

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, vertegenwoordigd door mevrouw C te D, tegen E
en F, beide te G
Zaak : Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, borstverkleining
Zaaknummer : 2011.02307
Zittingsdatum : 6 februari 2013

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 2011, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2011)

1. Partijen

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

tegen

1) E te G, en

2) F te G,

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 verzekering ZorgVerzorgd (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen ExtraVerzorgd 3 en TandVerzorgd 4 afgesloten (hierna gezamenlijk: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo 7:944 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 een borstverkleining (hierna: de aanspraak). Bij brief van 12 april 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoekster heeft bij brief van 14 april 2011 aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. De ziektekostenverzekeraar heeft op dit verzoek niet gereageerd, waarop verzoekster de kwestie bij brief van 15 november 2011 aan de SKGZ heeft voorgelegd.
- 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 april 2012 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 3 oktober 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 11 oktober 2012 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 1 november 2012 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 23 oktober 2012 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 20 november 2012 heeft het CVZ (zaaknummer 2012119963) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd door de ziektekostenverzekeraar nader onderzoek te laten verrichten naar het verschil in cupmaat bij verzoekster. Indien sprake is van twee of meer cupmaten verschil kan aanspraak bestaan op een eenzijdige borstverkleining. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 6 maart 2013 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Verzoekster heeft bij brief van 20 maart 2013 medegedeeld niet te willen meewerken aan het nader onderzoek door de ziektekostenverzekeraar.
- 3.11. Bij brief van 25 maart 2013 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 8 april 2013 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 plastisch chirurg heeft ten aanzien van verzoekster verklaard: *“status na oncologische borstoperatie. Wens tot reductie i.v.m. nek, rugklachten. Reductie bdz. L 1,78, G 105 kg, cup 85D”*.
- 4.2. Verzoekster is in zeven jaar tijd driemaal geopereerd aan een tumor in haar rechterborst. Deze drie borstbesparende operaties hebben een aanzienlijke vermindering van de borstomvang tot gevolg gehad. Vanwege de ontstane asymmetrie heeft verzoekster nek- en rugklachten, die worden behandeld door een fysiotherapeut.

- 4.3. Als oplossing voor de psychische en lichamelijke klachten zijn drie opties overwogen door twee plastisch chirurgen, namelijk een prothese in de rechterborst, lipofilling en een reductie van de linkerborst. De eerste twee opties zijn door beide chirurgen, onafhankelijk van elkaar, afgeraden. De reden hiervoor is gelegen in de hoeveelheid littekenweefsel door de operaties en de vele biopten, en de cystegevoeligheid van lipofilling. Aldus is besloten de linkerborst te verkleinen, zodat weer sprake is van symmetrie.
- 4.4. De aanvraag is afgewezen op de grond dat het niet zou gaan om een verschil van meer dan twee cupmaten. Dit vereiste is echter niet gebaseerd op wetgeving, maar op een richtlijn die verzekeraars onderling hanteren.
- 4.5. Over de aanvraag heeft verzoekster diverse telefoongesprekken gevoerd met een medewerker van de ziektekostenverzekeraar. In één van deze gesprekken werd door de medewerker opgemerkt dat het beter was geweest indien verzoekster de borst had laten amputeren. Verzoekster is erg ontdaan over deze opmerking, aangezien zij ternauwernood een mastectomie heeft kunnen voorkomen. Ook is gezegd dat een nieuwe aanvraag kon worden ingediend waarop de indicatie was vermeld. Later bleek dat aan de plastisch chirurg al was medegedeeld dat er geen toestemming voor de reconstructie zou worden verleend, zodat een nieuwe aanvraag hoe dan ook niet zou hebben geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 4.6. De ziektekostenverzekeraar heeft niet de moeite genomen verzoekster op te roepen voor het spreekuur van de medisch adviseur, hoewel hierom meermalen is verzocht, onder andere door de Ombudsman Zorgverzekeringen. Desalniettemin heeft de ziektekostenverzekeraar de indruk dat niet aan de criteria voor een borstverkleining is voldaan. Verzoekster is van mening dat de ziektekostenverzekeraar zich op basis van de hem ter beschikking staande informatie niet een objectief oordeel heeft kunnen vormen.
- 4.7. Verzoekster vindt het naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar indien de kosten van de ingreep voor haar rekening blijven, aangezien deze – gelet op haar lichamelijke en psychische klachten – noodzakelijk is.
- 4.8. Naar aanleiding van een vraag van de commissie heeft de behandelend plastisch chirurg op 29 augustus 2012 verklaard dat de rechterborst cupmaat 95D heeft, en de linkerborst cupmaat 95F.
- 4.9. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat haar BMI hoog is, terwijl zij minder eet dan haar partner. Dit komt door het ontbreken van de schildklier. De BMI was bij de laatste meting 30. Zij gebruikt nu metformine en verwacht geen verdere verlaging. De kwestie loopt al twee jaar. De ziektekostenverzekeraar wilde haar eerder niet oproepen.
- 4.10. In haar brief van 20 maart 2013 heeft verzoekster medegedeeld niet akkoord te gaan met een consultatie door de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar.
- 4.11. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekering biedt dekking voor een borstverkleining indien sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis dan wel verminking als gevolg van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting. Bij de beoordeling hiervan wordt uitgegaan van de 'VAGZ werkwijzer plastische chirurgie'. Hierin is beschreven dat in geval van een dubbelzijdige borstverkleining een aantoonbare lichamelijke functiestoornis aan de orde is bij cupmaat DD of groter, waarbij geobjectiveerde nek- en rugklachten aanwezig zijn die veroorzaakt worden door de borstomvang, waarbij andere oorzaken zijn uitgesloten en conservatieve behandelingen zijn geprobeerd zonder resultaat. Hierbij dient de BMI niet hoger te zijn dan 30.
- 5.2. Uit de twee door verzoekster ingediende aanvragen bleek dat sprake was van cupmaat 85D bij een lengte van 1,78 meter en een gewicht van 105 kg. De BMI is zodoende 33. Verzoekster krijgt al jarenlang fysiotherapie voor haar nek- en rugklachten. Niet gebleken is dat dit geobjectiveerde klachten zijn die veroorzaakt worden door de borstomvang en/of dat deze fysiotherapie geen resultaat had. Gelet op het voorgaande is bij verzoekster geen sprake van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis.
- 5.3. Van verminking kan sprake zijn bij een asymmetrie van twee cupmaten of meer of bij het verkleinen van de contralaterale borst in het kader van een borstreconstructie bij een status na amputatie. Uit de ingediende aanvragen bleek geen cupmaatverschil en ook niet dat sprake zou zijn van een borstreconstructie bij een status na amputatie. Ook haar BMI van 33 staat bij de vereisten van verminking in de weg aan de gewenste borstverkleining. Psychisch lijden vormt geen reden voor vergoeding.
- 5.4. De achteraf door verzoekster ingebrachte stukken, waarin de plastisch chirurg suggereert dat bij verzoekster sprake is van een verschil van twee cupmaten, zijn niet eerder door de ziektekostenverzekeraar ontvangen en bij de besproken afwijzingen uiteraard niet beoordeeld. Deze verklaringen horen in het kader van de onderhavige procedure ook niet meer bij de beoordeling te worden betrokken, aangezien het gaat om aanvragen en afwijzingen uit de eerste helft van 2011. De adviserend geneeskundige van de ziektekostenverzekeraar is weliswaar van mening dat deze nieuwe brieven qua inhoud niet consistent zijn (en in tegenspraak met zijn eerdere bevindingen), maar hij is bereid verzoekster op zijn spreekuur uit te nodigen als deze nieuwe stukken, vergezeld met een nieuwe aanvraag, bij de ziektekostenverzekeraar worden ingediend, en als hieruit volgt dat verzoekster nu wel voldoet aan de gestelde criteria. Dit staat echter los van deze procedure.
- 5.5. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat hij de criteria van de VAGZ hanteert. Hieraan wordt door verzoekster niet voldaan. Het gaat dan om het verschil in cupmaat en de BMI.
- 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 A17 van de zorgverzekering 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 gehouden is 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 B10 tot en met B36 van de zorgverzekering.
- 8.3. Artikel B27 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op behandeling van plastisch-chirurgische aard bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“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,*
- *verminderingen die gevolg zijn van een ziekte, ongeval of een geneeskundige verrichting, (...)*

*U heeft geen recht op behandelingen van plastische chirurgische aard als het gaat om:
(...)*

- *het operatief plaatsen en vervangen van een borstprothese, behalve nadat één of beide borsten geheel of gedeeltelijk geamputeerd zijn, (...)*”

- 8.4. Artikel B27 van de zorgverzekering is volgens de artikelen B1 en B6 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. Plastische chirurgie is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 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 zorgverzekering biedt dekking voor een borstverkleining indien sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis dan wel verminking als bedoeld in artikel B27 van de zorgverzekering. Teneinde te beoordelen of verzoekster aan de in dat verband toepasselijke criteria voldoet, is de ziektekostenverzekeraar uitgegaan 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 (CVZ). 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. De commissie sluit zich hierbij aan.
- 9.2. Verzoekster maakt aanspraak op een eenzijdige borstverkleining. In de werkwijzer is bepaald dat hiervoor een vergoeding mogelijk is bij een asymmetrie van twee cupmaten of meer. Ook bestaat dekking indien het gaat om het verkleinen van de contralaterale borst in het kader van een borstreconstructie bij een status na amputatie. Er is doorgaans geen vergoeding mogelijk bij een BMI groter dan 30, aldus de werkwijzer.
- 9.3. De plastisch chirurg heeft verklaard dat bij verzoekster thans sprake is van een asymmetrie van twee cupmaten. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat deze informatie niet in de onderhavige procedure kan worden meegenomen, en dat deze strijdig is met eerdere informatie aangaande de cupmaat. Anderzijds heeft de ziektekostenverzekeraar – hoewel hierom diverse malen is verzocht – nagelaten verzoekster op te roepen voor het spreekuur van zijn medisch adviseur. Hierdoor heeft de ziektekostenverzekeraar zich niet zelfstandig een beeld kunnen vormen van de situatie van verzoekster ten tijde van de respectieve aanvragen en afwijzende beslissingen. Onder deze omstandigheden voert het te ver zonder meer aan te nemen dat de plastisch chirurg een foutieve verklaring heeft gegeven omtrent de cupmaat van verzoekster. De commissie is van oordeel dat verzoekster op dit punt het voordeel van de twijfel moet genieten, en zal daarom aannemen dat is voldaan aan de eis van een asymmetrie van twee cupmaten of meer.

- 9.4. Het voorgaande neemt echter niet weg dat vast staat dat de BMI van verzoekster (33), zoals deze blijkt uit de stukken, een contra-indicatie vormt voor een borstverkleining. Verzoekster heeft weliswaar gesteld dat de BMI intussen tot 30 is gedaald, maar gezien haar weigering akkoord te gaan met een consultatie door de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar, moet deze stelling worden gepasseerd. Zij heeft dan ook geen aanspraak op de aangevraagde ingreep, ten laste van de zorgverzekering.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

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

Bijzondere omstandigheden

- 9.6. De commissie is van oordeel dat de situatie van verzoekster niet dusdanig ernstig is dat het naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is indien de kosten van de borstverkleining voor haar rekening blijven.

Conclusie

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

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 29 mei 2013,

Voorzitter