



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen FBTO Zorgverzekeringen N.V. te Leeuwarden
Zaak : Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, borstverkleining, BMI
Zaaknummer : 201601038
Zittingsdatum : 23 november 2016

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

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

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

FBTO Zorgverzekeringen N.V. te Leeuwarden, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1 onderdeel d Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster heeft bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op een borstverkleining (verder: de aanspraak). Bij brief van 1 maart 2016 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 18 maart 2016 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. Verzoekster heeft zich tot de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen gewend. Bij brief van 1 juni 2016 heeft de Ombudsman Zorgverzekeringen haar medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling.
- 3.4. Bij brief van 19 juli 2016 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar 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 zorgverzekeraar 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 zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 8 september 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 13 september 2016 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 21 september 2016 medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De zorgverzekeraar heeft op 10 oktober 2016 medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.

- 3.8. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10 lid 9 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 13 september 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 5 oktober 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016116318) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen. Ondanks dat de BMI geen absoluut criterium is, kunnen de klachten bij een BMI van meer dan 30 echter gerelateerd zijn aan het overgewicht en is een andere oorzaak dan de borstgrootte niet uit te sluiten. Verder blijkt uit het dossier niet dat conservatieve maatregelen onvoldoende resultaat hadden. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 23 november 2016 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.11. Bij brief van 28 november 2016 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 1 december 2016 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 betwist de toepasselijkheid van de criteria uit de Werkwijzer van de Vereniging voor artsen, tandartsen en apothekers werkzaam bij (zorg)verzekeraars (hierna: VAGZ). Deze worden op generlei wijze genoemd in de verzekeringsvoorwaarden dan wel op de website van de zorgverzekeraar. Verzoekster mocht op grond van de tekst van de website en de verzekeringsvoorwaarden ervan uitgaan dat die tekst de volledige aard en omvang van de door haar gesloten zorgverzekering met de zorgverzekeraar betrof. Indien en voor zover de VAGZ Werkwijzer wèl van toepassing is voor de beoordeling van de borstverkleining, stelt verzoekster dat haar BMI niet een zelfstandige afwijzingsgrond kan zijn. In de werkwijzer staat namelijk: *"Er is doorgaans géén vergoeding mogelijk bij een BMI > 30."* Het woord "doorgaans" impliceert dat het hier geen dwingende voorwaarde betreft en dat in bepaalde gevallen dus wel een vergoeding mogelijk is. Bij brief van 18 maart 2016 heeft de zorgverzekeraar verzoekster medegedeeld dat haar BMI te hoog is en dat derhalve niet wordt gekeken naar de aanwezigheid van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. Deze werkwijze vindt verzoekster niet juist, aangezien iemand met een BMI hoger dan 30 dan nooit in aanmerking kan komen voor vergoeding. De conclusie van de zorgverzekeraar is te snel getrokken, onpersoonlijk en klantenvriendelijk.
- 4.2. Verzoekster stelt dat haar BMI niet een zodanig causaal verband heeft met haar borstomvang dat dit een reële, op zichzelf staande, voorwaarde kan zijn. Verzoekster is niet gehoord of gezien door de zorgverzekeraar waardoor niet is gekeken naar haar persoonlijke omstandigheden. Verzoekster heeft in het verleden een lagere BMI gehad. Zij had vóór haar zwangerschap een BMI van 28 met cupmaat E en door schildklierklachten had zij later een BMI van 30 met cupmaat G. Gewicht verliezen biedt derhalve geen oplossing voor haar klachten, aangezien haar borstomvang voorheen niet veel kleiner was. Verzoekster verwijst naar het bindend advies van de commissie met zaaknummer 2010.01235, waarin een soortelijke situatie aan de orde was.
- 4.3. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat de operatie inmiddels is uitgevoerd. De klachten zijn nagenoeg weg. De borstverkleining is derhalve wel doelmatig geweest.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

5.1. De zorgverzekeraar neemt de VAGZ Werkwijzer als leidraad bij de beoordeling van aanvragen. Behandelingen van plastisch-chirurgische aard komen ten laste komen van de zorgverzekering als sprake is van verminking of een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. In het kader van een borstverkleining worden nadere voorwaarden gesteld:

- verzekerde heeft een cup DD of groter (cup D bij geringe lichaamslengte, i.e. < 1.60 m) én,
- geobjectiveerde hoge rugklachten, nek- en schouderklachten gerelateerd aan de borstomvang, waarvoor andere oorzaken zijn uitgesloten (functiestoornissen) én,
- conservatieve behandelingen, zoals een goed ondersteunende BH, pijnstilling en fysiotherapie zijn geprobeerd zonder resultaat, of bij
- chronische (> 6 maanden), onbehandelbare smetten, waarbij voldoende hygiënische maatregelen en een adequate medische/farmacologische behandeling onvoldoende resultaat hebben gehad (functiestoornissen). Bij de behandeling moet de landelijke richtlijn verpleging en verzorging "Smetten (intertrigo) preventie en behandeling" zijn gevolgd.

Er is doorgaans géén vergoeding mogelijk bij:

- een BMI > 30
- cup C en kleiner
- mastopathie

5.2. Verzoekster voldoet niet aan het doelmatigheidscriterium dat de BMI onder de 30 moet liggen. Uit de aanvraag is gebleken dat verzoekster een BMI heeft van 36,1. Derhalve wordt de aanvraag niet verder getoetst aan de overige voorwaarden. Als sprake is van overgewicht, is gewicht verliezen een betere oplossing dan een borstcorrectie, aangezien een verband bestaat tussen het gewicht en de grootte van de borsten.

5.3. Indien de BMI van verzoekster meer dan twaalf maanden stabiel en onder de 30 is, kan zij opnieuw een aanvraag doen voor een borstverkleining. Alsdan zal worden getoetst aan de op dat moment geldende voorwaarden. Thans kan derhalve geen garantie worden gegeven dat een toekomstige aanvraag wordt gehonoreerd.

5.4. Ter zitting is door de zorgverzekeraar de standpunten herhaald.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 18.4 van de 'algemene voorwaarden' 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 de zorgverzekeraar is gehouden de aanspraak alsnog in te willigen, 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 zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen 1 tot en met 39 van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 25 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op behandelingen van plastisch-chirurgische aard bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"U heeft recht op chirurgische ingrepen van plastisch-chirurgische aard door een medisch specialist in een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum (ZBC), als deze ingrepen leiden tot een correctie van:

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

"Voorwaarden voor het recht op plastische chirurgie

- 1. U moet zijn doorverwezen door een huisarts of medisch specialist.*
- 2. Wij moeten u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven; (...)"*

8.4. In artikel 2.4 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering is bepaald dat recht bestaat op zorg zoals omschreven in de voorwaarden als een verzekerde op de zorgvorm naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

8.5. Artikel 2.4 van de 'Algemene voorwaarden' en artikel 25 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 1 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.6. 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.

Behandelingen van plastisch-chirurgische aard zijn naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 lid 1 sub b Bzv.

Artikel 2.1 lid 3 Bzv bepaalt dat een verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht heeft voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

8.7. 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 zorgverzekeraar 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

9.1. Op een borstverkleining bestaat aanspraak indien sprake is van een verzekeringsindicatie in de vorm van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis dan wel verminking als bedoeld in artikel 25 van de zorgverzekering. Teneinde te beoordelen of verzoekster aan de in dat verband toepasselijke criteria 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 het Zorginstituut. 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. Gezien de wijze van totstandkoming en het doel van de werkwijzer heeft de commissie bij eerdere

gelegenheden uitgesproken de hierin opgenomen criteria bij haar beoordeling te volgen. Hetgeen door verzoekster dienaangaande is gesteld, wordt dan ook gepasseerd. 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.

- 9.2. De zorgverzekeraar heeft zich niet erop beroepen dat bij verzoekster een verzekeringsindicatie ontbreekt. De commissie laat dit punt daarom rusten. Waar het gaat om de doelmatigheid, geldt dat de eis dat een bepaalde vorm van zorg of dienst voor een verzekerde doelmatig dient te zijn, gelet op de Nota van Toelichting bij artikel 2.1 lid 3 Bzv, tot de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar behoort. In onderhavig geval is de doelmatigheid omschreven in artikel 2.4 van de 'Algemene voorwaarden' van de polisvoorwaarden. Hiermee is de juridische basis gelegd voor de beoordeling. De commissie komt ten aanzien daarvan een integrale toetsingsbevoegdheid toe.
- 9.3. Bij verzoekster is sprake van een BMI van 36,1. Niet valt in te zien waarom van haar niet kan worden gevergd dat zij probeert af te vallen tot haar BMI kleiner is dan 30 en dat zij dit lagere gewicht gedurende ten minste twaalf maanden behoudt. Anders dan in de door verzoekster aangehaalde zaak (2010.01235) is bij haar geen sprake van een zodanige cupmaat dat deze ook na afvallen met zekerheid buiten de normale variatiebreedte valt. Immers, toen haar BMI 28 bedroeg, had zij naar eigen zeggen een cupmaat E. Door de zorgverzekeraar werd dan ook terecht tot afwijzing van de aanvraag besloten.

Conclusie

- 9.4. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 7 december 2016,

A.I.M. van Mierlo