. (...)".

 4. Geschil

 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie gevraagd te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is haar alsnog een enkelzijdige borstverkleining te verstrekken, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

 4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

5. Bevoegdheid van de commissie

 5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel A17 van de zorgverzekering en van de aanvullende ziektekostenverzekering.

 6. Beoordeling

 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over plastische chirurgie zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Zorgverzekering

 6.2. Verzoekster heeft aanspraak op een enkelzijdige borstverkleining ten laste van de zorgverzekering als bij haar sprake is van een (verzekerings)indicatie in de vorm van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of verminking als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering. Een aantoonbare lichamelijke functiestoornis is in dit kader niet snel aan de orde. Het niet lekker zitten van kleding, het niet kunnen vinden van een passende BH en de door verzoekster genoemde pijnklachten die ontstaan doordat haar borsten niet in evenwicht zijn, vallen hier in ieder geval niet onder.

 6.3. Van verminking kan in dit verband worden gesproken bij: (i) een asymmetrie van ten minste twee BH- of cupmaten, of (ii) het verkleinen van de contralaterale borst in het kader van een borstreconstructie bij een gehele of gedeeltelijke amputatie. Dit laatste is bij verzoekster niet aan de orde.

 6.4. Verzoekster heeft aangevoerd dat het verschil tussen beide borsten twee cupmaten is zodat sprake is van verminking. Zij heeft een verklaring overgelegd van de eigenaresse van een lingeriewinkel waaruit blijkt dat het gaat om "ruim" één cupmaat verschil, en dus niet om twee cupmaten. Ook is verzoekster gezien op het spreekuur van de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar. Deze heeft verzoekster onderzocht, en is tot de conclusie gekomen dat sprake is van een verschil van één cupmaat. Verzoekster voldoet daarom niet aan de voorwaarden voor een enkelzijdige borstverkleining ten laste van de zorgverzekering.

Aanvullende ziektekostenverzekering

 6.5. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor een borstverkleining, zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden toegewezen.

 6.6. Dit leidt tot de navolgende beslissing.



7. Bindend advies



7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 18 maart 2020,



J.A.M. Strens-Meulemeester



BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

2. Nationale wet- en regelgeving
(bron: <https://wetten.overheid.nl/zoeken>)

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

1. De zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet omvatten de vormen van zorg of diensten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, met uitzondering van vormen van zorg of diensten die voor de verzekerden kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift.
2. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
3. Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
4. Onder de zorg en overige diensten, bedoeld in het eerste lid, valt niet forensische zorg als bedoeld in artikel 1.1, tweede lid, van de Wet forensische zorg of forensische zorg als aangemerkt in of krachtens een algemene maatregel van bestuur.
5. In afwijking van het tweede lid vallen onder de zorg en overige diensten, bedoeld in de artikelen 2.4, 2.8 of 2.9, ook de zorg en diensten die bij ministeriële regeling zijn aangewezen onder de daarbij geregelde voorwaarden en gedurende een daarbij aan te geven termijn van maximaal zeven jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.
6. De zorg en diensten, bedoeld in het eerste lid, omvatten niet geestelijke gezondheidszorg als bedoeld in artikel 10.2, eerste lid, van de Jeugdwet aan jeugdigen als bedoeld in artikel 1.1 van die wet.

Artikel 2.4

1. Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden, zintuiglijk gehandicaptenzorg als bedoeld in artikel 2.5a, zorg bij stoppen-met-rokenprogramma als bedoeld in artikel 2.5b, geriatrische revalidatie als bedoeld in artikel 2.5c en paramedische zorg als bedoeld in artikel 2.6, met dien verstande dat:
 - a. de zorg niet omvat:
 - 1°. het vaccineren ten behoeve van grieppreventie;
 - 2°. de combinatietest, de niet-invasieve prenatale test en de invasieve diagnostiek voor zwangere vrouwen die hiervoor geen medische indicatie hebben, met dien verstande dat:
 - ingeval van een niet-invasieve prenatale test onder een medische indicatie ook wordt verstaan het uit een combinatietest blijken van een aanmerkelijke kans op een foetus met een chromosoomafwijking;
 - ingeval van invasieve diagnostiek onder een medische indicatie ook wordt verstaan het uit een combinatietest of een niet-invasieve prenatale test blijken van een aanmerkelijke kans op een foetus met een chromosoomafwijking;
 - 3°. de vierde of volgende in-vitrofertilisatiepoging per te realiseren zwangerschap, nadat drie pogingen zijn geëindigd tussen het moment dat een follikelpunctie is geslaagd en het moment dat er sprake is van een doorgaande zwangerschap van tien weken te rekenen vanaf het moment van de follikelpunctie en indien de implantatie van gecryopreserveerde embryo's niet heeft geleid tot een doorgaande zwangerschap van negen weken en drie dagen te rekenen vanaf de implantatie;

- 4°. de eerste en tweede in-vitrofertilisatiepoging bij een verzekerde jonger dan achtendertig jaar, indien er meer dan één embryo wordt teruggeplaatst;
 - 5°. vruchtbaarheidsgelateerde zorg, indien de verzekerde vrouw drieënveertig jaar of ouder is, behoudens voor zover het een in-vitrofertilisatiepoging betreft die reeds is aangevangen voordat de verzekerde vrouw de leeftijd van drieënveertig jaar heeft bereikt;
 - 6°. zorg zoals tandarts-specialisten plegen te bieden;
 - b. behandeling van plastisch-chirurgische aard slechts onder de zorg valt indien die strekt tot correctie van:
 - 1°. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
 - 2°. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
 - 3°. verlamde of verslakte bovenoogleden, indien de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft dan wel het gevolg is van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
 - 4°. de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemeltespelen, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;
 - 5°. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transsexualiteit;
 - c. transplantaties van weefsels en organen slechts tot de zorg behoren indien de transplantatie is verricht in een lidstaat van de Europese Unie, in een staat die partij is bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte of in een andere staat indien de donor woonachtig is in die staat en de echtgenoot, de geregistreerde partner of een bloedverwant in de eerste, tweede of derde graad van de verzekerde is.
2. Bij ministeriële regeling kunnen vormen van zorg worden uitgezonderd.

i Let op

De vergoeding voor woningaanpassingen en redelijk te achten kosten die rechtstreeks met thuisdialyse samenhangen vallen onder hulpmiddelenzorg. Kijkt u voor meer informatie in het Verzekeringsreglement.

Oncologische hulp voor kinderen

Voor een effectieve behandeling van kanker is, naast het stellen van de juiste diagnose, onderzoek naar de uitbreiding van de ziekte en verdere typering van de tumor nodig. Voor kinderen met bloed- en lymfklierkanker beschikt de SKION over een centraal laboratorium, waar bloed, beenmerg en hersenvocht van alle Nederlandse kinderen met deze ziekten worden onderzocht.

Welke zorg

U heeft recht op registratie, onderzoek en vergelijking met het aanwezige materiaal voor een zo goed mogelijk behandelplan.

Welke zorgaanbieder

De zorg wordt verleend door de Stichting Kinderoncologie Nederland (SKION).

Verwijzing

U heeft alleen recht op oncologische hulp voor kinderen als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van de huisarts of de medisch specialist.

Plastische chirurgie of reconstructieve chirurgie

Plastische chirurgie is een chirurgisch specialisme waarin men zich richt op het uit functioneel (soms esthetisch) oogpunt aanpassen van het uiterlijk, bijvoorbeeld het herstellen van aangeboren of opgelopen verminkingen. Plastische chirurgie is zeer beperkt opgenomen in de Basisverzekering.

Welke zorg

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,
- verlamde of verslachte bovenoogleden, als:
 - a. de verlamming of verslapping het gevolg is van een aangeboren afwijking, of
 - b. de verlamming of verslapping het gevolg is van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening, of
 - c. de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft,
- de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemeltepleten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen,
- primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transseksualiteit.

i Let op

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

- correctie van verlamde of verslachte bovenoogleden, behalve als:
 - a. de verlamming of verslapping het gevolg is van een aangeboren afwijking, of

- b. de verlamming of verslapping het gevolg is van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening, of
- c. de verlamming of verslapping een ernstige gezichtsveldbeperking tot gevolg heeft,
- liposuctie (het onderhuids wegzuigen van vetophopingen) van de buik,
- het operatief plaatsen en vervangen van een borstprothese, behalve nadat één of beide borsten geheel of gedeeltelijk geamputeerd zijn of bij agenesie of aplasie van de borst bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij een vastgestelde transseksualiteit,
- het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak,
- behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek,
- sterilisatie,
- het ongedaan maken van een sterilisatie,
- besnijdenis, behalve als deze medisch noodzakelijk is,
- behandeling van plagiocefalie en brachycefalie zonder craniosynostose met een redressiehelm.

Welke zorgaanbieder

U kunt voor plastische chirurgie naar een ziekenhuis en de medisch specialist die daaraan verbonden is. U kunt ook naar een zelfstandig behandelcentrum (ZBC) als daaraan een medisch specialist verbonden is. Menzis heeft zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt uit deze zorgaanbieders kiezen. Op menzis.nl/zorgvinder vindt u een overzicht van zorgaanbieders die met Menzis een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook bellen met onze Klantenservice op 088 222 40 40. In het artikel 'Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder' aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) staat wat u vergoed krijgt als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

Verwijzing

U heeft alleen recht op plastische chirurgie als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van uw huisarts, medisch specialist of specialist ouderengeneeskunde (verpleeghuisarts).

Toestemming

Voor vergoeding van behandelingen die voorkomen op de Limitatieve Lijst Medisch Specialistische Zorg van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) heeft u voorafgaand aan de behandeling toestemming van Menzis nodig. Als wij toestemming geven, dan geldt de toestemming voor één jaar, gerekend vanaf de datum waarop wij de schriftelijke toestemming hebben afgegeven. De toestemming kan korter of langer gelden, als wij dat uitdrukkelijk bij het afgeven van de toestemming hebben vermeld.

Revalidatie (medisch specialistisch)

Medisch specialistische revalidatie

Medisch specialistische revalidatie is een vorm van medisch specialistische zorg onder verantwoordelijkheid van een revalidatiearts. Medisch specialistische revalidatie is gericht op het herstel van mensen met een tijdelijke of chronische aandoening als gevolg van een ongeval, medische ingreep of ernstige ziekte. Indien volledig herstel niet op korte termijn wordt verwacht, probeert de revalidatiearts met behulp van zorgverleners uit verschillende disciplines u te helpen blijvende beperkingen te voorkomen. Als dat ook niet mogelijk is, werken de revalidatiearts en zijn team samen met u om uw beperking zo goed mogelijk in uw leven, uw omgeving en de maatschappij in te passen.

Welke zorg

U heeft recht op medisch specialistische revalidatie als deze zorg voor u het meest doeltreffend is om een handicap te voorkomen, te verminderen of te overwinnen. Met medisch specialistische revalidatie