

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C te D
Zaak : Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, borstverkleining, BMI
Zaaknummer : 2010.01235
Zittingsdatum : 27 oktober 2010

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. H.P. Ch. van Dijk)

(Voorwaarden zorgverzekering 2010, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2010)

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoekster,

tegen

C te D hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 26 januari 2010 de aanvraag voor een borstverkleining (hierna: de aanspraak), af te wijzen.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] Natura Polis (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 [naam ziektekostenverzekeraar] Gemeente Pakket en Aanvulling [naam ziektekostenverzekeraar] Gemeente Pakket afgesloten (hierna gezamenlijk: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 31 mei 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. Met het klachtenformulier van 10 juni 2010 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).
- 3.4. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 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.
- 3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 26 juli 2010 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 28 juli 2010 aan verzoekster ge-

zonden.

- 3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 1 augustus 2010 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.7. Bij brief van 28 juli 2010 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 24 augustus 2010 heeft het CVZ (zaaknummer 2010097027) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat verzoekster geen indicatie heeft voor een borstverkleining. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.8. Bij e-mail van 8 oktober 2010 heeft verzoekster medegedeeld af te zien van horen. De ziektekostenverzekeraar heeft op 20 oktober 2010 schriftelijk medegedeeld eveneens af te zien van horen.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. De behandelend plastisch chirurg heeft bij verzoekster de volgende diagnose gesteld: "mammahypertrofie". In de aanvraag voor een borstverkleining heeft hij toegelicht dat verzoekster in toenemende mate hinder ondervindt van nek- en schouderklachten, en dat zij bekend is met slijtage van de nekwerfels. Ook moet zij permanent een absorberende doek dragen in de inframammaplooi beiderzijds om de huid te sparen in verband met smetten.
- 4.2. Verzoekster is 1,80m lang, weegt 120 kg en heeft bh maat 95I De linkerborst is groter dan de rechter, maar bij beide kan worden gesproken van gigantomastie. Zij is gebaat bij een mammareductie, omdat haar gewicht daalt en zij na het opheffen van de mechanische klachten meer aan sport kan gaan doen..
- 4.3. Verzoekster verklaart dat zij vier kinderen heeft en dat zij na de eerste zwangerschap achttien kilo is aangekomen.
- 4.4. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar vindt haar borsten ook wel "erg groot en vlezig". De aanvraag werd echter afgewezen vanwege de hoogte van de BMI. Verzoekster stelt dat het voor haar moeilijk is om op eigen kracht af te vallen. Een maagbandje zou daarvoor – al dan niet in combinatie met de borstverkleining – de oplossing zijn.
- 4.5. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster gezien tijdens het spreekuurbezoek op 28 april 2010. De ziektekostenverzekeraar stelt dat de BMI van verzoekster hoger is dan 30. Bij operaties geeft een te hoog lichaamsgewicht een verhoogd risico op complicaties en een geringe kans op een goed en mooi resultaat. Bovendien verandert de situatie waarvoor de ingreep is aangevraagd vaak door af te vallen. Het is beter de behandeling uit te stellen tot het streefgewicht is be-

reikt. Om die reden is de aanvraag afgewezen.

5.2. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag terecht is afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. De commissie is 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 een borstverkleining te verstrekken 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.

Artikel 18 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op plastische en/of reconstructieve chirurgie bestaat.

Voor zover hier van belang, luidt deze bepaling als volgt:

“Omschrijving

Uw recht op geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 313 (Medisch specialistische zorg) omvat behandeling van plastisch-chirurgische aard, uitsluitend als deze strekt tot correctie van:

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

Door:

Medisch specialist

Verwijzing door:

Huisarts, bedrijfsarts, medisch specialist of kaakchirurg.

Machtiging:

Ja, met toelichting van de behandelend medisch specialist.”

Artikel 1.2. van de zorgverzekering bepaalt, voor zover hier van belang:

“Medische noodzaak

U hebt recht op (vergoeding van de kosten van) zorg zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden als u op de zorgvorm naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen en als de zorgvorm doelmatig en doeltreffend is (...)”

- 8.3. Op grond van artikel 2.9. van de zorgverzekering zijn de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) leidend voor de inhoud van de verzekeringsvoorwaarden. Bij interpretatieverschillen zijn de teksten uit de wet- en regelgeving, inclusief de wetsgeschiedenis bepalend..
- 8.4. 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 onder b Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.1 Rzv. In artikel 2.1 lid 3 Bzv is bepaald dat de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht heeft voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
- 8.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Dat een borstverkleining behoort tot de verzekerde prestaties op grond van de zorgverzekering en dat verzoekster een indicatie als bedoeld in artikel 18 van de zorgverzekering heeft voor deze ingreep, vormt geen onderwerp van geschil. De kwestie spitst zich toe op de vraag of verzoekster, gezien haar BMI, redelijkerwijs op de behandeling is aangewezen.
- 9.2. Met betrekking hiertoe merkt de commissie op dat uit de toelichting op artikel 2.1 lid 3 Bzv (Staatsblad 2005, 389) blijkt dat het uitgangspunt van de Zvw is, dat de doelmatigheid behoort tot de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar, en derhalve niet het onderwerp is van enig wettelijk voorschrift.
- 9.3. Gevolg hiervan is dat de commissie op dit punt slechts een marginale toetsing toekomt. In dat kader stelt de commissie vast dat de lengte van verzoekster 1,80m is, en haar gewicht 120 kg. Haar BMI kan aan de hand hiervan worden berekend op 37, zodat sprake is van morbide obesitas. Dat de gewenste operatie op zich zal leiden tot een zodanige gewichtsafname dat verzoekster enkel hierdoor op een gezond gewicht zal komen, is onwaarschijnlijk. Dit doel zal op een andere wijze moeten worden bereikt, hetzij door het volgen van een dieet, dan wel door sporten of een combinatie van beide, al dan niet onder deskundige begeleiding. Tegen deze achtergrond is het door de ziektekostenverzekeraar ingenomen standpunt begrijpelijk. Verzoekster dient eerst af te vallen tot haar BMI lager dan 30 is om daarna eventueel een borstverkleining te ondergaan.
- 9.4. Uit de stellingen van verzoekster blijkt dat de gewichtsafname slechts een bijkomend doel is. In de eerste plaats is de behandeling aangevraagd vanwege nek- en schouderklachten en smetten. Door de ziektekostenverzekeraar is niet bestreden dat deze klachten aanwezig zijn.

- 9.5. Een cupmaat 95l is zeer uitzonderlijk en ook nadat verzoekster zodanig zal zijn afgevallen dat haar BMI lager dan 30 is, zal haar borstomvang zeer waarschijnlijk nog steeds buiten de normale variatiebreedte vallen. Daarbij heeft de ziektekostenverzekeraar de indicatie niet in het geding gebracht, zodat de commissie moet aannemen dat door hem wordt onderschreven dat de bestaande nek- en schouderklachten geobjectiveerd zijn, en dat deze gerelateerd zijn aan de borstomvang, dan wel dat sprake is van chronische, onbehandelbare smetten. Een en ander leidt tot de conclusie dat de ziektekostenverzekeraar in dit specifieke geval in redelijkheid niet tot afwijzing had mogen besluiten.
- Voor zover de ziektekostenverzekeraar stelt dat de BMI lager dient te zijn dan 30 om de kans op complicaties tijdens een medische ingreep te verkleinen, geldt dat deze beoordeling toekomt aan de behandelend arts.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.6. De commissie is gebleken dat de aanvullende ziektekostenverzekering geen dekking biedt voor een borstverkleining, zodat de bespreking van die verzekering verder achterwege kan blijven.

Conclusie

- 9.7. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen, met inachtneming van hetgeen is overwogen onder 9.5.

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek toe.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden een bedrag ad € 37,--.

Zeist, 3 november 2010,

Voorzitter