

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vs C te D
Zaak : Geneeskundige zorg, buitenland, plastische-chirurgie, borstverkleining
(mammareductie)
Zaaknummer : ANO07.330
Zittingsdatum : 7 november 2007

Zaak: ANO07.330, geneeskundige zorg, buitenland, plastische-chirurgie, borstverkleining (mammareductie)

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2006, art. 10, 11 Zvw, 2.1, 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 22 maart 2006 inzake het niet vergoeden van een borstverkleining.

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 Basispolis, een verzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw) (hierna: de zorgverzekering).
- 3.2. Bij brief van 22 maart 2006 heeft de zorgverzekeraar verzoekster medegedeeld dat de door haar gewenste borstverkleining niet ten laste van de zorgverzekering wordt vergoed.
- 3.3. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 7 juni 2006 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster meegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. Bij brief van 1 maart 2007 (welke op 8 mei 2007 is ontvangen) heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de door haar gemaakte kosten te vergoeden.
- 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 10 augustus 2007 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 28 augustus 2007 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Bij brief van 14 september 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 van de Zvw.

- 3.8. Bij brief van 14 september 2007 zijn partijen in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Van de mogelijkheid zich te doen horen is door verzoekster en de zorgverzekeraar gebruik gemaakt.
- 3.9. Het College voor zorgverzekeringen heeft op 16 oktober 2007 zijn advies gegeven. Een afschrift hiervan is op 17 oktober 2007 aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoekster heeft de ochtend van de zitting - 7 november 2007 - afgezegd. De zorgverzekeraar is op die datum in persoon gehoord. Hij is daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het College voor zorgverzekeringen.
- 3.11. Bij brief van 9 november 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden. In vervolg hierop heeft de commissie op 15 november 2007 van het College voor zorgverzekeringen bericht ontvangen 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 een 45-jarige vrouw. In januari 2006 werd zij door haar huisarts naar de plastisch-chirurg verwezen in verband met rugklachten die zij, naast de houdingsafwijking die zij heeft, ondervond door de grootte van haar borsten. De behandelend plastisch-chirurg in Nederland heeft een machtigingsaanvraag ingediend voor een borstverkleining op basis van mechanische last in de vorm van nek-, rug- en schouderklachten bij een lengte van 1.66 meter en een gewicht van 83 kilogram en cupmaat G en J, en mastopathie. Voorts geeft hij mee dat verzoekster niet kan afvallen. De zorgverzekeraar heeft deze aanvraag afgewezen.
- 4.2. Verzoekster kan zich niet vinden in de afwijzing. Zij had veel pijn in de rug, de nek en de schouders en stelt dat deze operatie dringend medisch noodzakelijk was. Zij heeft haar behandeling dan ook voortgezet en is op 25 juli 2006 in Tbilisi (Georgië) geopereerd aan de borsten.
- 4.3. Ondanks de afwijzende beslissing en de voor haar negatieve uitkomst van de heroerverweging van de zorgverzekeraar, heeft verzoekster op 9 november 2006 een declaratie ingediend van € 1.979,33 voor de door haar ondergane borstverkleining (€ 1.267,16) en voor neurologische en gynaecologische consulten en/of behandelingen (€ 712,14). Zij komt tot de conclusie dat deze kosten, alsook de kosten van de medicijnen en de reiskosten door de zorgverzekeraar vergoed dienen te worden.

5. Het standpunt van de zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar stelt dat een borstverkleining ten laste van de zorgverzekering in beginsel mogelijk is. Verzoekster diende dan in ieder geval het normgewicht te hebben, hetgeen door de zorgverzekeraar op een BMI van 27 is gesteld. Als het gewicht van verzoekster hoger is dan het normgewicht – hetgeen zo bleek te zijn ten tijde van de aanvraag – dan is een borstverkleining niet doelmatig. Verzoeksters normgewicht is 75 kilogram en zij woog destijds 83 kilogram, hetgeen tot een BMI van 30 leidt.
- 5.2. De zorgverzekeraar heeft verzoekster indertijd medegedeeld dat zij een nieuwe aanvraag kon indienen als zij was afgeslankt tot 75 kilogram. De adviserend arts heeft

tevens laten weten dat mastopathie geen reden is om anders te oordelen. Een reguliere borstverkleining vermindert wel de hoeveelheid klierweefsel, maar niet het probleem van de mastopathie. De zorgverzekeraar concludeert dat de onderhavige behandeling niet voor vergoeding in aanmerking komt.

- 5.3. Tijdens de zitting heeft de zorgverzekeraar aanvullend ingebracht dat in dergelijke situaties een stabiel BMI moet zijn bereikt, hetgeen hier uitdrukkelijk niet aan de orde is.

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.

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. De relatie tussen partijen wordt beheerst door een verzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het BW. Deze verzekeringsovereenkomst betreft een zorgverzekering.

Een 'zorgverzekering' in de zin van artikel 1 onder d van de Zvw, dient te voldoen aan de wettelijke eisen van de Zorgverzekeringswet. De aard en omvang van de in de zorgverzekering op te nemen verzekerde prestaties zijn omschreven in Hoofdstuk 3, de artikelen 10 tot en met 14a van de Zvw en de daarop gebaseerde regelgeving, met name het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv). Slechts voor zover de verzekering voldoet aan de wettelijke eisen – dat wil zeggen niet meer en niet minder biedt – is sprake van een zorgverzekering en heeft de verzekerde, door deze verzekering te sluiten, voldaan aan de op hem rustende verzekeringsplicht.

- 7.2. Het betreft hier een restitutiepolis, zodat de verzekerde gebruik kan maken van niet-gecontracteerde zorg. Geneeskundige zorg is geregeld in artikel 2 van de lijst van aanspraken van de zorgverzekering. Artikel 2 onder c bepaalt wanneer aanspraak op behandelingen van plastisch-chirurgische aard bestaat en onder welke voorwaarden, waarbij met name de situatie, beschreven in sub a, b, en d in onderhavige zaak mogelijk van toepassing kunnen zijn. Het gaat hierbij om:

*“a. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
(...)”*

Artikel 2 onder 'uitsluitingen' sluit vervolgens expliciet een aantal plastisch-chirurgische behandelingen uit. De onderhavige ingreep wordt in dat verband niet genoemd.

Artikel 12 van de lijst van aanspraken van de zorgverzekering ziet op de buitenlanddekking en bepaalt in lid 4:

“De verzekerde die in Nederland woont en die naar het buitenland gaat voor medische zorg, heeft recht op die zorg, dan wel vergoeding van de daarvoor gemaakte kosten, volgens de polisvoorwaarden, met dien verstande, dat de zorgverzekeraar voor intramurale zorg vooraf toestemming verleend moet hebben. Bij het beoordelen van de

aanvraag voor toestemming wordt gelet op de termijn waarbinnen de gevraagde behandeling in Nederland zou kunnen plaatsvinden, het behandelplan alsmede de daarvoor begrote kosten.”

Verder bepaalt artikel 7 van de voorwaarden van de zorgverzekering, voor zover hier van belang, het volgende:

“Omvang van de dekking

(...)

c De kosten worden vergoed op basis van het op het moment van behandeling door of namens de verzekeraar met de zorgverlener overeengekomen (dbc-)tarief en volgens de in Nederland geldende voorwaarden en indicatiestellingen. (...)

2. a De vergoeding van kosten bedraagt nooit meer dan de werkelijke kosten

b De vergoeding van kosten vindt plaats tot maximaal:

- het op dat moment op basis van de Wet tarieven gezondheidszorg vastgestelde (maximum) tarief;

- indien en voorzover geen op basis van de Wet tarieven gezondheidszorg vastgesteld (maximum) tarief bestaat, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme bedrag.”

- 7.3. De regeling van de artikelen 2 en 12 van de lijst van aanspraken, en artikel 7 van de voorwaarden van de zorgverzekering zijn volgens artikel 4 van de zorgverzekering, gebaseerd op de Zvw, het Bzv en de Rzv.
- 7.4. In het kader van het onderhavige geschil is de volgende regelgeving relevant. Artikel 11 lid 1 onderdeel b van de Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde in voorkomend geval, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit de vergoeding van de kosten van zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Geneeskundige zorg is naar aard en omvang omschreven in artikel 2.4 van het Bzv. In lid 1 onder b is vervolgens bepaald dat een plastisch-chirurgische ingreep slechts onder de geneeskundige zorg valt indien deze strekt tot correctie van de onder sub 1 tot en met 5 genoemde aandoeningen. In lid 2 wordt bepaald dat bij ministeriële regeling bepaalde vormen van zorg kunnen worden uitgezonderd. Op grond hiervan is in artikel 2.1 van de Rzv een aantal ingrepen expliciet uitgesloten.
- 7.5. De commissie constateert dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.6. De commissie is gebleken dat het advies van de geneeskundig adviseur van de zorgverzekeraar van 28 april 2006 aldus luidt dat verzoekster uitzicht op een machtiging wordt gegeven, indien zij is afgevallen tot een acceptabel gewicht. De verwachting was dat bij verzoekster, bij het bereiken van het gewicht van 75 kilogram, een hypertrofie of een ernstige ptosis zou overhouden, waardoor een machtiging alsnog in de rede zou liggen. Dit betreft de doelmatigheidstoets (is deze behandeling in de situatie van verzoekster doelmatig). Hieruit concludeert de commissie dat de voorafgaande vraag of de situatie van verzoekster sprake is van een verzekerde prestatie en de vraag naar de (verzekerings)indicatie op dat moment niet meer relevant was.
- 7.7. Het door de zorgverzekeraar gehanteerde stabiele normgewicht van maximaal BMI 27, waarbij sprake is van een acceptabel overgewicht, komt de commissie niet

onredelijk voor. Verzoekster heeft een BMI van 30 en niet is gebleken van een stabiel gewicht.

- 7.8. Op grond van de vaste jurisprudentie van de commissie (zie onder andere GC 27 september 2006, ANO 06.033) heeft te gelden dat een verzekerde die overgaat tot het uitvoeren van een behandeling, waarvan nog niet in laatste instantie is beslist of deze behandeling door de zorgverzekeraar dient te worden vergoed, willens en wetens de mogelijkheid uitsluit van nader (lichamelijk) onderzoek, en daarmee het risico aanvaardt dat de kosten van de behandeling voor zijn of haar rekening blijven.
- 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, 4 december 2007,

Voorzitter