



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen Menzis Zorgverzekeraar N.V. en Menzis N.V., beide te Wageningen
Zaak : Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, plaatsen mammaprothesen, agenesie/aplasie
Zaaknummer : 201700712
Zittingsdatum : 8 november 2017

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo)

(Voorwaarden zorgverzekering 2017, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2017)

1. Partijen

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. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Menzis Basis (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 TandVerzorgd 500 afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek.
De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft 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 het operatief laten inbrengen van mammaprothesen ter augmentatie (hierna: de aanspraak). Bij brief van 21 maart 2017 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 6 april 2017 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 e-mailbericht van 23 mei 2017 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 (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 10 augustus 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. De ziektekostenverzekeraar heeft aan de commissie medegedeeld dat op 14 juli 2017 alsnog een machtiging is verleend aan verzoekster. Een afschrift hiervan is op 14 augustus 2017 aan verzoekster gezonden, waarbij haar is gevraagd of het geschil hiermee is opgelost. Nadat de commissie hierop van verzoekster geen reactie had ontvangen, is op 4 september 2017 een herinnering gezonden. Ook op deze brief is geen reactie ontvangen van verzoekster. Daarom is de commissie ervan uitgegaan dat verzoekster de onderhavige procedure wenst voort te zetten. Dit is bij brief van 15 september 2017 aan verzoekster medegedeeld.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 29 september 2017 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 5 oktober 2017 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10, negende lid, van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat de onderhavige zaak enkelvoudig wordt afgedaan.
- 3.9. Bij brief van 15 september 2017 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 9 oktober 2017 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2017042091) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd de ziektekostenverzekeraar aanvullende informatie te laten sturen, omdat niet zonder meer vast staat of verzoekster wel of geen aanspraak heeft op de aangevraagde behandeling. *"Zorginstituut Nederland heeft kennisgenomen van de stukken en beoordeeld of verweerder terecht het gevraagde heeft afgewezen. Op basis van de stukken in het dossier kan op dit moment geen volledige beoordeling worden gedaan, nu de door verweerder aangehaalde foto's niet in het dossier aanwezig zijn."* Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 11 oktober 2017 aan partijen gezonden. Hierbij heeft de commissie de ziektekostenverzekeraar opdracht gegeven de voor de beoordeling vereiste foto's binnen veertien dagen aan te leveren. De commissie heeft op 19 oktober 2017 enkele foto's van de ziektekostenverzekeraar ontvangen. Deze zijn op 20 oktober 2017 aan verzoekster gestuurd.
- 3.10. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 8 november 2017 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
- 4.1. De behandelend radioloog heeft bij brief van 27 februari 2017 het volgende over verzoekster verklaard: *"(...) Verslag radiologie: (...) Vraagstelling: Screening om te beoordelen of pte in aanmerking komt voor borstvergroting. Dikte mammaweefsel bepalen. Mammografie beiderzijds 27-feb-2017 Beiderzijds zeer kleine mamma, met ca. 75% resterend klierweefsel (desondanks goed beoordeelbaar). Geen suspecte circumscripte of stellate verdichtingen. Geen suspecte calcificaties of architectuurverstoring. Normale huidbelijning. Echo mamma beiderzijds: Beiderzijds maximale dikte van de mamma vanaf huidoppervlak tot aan de musculus pectoralis gemeten ter hoogte van areola (hier meeste weefsel) zonder compressie. Rechts bedraagt deze dikte ter plaatse (...) 6 mm en links 8 mm. Geen laesie voor zover beoordeeld. Conclusie Beiderzijds hypoplasie van de mamma. Bilateraal maximale dikte van de borst minder dan 1 cm. Classificatie: BIRADS 1 (...)"*
- 4.2. Op 8 maart 2017 is namens verzoekster een aanvraag voor het operatief inbrengen van mammaprotheses ingediend bij de ziektekostenverzekeraar, die door hem ten onrechte is afgewezen. Verzoekster heeft bij diverse organisaties, waaronder het Zorginstituut en de ziektekostenverzekeraar, navraag gedaan in welke gevallen een borstvergroting ten laste van de zorgverzekering wordt vergoed. Uit de informatie die zij van deze organisaties heeft gekregen, concludeert verzoekster dat zij aanspraak heeft op een borstvergroting, indien bij verzoekster

geen plooi onder de borsten (inframammairplooi) aanwezig is en de dikte van het klierweefsel in haar borsten minder dan 1 centimeter bedraagt. Voornoemde voorwaarden voor aanspraak op een borstvergroting ten laste van de zorgverzekering worden onderschreven in hoofdstuk 2 van het advies van het Zorginstituut van 31 maart 2016 aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (hierna: minister van VWS) omtrent uitbreiding van de zorgverzekering met enkele behandelingen van plastisch chirurgische aard en medisch noodzakelijke circumcisie. Verzoekster voldoet aan deze voorwaarden. Uit een echo blijkt immers dat de dikte van het klierweefsel in haar borsten minder dan 1 centimeter is. De dikte van het klierweefsel is in de rechterborst van verzoekster 8 millimeter en in de linkerborst van verzoekster 6 millimeter. Bovendien blijkt uit de door verzoekster aan de ziektekostenverzekeraar verzonden foto's de afwezigheid van een inframammairplooi.

- 4.3. Verzoekster kan niet achterhalen op grond waarvan de ziektekostenverzekeraar de aanvullende voorwaarde voor aanspraak op een borstvergroting hanteert dat sprake moet zijn van agenesie of aplasie van de borst. Deze voorwaarde staat nergens vermeld. Verzoekster vraagt zich bovendien af hoe zij kan aantonen dat bij haar sprake is van agenesie of aplasie van de borst. De ziektekostenverzekeraar moest verzoekster het antwoord op deze vraag schuldig blijven. Ook op internet kon zij geen informatie vinden met betrekking tot de mogelijkheden voor het aantonen van agenesie of aplasie van de borst. Verzoekster is bereid alle mogelijke onderzoeken te ondergaan teneinde aan te tonen dat bij haar agenesie of aplasie van de borst aan de orde is. Wanneer blijkt dat agenesie of aplasie van de borst een voorwaarde is voor aanspraak op een borstvergroting ten laste van de zorgverzekering, moet deze voorwaarde voortaan worden vermeld door de ziektekostenverzekeraar en moeten artsen door de ziektekostenverzekeraar over deze voorwaarde worden geïnformeerd.
- 4.4. Verzoekster merkt op dat zij volgens de huisarts, de behandelend radioloog, de behandelend plastisch chirurg en de vergelijkingswebsite Independer aanspraak heeft op een borstvergroting ten laste van de zorgverzekering. Bovendien hebben verschillende specialisten verzoekster persoonlijk onderzocht en geconcludeerd dat bij verzoekster geen inframammairplooi aanwezig is. Het bevreemdt verzoekster dan ook ten eerste dat de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar heeft beoordeeld dat bij haar wel een inframammairplooi aanwezig is, te meer omdat de medisch adviseur haar nooit persoonlijk heeft onderzocht. De medisch adviseur had verzoekster moeten uitnodigen op zijn spreekuur.
- 4.5. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat zij veel stress heeft gehad, en meent dat zij aan de voorwaarden voldeed. Verzoekster merkt op dat zij is aangesloten bij een zogenoemd borstforum. Zij vraagt hoe het nu zal gaan voor andere verzekerden.
- 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. De ziektekostenverzekeraar heeft de aanvraag van verzoekster voor het operatief laten inbrengen van mammaprothesen afgewezen. Vanaf 1 januari 2017 bestaat onder bepaalde voorwaarden aanspraak op een borstvergroting ten laste van de zorgverzekering. Voor aanspraak op een borstvergroting ten laste van de zorgverzekering moet allereerst sprake zijn van agenesie of aplasie. In paragraaf 2.2 van het advies van het Zorginstituut van 31 maart 2016 aan de Minister van VWS omtrent uitbreiding van de zorgverzekering met enkele behandelingen van plastisch chirurgische aard en medisch noodzakelijke circumcisie is ten aanzien van agenesie of aplasie van de borst het volgende opgenomen: *"in de literatuur zijn voor de begrippen agenesie en aplasie van de borst verschillende definities terug te vinden. Wij verstaan er in dit kader het volgende onder: het ontbreken van borstvorming bij de vrouw (unilateraal of bilateraal) dat het gevolg is van of geassocieerd wordt met een zeldzame genetische aandoening."* Van het ontbreken van borstvorming als gevolg van of dat wordt geassocieerd met een zeldzame genetische aandoening is bij verzoekster geen sprake.

- 5.2. Indien kan worden gesproken van agenesie of aplasie van de borst moet worden gekeken naar de borstplooi en de hoeveelheid klierweefsel. Op grond van voornoemd advies van het Zorginstituut moet voor aanspraak op een borstvergroting ten laste van de zorgverzekering bij betrokkene sprake zijn van het ontbreken van een inframammairplooi en van klierweefsel van minder dan 1 centimeter. Dat de dikte van het klierweefsel in de borst minder dan 1 centimeter is, moet zijn aangetoond met een echo. Uit de door verzoekster aan de ziektekostenverzekeraar verzonden foto's blijkt volgens twee medisch adviseurs van de ziektekostenverzekeraar niet van het ontbreken van een inframammairplooi bij verzoekster. Verzoekster voldoet daarom niet aan de geldende voorwaarden voor aanspraak op een borstvergroting, zoals opgenomen in het advies van het Zorginstituut van 31 maart 2016 aan de Minister van VWS. De ziektekostenverzekeraar meent dat bij verzoekster hypoplasie aan de orde is.
- 5.3. Op 30 mei 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar opnieuw een aanvraag voor een machtiging voor het laten inbrengen van borstprothesen bij verzoekster ontvangen. Bij brief van 14 juli 2017 is aan verzoekster medegedeeld dat de aangevraagde machtiging alsnog is verleend. De eerdere afwijzing is door deze toekenning vervallen.
- 5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar, daarnaar gevraagd, medegedeeld (en later herhaald) dat verzoekster inderdaad aan de voorwaarden voldoet, alsmede dat het entreegeld reeds aan haar is gerestitueerd. In aanvulling hierop is tevens medegedeeld dat het hier een beoordeling van een individueel geval betreft, te weten dat van verzoekster.
- 5.5. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat, aangezien het verzoek alsnog is ingewilligd, tussen verzoekster en hem niet langer een geschil bestaat.

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 bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

- 7.1. In geschil is of verzoekster aanspraak heeft op het laten inbrengen van borstprothesen ter augmentatie, ten laste van de zorgverzekering.

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 op de pagina's 8 tot en met 53 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 8.3. Op de pagina's 37 en 38 van de voorwaarden van de zorgverzekering is bepaald wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op plastische chirurgie of reconstructieve chirurgie bestaat en luiden, voor zover hier van belang:

*“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,*
- *verminderingen 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 gehemeltepletten, 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.*

Let op

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 of bij agenesie of aplasie van de borst bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij een vastgestelde transseksualiteit,*

(...)

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.

(...)

Verwijzing en toestemming

U heeft alleen recht op plastische chirurgie als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van uw huisarts, medisch specialist of specialist ouderengeneeskunde (verpleeghuisarts). U heeft ook voorafgaande toestemming van Menzis nodig, behalve voor medisch noodzakelijke besnijdenis.”

- 8.4. Pagina's 37 en 38 van de voorwaarden van de zorgverzekering zijn volgens pagina 5 van de voorwaarden van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.5. Artikel 11, eerste lid, 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. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op het laten inbrengen van borstprotheses. Aanvankelijk heeft de ziektekostenverzekeraar deze aanspraak niet ingewilligd, omdat bij verzoekster geen sprake was van agenesie of aplasie. Nadien heeft verzoekster opnieuw aanspraak gemaakt op het laten inbrengen van borstprotheses. De ziektekostenverzekeraar heeft een machtiging voor het laten inbrengen van borstprotheses aan verzoekster toegekend, omdat hij alsnog van oordeel is dat verzoekster voldoet aan de voorwaarden in de zorgverzekering. De commissie concludeert dat hiermee het belang aan het verzoek is ontvallen.

Conclusie

- 9.2. Het voorgaande leidt tot de conclusie dat tussen verzoekster en de ziektekostenverzekeraar niet langer een geschil bestaat, en dat inmiddels het entreegeld aan verzoekster is vergoed.

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie constateert dat er tussen partijen geen geschil meer is.

Zeist, 22 november 2017,

A.I.M. van Mierlo