



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen OWM Centrale Zorgverzekeraars groep
Zorgverzekeraar U.A. en OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering
Zorgverzekeraar U.A., beide te Tilburg

Zaak : Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, borstcorrectie

Zaaknummer : 201601186

Zittingsdatum : 22 februari 2017

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. P.J.J. Vonk, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden zorgverzekering 2016, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2016)

1. Partijen

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

- 1) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg, en
 - 2) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg,
- hierna gezamenlijk 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 CZ Zorg-op-maatpolis (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 Plus Collectief 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 afgesloten aanvullende verzekering Tandarts Collectief is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een borstcorrectie (hierna: de aanspraak). Bij brief van 29 februari 2016 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 15 april 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. Verzoekster heeft zich gewend tot de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen. Bij brief van 29 juni 2016 heeft de Ombudsman Zorgverzekeringen haar medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling.
- 3.4. Bij brief van 19 september 2016 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 28 november 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 29 november 2016 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 1 december 2016 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 8 december 2016 schriftelijk medegedeeld eveneens niet te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 29 november 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 18 januari 2017 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016134377) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen. *"Dubbelzijdige borstverkleining komt voor vergoeding in aanmerking indien er sprake is van cupmaat DD of groter en geobjectiveerde hoge rugklachten, nek- en schouderklachten gerelateerd aan de borstomvang, waarvoor andere oorzaken zijn uitgesloten (functiestoornissen) én conservatieve behandelingen zijn geprobeerd zonder resultaat. Daarvan is in casu geen sprake."* Daarnaast blijkt uit de aangedragen informatie niet dat sprake is van onbehandelbaar smetten. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 23 januari 2017 aan partijen gezonden. Zij zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren. Verzoekster heeft 2 februari 2017 op het advies van het Zorginstituut gereageerd. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de wederpartij gezonden.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Verzoekster heeft een gastric bypass ondergaan, waardoor zij ruim zestig kilogram is afgevallen. Door deze operatie heeft verzoekster last van hangende borsten, overtollig vel bij de buik en striae. Verzoekster stelt dat zij geen borstverkleining wil, maar een lichaamscorrigerende operatie. Zij komt hiervoor in aanmerking omdat haar situatie voldoet aan de polisvoorwaarden en het Besluit zorgverzekeringen.
- 4.2. Het is noodzakelijk dat op een adequate wijze onderzoek wordt verricht. Dit is niet gebeurd, aangezien verzoekster niet is opgeroepen voor een medisch spreekuur en de ziektekostenverzekeraar geen gebruik heeft gemaakt van de Pittsburgh Rating Scale, zoals deze wordt gehanteerd door het Zorginstituut. Dit is in strijd met het zorgvuldigheidsbeginsel. De ziektekostenverzekeraar heeft ten onrechte het criterium verminking niet meegewogen in zijn beslissing. Bij verzoekster is namelijk sprake van een Pittsburgh Rating Scale graad 3. Voorts wordt in artikel B.4.5 vermeld dat van verminking kan worden gesproken als het gaat om een ernstige misvorming die in het dagelijks leven meteen opvalt. Als verzoekster strakkere kleding, sportkleding of badkleding aan heeft, is direct te zien dat haar borsten extreem hangen.
- 4.3. Plastische chirurgie ter verbetering van de lichaamscontour is bij patiënten met extreem gewichtsverlies te beschouwen als een behandelmethode conform de stand van de wetenschap en praktijk. Om voor een behandeling in aanmerking te komen, moet worden voldaan aan de volgende voorwaarden. Er moet sprake zijn van een voltooid gewichtsverlies en een gestabiliseerd gewicht gedurende tenminste twaalf maanden; verzekerde dient een BMI te hebben van minder dan 35; de voedingstoestand moet goed zijn en verzekerde is ten minste twee weken voor de ingreep gestopt met roken. Verzoekster voldoet aan alle genoemde voorwaarden en derhalve komt de ingreep voor vergoeding in aanmerking.
- 4.4. Verzoekster verwijst naar de Zorgstandaard Obesitas van het Partnerschap Overgewicht Nederland. Op grond van deze standaard komt een patiënt voor een reconstructieve operatie in aanmerking als sprake is van een Pittsburgh Rating Scale graad 2 in combinatie met functionele of psychische klachten. Verzoekster lijdt aan smetten, welke vallen onder de categorie aantoonbare lichamelijke functiestoornissen. Daarnaast kampt verzoekster in het dagelijks leven met psychische klachten,

aangezien zij het moeilijk vindt intiem te zijn met haar echtgenoot. Tevens vermijdt verzoekster uit schaamte badplaatsen zoveel mogelijk waardoor zij niet meer met haar kinderen kan zwemmen.

4.5. Verzoekster stelt voorts dat de VAGZ Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch chirurgische aard (hierna: VAGZ werkwijzer) een verouderde norm hanteert die stamt uit het 'pre-morbide obesitas-tijdperk', terwijl morbide obesitas thans is erkend als zijnde een chronische ziekte. Het feit dat verzoekster hiervan is genezen, bespaart de zorgverzekering in de toekomst veel geld. Een vergoeding van de door haar verzochte noodzakelijke operatie zou daarom op zijn plek zijn. Om de levenskwaliteit van mensen in deze situatie te blijven garanderen, is een plastische chirurgische ingreep na een dergelijk gewichtsverlies aangewezen.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Behandelingen van plastisch-chirurgische aard worden in beginsel vergoed als sprake is van een (verzekerings)indicatie in de vorm van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis dan wel verminking.

De voorwaarden voor een borstverkleining en voor een borstlift zijn nader uitgewerkt in een landelijke richtlijn.

Voor een dubbelzijdige borstverkleining moet aan de volgende voorwaarden zijn voldaan:

- betrokkene moet cup DD hebben of groter, en
- geobjectiveerde hoge rugklachten, nek- en schouderklachten gerelateerd aan de borstomvang, waarvoor andere oorzaken zijn uitgesloten, en
- conservatieve behandelingen, zoals een goed ondersteunende beha, pijnstilling en fysiotherapie, ten minste zes maanden zijn geprobeerd en onvoldoende resultaat hadden, of bij
- chronische onbehandelbare smetten, waarbij voldoende hygiënische maatregelen en een adequate medische of farmacologische behandeling onvoldoende resultaat hadden.

Verzoekster heeft een cupmaat C beiderzijds waardoor zij niet in aanmerking komt voor een borstverkleining.

Bij een borstlift is alleen vergoeding mogelijk indien sprake is van het liften van de contralaterale zijde in het kader van een borstreconstructie bij een status na amputatie vanwege de asymmetrie die mogelijk ontstaat na plaatsing van een prothese. Hierbij wordt voldaan aan het criterium verminking. Bij verzoekster is hiervan geen sprake waardoor een vergoeding van de borstlift niet mogelijk is. Bij een borstcorrectie wordt de Pittsburgh Rating Scale niet toegepast in het kader van verminking.

5.2. De psychische klachten van verzoekster kunnen geen aanleiding vormen voor vergoeding van een plastisch chirurgische ingreep, aangezien deze niet leiden tot een verzekeringsindicatie.

5.3. De ziektekostenverzekeraar nodigt een verzekerde alleen uit voor het medisch spreekuur als de informatie uit het dossier niet of niet voldoende duidelijk is en een spreekuurbezoek deze duidelijkheid wel kan geven. In de situatie van verzoekster is de informatie in het dossier voldoende duidelijk. Een spreekuurbezoek is derhalve niet zinvol en kan verzoekster onterecht hoop geven. Bij de beoordeling van de aanvragen wordt altijd een medisch adviseur betrokken.

5.4. Een medische indicatie vormt op zich geen verzekeringsindicatie. De behandelend arts kan oordelen dat een patiënt in aanmerking komt voor een bepaalde ingreep, hetgeen een medische indicatie is. De ziektekostenverzekeraar daarentegen beoordeelt of betrokkene in aanmerking komt voor vergoeding van deze ingreep ten laste van de verzekering, oftewel de verzekeringsindicatie. Hierbij mag de ziektekostenverzekeraar alleen toetsen aan de geldende polisvoorwaarden. In de onderhavige situatie leiden de klachten van verzoekster niet tot een verzekeringsindicatie.

5.5. In de Zorgstandaard Obesitas van het Partnerschap Overgewicht Nederland worden inderdaad de voorwaarden benoemd voor de inzet van reconstructieve chirurgie. Het betreft hier echter de beoordeling van de medische indicatie en niet van de verzekeringsindicatie.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel A.22 van de zorgverzekering en 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 verzoekster aanspraak heeft op een borstcorrectie, 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 zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen B.1 e.v. van de zorgverzekering.

8.3. Artikel B.4.5. van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op plastische chirurgie bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“De zorg omvat behandelingen van plastisch chirurgische aard volgens de standaard van plastisch chirurgen. Het kan gaan om zorg met of zonder opname. Het gaat om correcties van:

• afwijkingen in uw uiterlijk die aantoonbare lichamelijke functiestoornissen veroorzaken. Het gaat hierbij om lichamelijke klachten waarvan door onderzoek is vastgesteld (objectief) dat ze zijn ontstaan door de te corrigeren lichamelijke afwijking. Een voorbeeld hiervan is: onbehandelbare, continue aanwezige smetplekken in de huidplooi bij een forse overhang van de buik.

• verminkingen die zijn ontstaan door ziekte, een ongeval of een geneeskundige verrichting (bijvoorbeeld een operatie). Hiervan is sprake als het gaat om een ernstige misvorming die in het dagelijkse leven meteen opvalt, bijvoorbeeld: misvorming door brandwonden en geamputeerde (afgezette) benen, armen of borsten; (...)”

8.4. Artikel B.4.5. van de zorgverzekering is volgens artikel A.2.4. 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 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.

8.6. 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 commissie merkt op dat een aanvraag is ingediend voor een borstcorrectie, bestaande uit een borstverkleining en eventueel een borstlift. Verzoekster stelt dat zij geen borstverkleining wil, maar een lichaamscorrigerende operatie. Dit argument treft echter geen doel, aangezien de aanvraag leidend is voor de beoordeling.
- 9.2. De zorgverzekering biedt, op grond van artikel B.4.5., dekking voor behandelingen van plastisch chirurgische aard, waaronder een dubbelzijdige borstverkleining en een borstlift, indien bij de verzekerde sprake is van een (verzekerings)indicatie in de vorm van een aantoonbare, lichamelijke functiestoornis dan wel verminking als bedoeld in de voorwaarden.
- 9.3. Teneinde te beoordelen of verzoekster aan de toepasselijke criteria voor een dubbelzijdige borstverkleining voldoet, gaat de commissie uit van de VAGZ werkwijzer. Deze werkwijzer is opgesteld door de Vereniging voor artsen, tandartsen en apothekers werkzaam bij (zorg)verzekeraars (VAGZ) in samenwerking met Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en het College voor zorgverzekeringen, thans Zorginstituut Nederland. Deze werkwijzer is geen regelgeving, maar wordt gehanteerd om te komen tot een eenduidige uitleg van hetgeen ten aanzien van plastische chirurgie is geregeld in het Bzv en de Rzv.
In de VAGZ werkwijzer is bepaald dat vergoeding van een dubbelzijdige borstverkleining mogelijk is indien wordt voldaan aan de volgende criteria: (i) cup DD of groter (cup D bij geringe lichaamslengte van 1.60m of kleiner), én (ii) geobjectiveerde hoge rugklachten, nek- en schouderklachten gerelateerd aan de borstomvang, waarvoor andere oorzaken zijn uitgesloten, én (iii) conservatieve behandelingen zijn geprobeerd zonder resultaat, of (iv) chronische, onbehandelbare smetten waarbij voldoende hygiënische maatregelen en adequate medische/farmacologische behandeling onvoldoende resultaat hebben gehad. Er is doorgaans geen vergoeding mogelijk bij een BMI groter dan 30, aldus de VAGZ werkwijzer. Voor deze ingreep komt verminking als verzekeringsindicatie niet voor.
- 9.4. Verzoekster stelt dat zij last heeft van smetten, echter zij is niet onder behandeling (geweest) van een dermatoloog. Dat bij haar sprake is van chronische, onbehandelbare smetten is derhalve niet vast komen te staan. Daarnaast heeft verzoekster een cupmaat C. Op basis hiervan heeft verzoekster geen verzekeringsindicatie voor een dubbelzijdige borstverkleining en komt zij niet in aanmerking voor verstrekking hiervan ten laste van de zorgverzekering.
- 9.5. Indien bij verzoekster tevens een borstlift wordt uitgevoerd, is vergoeding hiervan enkel mogelijk bij het liften van de contralaterale zijde in het kader van een borstreconstructie bij een status na amputatie, vanwege de asymmetrie die mogelijk ontstaat na plaatsing van een prothese, waarbij wordt voldaan aan het criterium verminking. Hiervan is bij verzoekster geen sprake, met name is bij haar geen borstamputatie uitgevoerd, waardoor geen aanspraak kan worden gemaakt op verstrekking van een borstlift ten laste van de zorgverzekering.
Hetgeen in dit verband overigens door verzoekster is aangevoerd, kan niet leiden tot een andere uitkomst.
- 9.6. De door verzoekster genoemde psychische klachten vormen, hoe vervelend ook, geen (verzekerings)indicatie voor een dubbelzijdige borstverkleining of borstlift.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering



- 9.7. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor de onderhavige zorg, zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden toegewezen.



Conclusie



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

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.



Zeist, 22 februari 2017,



H.A.J. Kroon

