

ANONIEM

Bindend advies

Partijen : A te B vs. C te D
Zaak : Geneeskundige zorg, plastische-chirurgie, borstverkleining, buitenland
Zaaknummer : ANO07.210
Zittingsdatum : 22 augustus 2007

Zaak: ANO07.210 (Geneeskundige zorg, plastische-chirurgie, borstverkleining, buitenland)

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. T. Hartlief (voorzitter), mr. J.H.A. Teulings en mr. drs. P.J.J. Vonk)

(Voorwaarden zorgverzekering 2006, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.4 Bzv, 2.1 Rzv)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen verzoekster,

tegen

C te D, hierna te noemen de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen het besluit van de zorgverzekeraar van 30 juni 2006 inzake de afwijzing van de aanvraag voor een borstverkleining in Genk (België)

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorg-op-maat polis, een verzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw) (hierna: de zorgverzekering).
- 3.2. Bij brief van 30 juni 2006 heeft de zorgverzekeraar verzoekster bericht dat afwijzend was beslist op de aanvraag voor een borstverkleining, uit te voeren in Genk (België).
- 3.3. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 31 oktober 2006 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster meegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. Bij brief van 28 december 2006 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is toestemming te geven voor de aangevraagde borstverkleining in het buitenland.
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 37,00 voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren.
- 3.6. De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie op 13 februari 2007 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt. Op 24 april 2007 heeft de commissie van de zorgverzekeraar nog aanvullende informatie ontvangen.
- 3.7. Bij brief van 17 juli 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen verzocht om advies, een en ander conform artikel 114 van de Zvw.

- 3.8. Eveneens op 17 juli 2007 is verzoekster een afschrift van de reactie van de zorgverzekeraar gezonden. Tevens zijn partijen in de gelegenheid gesteld zich te doen horen.
- 3.9. Het College voor zorgverzekeringen heeft op 17 augustus 2007, op de voet van artikel 114 lid 3 van de Zvw, zijn advies gegeven. Een afschrift hiervan is op 17 augustus 2007 aan partijen gezonden.
- 3.10. Partijen zijn op 22 augustus 2007 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het College voor zorgverzekeringen.
- 3.11. Bij brief van 27 augustus 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden. In vervolg hierop heeft het College voor zorgverzekeringen de commissie op 31 augustus 2007 meegedeeld dat hetgeen in de hoorzitting naar voren is gebracht geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies.

4. Het standpunt van verzoekster

- 4.1. Verzoekster is geboren op 11 mei 1965. Zij verklaart al jaren lichamelijke klachten (schouder, nek- en rugklachten en smetten onder de borsten) en psychische klachten te hebben die volgens haar huisarts, fysiotherapeut en sociaal psychiatrisch verpleegkundige (mede) voort zouden kunnen komen uit de omvang van haar borsten. Verder deelt zij mede dat zij in Nederland twee keer met een plastisch-chirurg gesproken te hebben over een borstverkleining. Dat bleek alleen mogelijk bij een gewicht van rond de 80 kilo. Verzoekster stelt al vanaf haar achttiende jaar meer dan 110 kilo te wegen en voorts dat volgens haar diëtiste het niet mogelijk is af te vallen tot 80 kilo. Medio juni 2006 woog verzoekster 122 kilo.
- 4.2. Voorts geeft verzoekster aan dat een vriendin haar heeft verteld dat in België niet naar het gewicht wordt gekeken. Verzoekster heeft daarop op 2 juni 2006 telefonisch contact te hebben gezocht met de zorgverzekeraar over de mogelijkheid de behandeling in België te ondergaan. Volgens verzoekster heeft de betreffende medewerkster haar een aantal vragen gesteld (lengte, gewicht, cupmaat, e.d.) en is haar vervolgens meegedeeld dat zij voor de behandeling in aanmerking komt. Tevens heeft de betreffende medewerkster haar gezegd dat zij een afspraak kon maken, waarna de arts – na het stellen van een indicatie – een aanvraag kon indienen. Bovendien heeft de desbetreffende medewerkster haar het telefoonnummer gegeven van een gecontracteerde zorgverlener in Genk (België). Daarop heeft verzoekster de arts in België bezocht. Uit de vooronderzoeken aldaar zijn geen zaken naar voren zijn gekomen die aan een operatie in de weg staan. Vervolgens is een aanvraag ingediend, welke door de zorgverzekeraar is afgewezen omdat haar BMI (Body Mass Index) te hoog is. Hierdoor zou volgens de zorgverzekeraar de ingreep nu niet doelmatig zijn. Verzoekster stelt niet te begrijpen, indien de hoogte van het BMI een van belang zijnde factor is, waarom de medewerkster van de zorgverzekeraar haar tijdens het telefoonsprek, na het stellen van vragen over haar gewicht e.d., wel de gegevens van de gecontracteerde zorgverlener in Genk heeft gegeven.
- 4.3. Verzoekster concludeert dat de zorgverzekeraar toestemming dient te geven voor de aangevraagde borstverkleining ten laste van de zorgverzekering.

5. Het standpunt van de zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar verklaart dat de aanspraak op plastische-chirurgie is geregeld in artikel 9 lid 2 onder c van de zorgverzekering. Verder geeft de zorgverzekeraar aan dat de zorg pas verleend kan worden, indien het doelmatige zorg betreft. Uit de aanvraag van de plastisch-chirurg in Genk blijkt dat verzoekster op dat moment een BMI had van 45,2. Onder verwijzing naar de door de Vereniging Adviserend Geneeskundigen bij Ziekenfondsen (VAGZ), Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en het College voor zorgverzekeringen (CVZ) opgestelde Werkwijzer plastische-chirurgie, stelt de zorgverzekeraar dat een borstreductie alleen voor vergoeding in aanmerking komt bij een cupmaat $\geq$ DD én lichamelijke klachten, bij een BMI < 30 . Daarvan is bij verzoekster geen sprake. Zolang verzoekster niet voldoende is afgevallen, is een borstreductie niet doelmatig. Het feit dat verzoekster aangeeft dat zij (volgens haar diëtiste) niet verder kan afvallen, verandert daaraan niets.
- 5.2. Verder stelt de zorgverzekeraar dat uit de gespreksnotitie van het op 2 juni 2006 gevoerde telefoongesprek naar voren komt dat door zijn medewerkster geen enkele toezegging is gedaan omtrent de vergoeding van de ingreep. Wel is aangegeven dat de arts een aanvraag moet indienen, hetgeen door verzoekster ook wordt bevestigd. De mededeling dat een aanvraag moet worden ingediend betekent niet automatisch dat de ingreep na zo een aanvraag ook wordt goedgekeurd. Op grond van de informatie in de aanvraag wordt beoordeeld of aanspraak bestaat op de aangevraagde behandeling.
- 5.3. Op de stelling van verzoekster dat in België niet bekend was dat door de zorgverzekeraar naar haar BMI gekeken zou worden, geeft de zorgverzekeraar aan dat hij van mening is dat de behandelend arts daar wel van op de hoogte was, of zou moeten zijn. Daarbij wijst de zorgverzekeraar erop dat verzoekster zelf in haar brief schrijft dat haar arts het onzin vond om niet te opereren vanwege haar gewicht. Volgens de zorgverzekeraar duidt dit erop dat haar arts wel degelijk op de hoogte was. Verder zegt de zorgverzekeraar dat verzoekster tijdens het telefoongesprek van 2 juni 2006 dringend is geadviseerd bij het bezoek aan de arts in België te vermelden dat ze het voornemen heeft nog 10 kilo af te vallen.
- 5.4. De zorgverzekeraar concludeert dat verzoekster geen aanspraak heeft op een borstverkleining ten laste van de zorgverzekering.

6. De bevoegdheid van de commissie

Voor zover het onderhavige geschil betrekking heeft op de zorgverzekering, acht de commissie zich bevoegd daarvan kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. De commissie is daarentegen niet bevoegd ten aanzien van de aanvullende verzekering.

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. De vraag of in dit geval aanspraak bestaat op een borstverkleining, moet worden beantwoord aan de hand van de tussen partijen ten tijde van de onderhavige aanvraag

bestaande verzekeringsovereenkomst, te weten de zorgverzekering.

- 7.2. Artikel 3 van de verzekeringsvoorwaarden geeft aan dat de zorgverzekering aanspraken op zorg (natura) omvat. Verder bepaalt artikel 24 lid 1 van de zorgverzekering, voor zover hier van belang:

"lid 1

De verzekerde die woont in Nederland, heeft aanspraak op zorg van een door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder of instelling buiten Nederland. In het geval dat een verzekerde de zorg inroept van een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder of instelling vindt vergoeding van kosten plaats conform het bepaalde dat elders in deze polis bij iedere zorgvorm afzonderlijk is aangegeven indien zorg binnen Nederland door een niet gecontracteerde zorgverlener of instelling zou zijn verleend.

lid 5

In de gevallen bedoeld in de voorgaande leden vindt, indien de zorgverzekeraar vooraf toestemming verleent voor het inroepen van zorg in een ander land dan het woonland, volledige vergoeding van kosten plaats."

Op grond van artikel 9 van de zorgverzekering heeft de verzekerde aanspraak op medisch-specialistische zorg. Blijkens artikel 9 lid 1 van de zorgverzekering wordt de omvang van de te verlenen zorg begrensd door hetgeen medisch-specialisten als zorg plegen te bieden. De aanspraak op plastisch-chirurgische behandelingen is geregeld in artikel 9 lid 2 onder c van de zorgverzekering. Deze bepaling luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

"c. Behandelingen van plastisch-chirurgische aard

Op behandeling van plastisch-chirurgische aard bestaat slechts aanspraak indien die strekt ter 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; (...)*

Voorwaarden

toestemming:

toestemming vooraf is vereist. De aanvraag omvat een omschrijving van de gevraagde behandeling en een bijbehorende pro forma nota (kostenbegroting).

Voorschrift:

niet vereist

Verwijzing:

voor de medisch specialistische zorg heeft een verwijzing plaatsgevonden door een huisarts (...). Ingeval van een second opinion is een afzonderlijke verwijzing door een huisarts noodzakelijk. (...)"

Aangezien de door verzoekster in België bezochte zorgverlener door de zorgverzekeraar is gecontracteerd, kan de in artikel 9 lid 2 onder c van de zorgverzekering opgenomen passage over niet-gecontracteerde zorg hier verder buiten beschouwing kan blijven.

Verder sluit artikel 9 lid 2 onder d expliciet een aantal plastisch-chirurgische behandelingen uit. De onderhavige behandeling wordt in dat verband niet genoemd.

Voorts is in artikel 2 lid 5 van de zorgverzekering geregeld dat een verzekerde slechts recht heeft op zorg voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

- 7.3. De zorgverzekering is volgens artikel 2 van de zorgverzekering, gebaseerd op de Zvw, het Besluit zorgverzekering (Bzv) met de daarbij behorende Regeling zorgverzekering (Rzv), met inbegrip van de daarbij behorende toelichting, en het door de verzekeringnemer ingevulde aanvraagformulier. De commissie constateert dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling omtrent plastisch-chirurgische behandelingen in het buitenland strookt met het daaromtrent bepaalde in de artikelen 10 en 11 van de Zvw, artikelen 2.1 en 2.4 van het Bzv en artikel 2.1 van de Rzv, zoals deze bepalingen luiden ten tijde van de onderhavige aanvraag.
- 7.4. Vervolgens stelt de commissie vast dat niet is gebleken dat in de situatie van verzoekster sprake is van een verminking die het gevolg is van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting als bedoeld in artikel 9 lid 2 onder c van de zorgverzekering. Naar het oordeel van de commissie is van verminking pas sprake in geval van een ernstige deformiteit. Zulks is niet aan de orde. Bovendien is uit de aanvraag van de plastisch-chirurg niet gebleken dat de aandoening het gevolg is van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting.
- 7.5. De vraag is vervolgens of in de situatie van verzoekster sprake is van een afwijking in het uiterlijk die gepaard gaat met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen als bedoeld in artikel 9 lid 2 onder c van de zorgverzekering. Om van een dergelijke afwijking te kunnen spreken dient het te gaan om een functiestoornis van vrij ernstige aard met als onderscheidend criterium het aanwezig zijn van een ernstige bewegingsbeperking. De functiestoornis dient bovendien objectiveerbaar zijn. Bij de beantwoording van de vraag of de functiestoornis objectiveerbaar is, is onder meer van belang of aannemelijk is dat de aangevoerde lichamelijke functiestoornis (in dit geval pijn ter hoogte van rug en schouders) veroorzaakt wordt door de te corrigeren lichamelijke afwijking. Verder is van belang of het aannemelijk is dat het te corrigeren lichaamsdeel klachten als aangevoerd veroorzaakt in een zodanige ernstige mate dat gesproken kan worden van een lichamelijke functiestoornis in de zin van de zorgverzekering en de regelgeving. Voorts dient, mede indachtig artikel 2 lid 5 van de zorgverzekering, aannemelijk te zijn dat de aangevraagde borstverkleining de klachten – te weten, pijn ter hoogte van rug en schouders – zal doen wegnemen.
- 7.6. Blijkens de aanvraag van de behandelend specialist van 26 juni 2006 – welke voor de beoordeling leidend is – woog verzoekster ten tijde van de onderhavige aanvraag 123 kilo. Zij is 1,65 meter lang. Uit de aanvraag blijkt uitsluitend van pijn ter hoogte van de rug en de schouders. Van smetten, waar verzoekster in haar brief van 28 december 2006 over spreekt, blijkt uit de aanvraag niets.
- 7.7. Uitgaande van het bestaan van de gestelde lichamelijke klachten is de vraag of deze uitsluitend samenhangen met de grootte van de borsten. Ook het overgewicht van verzoekster kan daaraan immers bijdragen. Verzoekster schrijft in haar brief van 28 december 2006 dat rug- en schouderklachten moeilijk lichamenlijk aantoonbaar zijn. Verder schrijft verzoekster in haar brief van 10 juli 2006 dat haar lichamelijke en psychische klachten, volgens haar huisarts, fysiotherapeut en sociaal psychiatrisch ver-

pleegkundige, (mede) voort kunnen komen uit de grootte van haar borsten. Gesteld, noch gebleken is dat de lichamelijke klachten uitsluitend worden veroorzaakt door de grootte van verzoeksters borsten. Een indicatie als bedoeld in artikel 9 lid 2 onder c van de zorgverzekering ontbreekt derhalve. In de procedure is voorts ook niet aangenemelijk geworden dat er medische redenen zijn waarom verzoekster niet in staat zou zijn een BMI < 30 te bereiken.

7.8. Verzoekster heeft nog aangevoerd dat een medewerkster van de zorgverzekeraar haar tijdens een telefoongesprek heeft laten weten dat zij in aanmerking zou komen voor een borstverkleining. Wél moest de behandelend specialist een indicatie stellen en een aanvraag indienen. Uit hetgeen verzoekster heeft aangevoerd, alsmede het door de zorgverzekeraar overgelegde notitie zorgbemiddeling, maakt de commissie niet op dat door de zorgverzekeraar een ondubbelzinnige en ongeclausuleerde toezegging is gedaan, die thans zou moeten worden nagekomen. Enkel de te volgen procedure is geschetst, waarbij ook voor verzoekster duidelijk moet zijn geweest dat op de aanvraag (ook) een afwijzende beslissing zou kunnen volgen.

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

8. Het bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af

Zeist, 19 september 2007,

Voorzitter