

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B, in deze vertegenwoordigd door C te D vs E te F
Zaak	: Geneeskundige zorg, plastische-chirurgie, borstcorrectie
Zaaknummer	: ANO07.211
Zittingsdatum	: 5 september 2007

Zaak: ANO07.211 (Geneeskundige zorg, plastische-chirurgie, borstcorrectie)

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2006, art. 10 en 11 Zvw, 2.4 Bzv)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen verzekerde, in deze vertegenwoordigd door C te D, hierna te noemen verzoeker,

tegen

E te F, hierna te noemen de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen het besluit van de zorgverzekeraar van 19 december 2006 inzake het niet vergoeden van de kosten voor een borstcorrectie ten behoeve van verzekerde.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzekerde bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de ZorgVerzorgd, een verzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringwet (Zvw) (hierna: de zorgverzekering), alsmede op basis van een tweetal aanvullende verzekeringen.
- 3.2. Bij brief van 19 december 2006 heeft de zorgverzekeraar verzoeker bericht dat de kosten voor een borstcorrectie ten behoeve van verzekerde niet worden vergoed.
- 3.3. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 14 maart 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker meegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. Bij brief van 18 mei 2007 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de kosten voor een borstcorrectie ten behoeve van verzekerde alsnog te vergoeden.
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 37,00 voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren.
- 3.6. De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie op 26 juni 2007 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt.

- 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. Op 24 juli 2007 is verzoeker een afschrift van de reactie van de zorgverzekeraar gezonden. Tevens zijn partijen in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 5 september 2007 in persoon gehoord.
- 3.9. Het College voor zorgverzekeringen heeft op 2 augustus 2007, op de voet van artikel 114 lid 3 van de Zvw, zijn advies gegeven. Een afschrift hiervan is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 3 augustus 2007 aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 5 september 2007 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het College voor zorgverzekeringen. Verzoeker heeft van deze mogelijkheid gebruik gemaakt en zijn standpunt nog eens herhaald. De zorgverzekeraar heeft geen aanleiding gezien tot het geven van een reactie.
- 3.11. Bij brief van 6 september 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 meegedeeld dat hetgeen in de hoorzitting naar voren is gebracht geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies.

4. Het standpunt van verzoeker

- 4.1. Verzekerde is een 19-jarige vrouw. Zij heeft vanaf haar 12^e tot en met haar 16^e jaar een korset en een Boston-brace gedragen in het kader van een scoliose-behandeling. De behandelend plastisch-chirurg heeft een borstcorrectie geïndiceerd waarbij de (naar beneden getrokken) tepels weer op de goede plaats worden gezet en een goede borstvorm wordt opgebouwd.
- 4.2. Verzekerde moet een correctie ondergaan wegens verminkingen als gevolg van geneeskundige verrichtingen. Een verminking is een op zichzelf staand persoonlijk probleem en ten onrechte wordt de eis gesteld dat een verminking zichtbaar moet zijn.
- 4.3. Op de hoorzitting heeft verzoeker medegedeeld dat verzekerde op 20 augustus 2007 een mammareductie heeft ondergaan. Door deze operatie zijn de schouderklachten van verzekerde verminderd. Verzoeker vraagt zich af of nu sprake is van aantoonbare lichamelijke functiestoornissen.
- 4.4. Verzoeker concludeert dat er in het geval van verzekerde sprake is van een verminking en dat de kosten voor een borstcorrectie voor vergoeding in aanmerking dienen te komen.

5. Het standpunt van de zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar stelt dat de wens van verzekerde, ook gezien haar leeftijd, een borstcorrectie te ondergaan begrijpelijk is en erkent dat de perceptie van een verminking een persoonlijk probleem is. Vastgesteld moet echter worden of in objectieve zin gesproken kan worden van een verminking. Een zorgverzekeraar dient voor al zijn

verzekerden dezelfde maatstaf toe te passen en het begrip verminking moet dus uniform gehanteerd worden.

- 5.2. De zorgverzekeraar stelt dat niet snel sprake is van een verminking in de zin van de polisvoorwaarden en de daaraan ten grondslag liggende regelgeving. Van verminking in voormelde zin is sprake bij een ernstige misvorming van een lichaamsdeel. Bij verzekerde is dat niet het geval.
- 5.3. Op de hoorzitting geeft de zorgverzekeraar tot slot aan dat uit de aanvraag niet gebleken is dat mogelijk ook sprake zou kunnen zijn van lichamelijke functiestoornissen. De zorgverzekeraar heeft de aanvraag dan ook niet tegen deze achtergrond beoordeeld. Eventueel zou nog een nieuwe aanvraag kunnen worden ingediend. Daaruit moet dan wel duidelijk de lichamelijke functiestoornis blijken.

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 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 naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg. Vergoeding voor geneeskundige zorg staat vermeld in artikel 8.4 van de zorgverzekering. Sub b van lid 1 bepaalt wanneer aanspraak op plastische chirurgie bestaat en onder welke voorwaarden. Dit artikel bepaalt, voor zover hier van belang:

“1. Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten en verloskundigen die plegen te bieden, (...), met dien verstande dat:

- a. *de zorg niet omvat:*
(...)
- b. *behandeling van plastisch-chirurgische aard slechts onder de zorg valt indien die 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, ongeval of geneeskundige verrichting;*

(...)”

- 7.3. De regeling van artikel 8.4 is volgens artikel 2 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 a 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 zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Waar het gaat om geneeskundige zorg, is een en ander naar aard en omvang omschreven in artikel 2.4 Bzv. Lid 1 sub b van dit artikel bepaalt welke behandelingen van plastisch-chirurgische aard onder de zorg vallen. Dit lid stelt dat een behandeling van plastisch-chirurgische aard slechts onder de zorg valt indien die strekt tot correctie van, onder andere, afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen en verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige behandeling.
- 7.5. De commissie constateert dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.6. De commissie constateert voorts dat niet is gebleken van een afwijking in het uiterlijk die gepaard gaat met een aantoonbare lichamelijke functiestoornis.
- 7.7. De vraag is vervolgens of het hier, zoals door verzoeker is gesteld, gaat om een verminking als gevolg van een geneeskundige verrichting. De commissie leidt uit de Nota van toelichting op het Bzv af, dat het uitgangspunt van de bij de zorgverzekering te verzekeren prestaties het ziekenfondspakket is, zoals dat op het moment van inwerkingtreding van het Bzv naar aard, inhoud en omvang is vastgesteld. Naar het oordeel van de commissie doelt de term verminking in de regelgeving op grond van de Ziekenfondswet, en thans dus op grond van de zorgverzekering, specifiek op het geval van een ernstige deformiteit, al of niet met weefseldefecten gepaard gaande, die direct in het oog springt en die in het normale dagelijkse verkeer niet is te camoufleren door bijvoorbeeld kleding. Dit is bij verzekerde niet aan de orde.
- 7.8. Gezien het voorgaande is de commissie dan ook van oordeel dat in de situatie van verzekerde niet kan worden gesproken van een verminking als bedoeld in artikel 8.4 lid 1 sub b onderdeel 2 van de zorgverzekering en dat mitsdien de aangevraagde borstcorrectie niet valt onder de geneeskundige zorg die op grond van de polis voor vergoeding in aanmerking komt.
- 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