

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B vs C te D
Zaak	: Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, tepelcorrectie
Zaaknummer	: ANO06.151
Zittingsdatum	: 20 december 2006

Zaak: ANO06.151 (geneeskundige zorg, plastische chirurgie, tepelcorrectie)

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2006, art.11 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 20 april 2006 niet tot vergoeding van een tepelcorrectie over te gaan.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1 Verzoekster is bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorg-op-maatpolis, een verzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), (hierna: de zorgverzekering).
- 3.2 Bij brief van 20 april 2006 heeft de zorgverzekeraar verzoekster bericht dat zij niet in aanmerking komt voor de vergoeding van kosten van een tepelcorrectie.
- 3.3 Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 12 juni 2006 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4 Bij brief van 21 juli 2006 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de kosten van de tepelcorrectie volledig te vergoeden.
- 3.5 Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, heeft 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, met ondertussen ontvangen tweede heroverweging van 1 september 2006, op 10 oktober 2006 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt.
- 3.7 Op 11 oktober 2006 is verzoekster een afschrift van de reactie van de zorgverzekeraar gezonden. Tevens zijn verzoekster en de zorgverzekeraar in de gelegenheid gesteld zich te doen horen.
- 3.8 Van de mogelijkheid zich te doen horen is door verzoekster en de zorgverzekeraar gebruik gemaakt. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 20 december 2006 telefonisch gehoord.

- 3.9 Bij brief van 22 december 2006 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen verzocht om advies, een en ander conform artikel 114 van de Zvw.
- 3.10 Het College voor zorgverzekeringen heeft de commissie op 7 februari 2007 zijn visie op de kwestie gegeven. Een afschrift hiervan is aan partijen gezonden.
4. Het standpunt van verzoekster
- 4.1 Verzoekster is in het jaar 2004 geopereerd in verband met een borstverkleining. Binnen een half jaar is zij echter teruggegaan naar haar oude cupmaat. De arts die de operatie had verricht, beaamde dat dit niet hetgeen was wat hij had verwacht. Na het verzamelen van informatie bij andere chirurgen en op hun aanraden, is verzoekster wederom naar deze arts teruggegaan voor een vervolgooperatie. De rug- en neklachten waren inmiddels weer teruggekeerd; deze zouden door deze vervolgooperatie verdwijnen. In juni 2005 is verzoekster opnieuw geopereerd. Ook deze operatie is niet gelukt; verzoekster bleef steken op de cupmaat E/F, terwijl het de bedoeling was om naar een cupmaat B/C te gaan. Na de operatie bleek ook een afwijking zichtbaar: de tepels waren niet gelijk en stonden scheef, en de borsten stonden erg puntig naar voren c.q. de zijkant. Volgens de chirurg zou met de tijd alles goed komen.
- 4.2 Aangezien verzoekster wederom geopereerd moest worden om de tepels te corrigeren, en de chirurg zich verplicht voelde om een 'nette en goede operatie' te garanderen, heeft hij zijn honorarium niet bij verzoekster in rekening gebracht. Verzoekster geeft aan dat de chirurg dit zeker geen routine- of esthetische operatie vond. Omdat dit de derde operatie was, kon verzoekster snel worden ingepland. Daar verzoekster een studente is, hebben haar ouders de kosten, te weten € 1.100.-, voorgesloten. De eerste aanvraag die door de chirurg aan de zorgverzekeraar is gedaan, is afgewezen. Vervolgens heeft de chirurg een beargumenteerde brief naar de zorgverzekeraar gestuurd. Volgens verzoekster vermeldde de chirurg in deze brief dat sprake was van een anatomische afwijking aan haar tepels ten gevolge van de laatste operatie.
- 4.3 Omdat de operatiedag naderde, heeft verzoekster nog gebeld naar de zorgverzekeraar. Ook verzoeksters vader heeft contact opgenomen met de zorgverzekeraar. De vraag van de zorgverzekeraar was hierop of verzoekster foto's kon opsturen, hetgeen zij heeft gedaan. Verzoekster stelt dat zij nadien nog gebeld heeft met de zorgverzekeraar met de vraag of alles vergoed zou worden. Verzoekster geeft aan dat een medewerker van de zorgverzekeraar gezegd zou hebben dat de operatie kon doorgaan en dat alles vergoed zou worden. Volgens verzoekster zou de zorgverzekeraar het geld nog op de operatiedag naar de rekening overmaken. Na de operatie bleek het geld echter niet zijn overgemaakt.
- 4.4 Verzoekster verklaart dat zij, gezien haar leeftijd van 23 jaar, zeker niet haar hele leven haar borsten wil bedekken en dat deze zaak voor haar psychisch zijn tol eist. Verzoekster vindt dat de zorgverzekeraar in gebreke is gebleven door haar pas een maand na de operatie te confronteren met de afwijking. Tot slot stelt verzoekster dat zij te goeder trouw was toen de zorgverzekeraar had aangegeven dat alles vergoed zou worden en dat zij, daar dit door de telefoon is gezegd, niet kon weten of zij wel met een beslissingsbevoegd persoon te maken had.
5. Het standpunt van de zorgverzekeraar

- 5.1 De zorgverzekeraar verwijst naar de regelgeving en polisvoorwaarden en stelt dat verzoekster hier niet aan voldoet. Daarbij merkt de zorgverzekeraar op dat uitsluitend beoordeeld wordt of de tepelcorrectie vergoed dient te worden en niet de littekencorrectie, daar deze niet is aangevraagd door de arts. Laatstgenoemde ingreep valt derhalve buiten beschouwing.
- 5.2 Door de medisch adviseur is bij verzoekster geconstateerd dat geen sprake is van een verminking als genoemd in de polisvoorwaarden. Door de arts zijn ook geen lichamelijke klachten aangegeven met betrekking tot de tepels. Evenmin kan worden gesproken van een noodzakelijke vervolgingreep. Hierbij is vereist dat de vervolgooperatie nodig is om het operatieresultaat dat beoogd was alsnog te bereiken. Daar het beoogde en naar medisch deskundig oordeel haalbare operatieresultaat reeds door de vorige operatie was bereikt, kan thans niet worden gesproken van een noodzakelijke vervolgingreep. De borsten zijn voldoende verkleind en dit was ook het doel van de operatie.
- 5.3 De zorgverzekeraar geeft aan dat de scheefstand van de tepels zich niet in het zicht bevindt en dat deze in het normale dagelijkse verkeer ook niet zichtbaar is. De zorgverzekeraar stelt dat het niet de arts is die bepaalt of een behandeling vergoed kan worden, maar dat het de zorgverzekeraar is die dat doet aan de hand van de medische indicatie die door de arts wordt gegeven.
- 5.4 De zorgverzekeraar verklaart dat hem niet is gebleken van enige ondubbelzinnige en ongeclausuleerde toezegging dat vergoeding alsnog zou plaatsvinden. Als verzoekster van mening was dat sprake was van een toezegging, had zij deze zelf schriftelijk moeten laten bevestigen of het gesprek zelf schriftelijk moeten bevestigen. Algemeen beleid bij de zorgverzekeraar is dat geen telefonische toezeggingen worden gedaan, daar snel sprake kan zijn van miscommunicatie. Nu de operatie zonder schriftelijke goedkeuring heeft plaatsgevonden, komt deze voor rekening van verzoekster. De zorgverzekeraar kan, gelet op de polisvoorwaarden, deze kosten dan ook niet vergoeden.

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 Tussen partijen is met ingang van 1 januari 2006 een verzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het BW tot stand gekomen. 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. Behandelingen van plastisch-chirurgische aard staan vermeld in artikel 9 lid 2 onder c van de Lijst van aanspraken van de zorgverzekering, dat voorzover thans van belang onder meer bepaalt:

*“Op behandeling van plastisch-chirurgische aard bestaat slechts aanspraak indien de behandeling strekt tot 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’;
c(...);
d(...).”*

- 7.3 De regeling van artikel 9 is volgens de algemene voorwaarden, artikel 2 lid 1 van de polisvoorwaarden, gebaseerd op de Zvw, het Bzv en de Rzv.
- 7.4 Ten aanzien van het aan haar voorgelegde geschil overweegt de commissie als volgt. 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, conform het derde lid van artikel 11 Zvw, naar aard en omvang omschreven in artikel 2.4 Bzv. In lid 1 onder b is vervolgens bepaald dat een plastisch-chirurgische ingreep slechts onder de geneeskundige zorg valt indien die strekt tot de correctie van de onder sub 1 tot en met 5 genoemde aandoeningen.
- 7.5 De commissie constateert dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.6 Ten aanzien van de vraag of het hier, zoals door verzoekster is gesteld, gaat om een verminking als gevolg van een geneeskundige verrichting, overweegt de commissie dat uit de Nota van toelichting op het Bzv valt op te maken 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 verworven aandoeningen, zoals misvorming van de handen door reumatoïde artritis, misvorming door verlamming van de aangezichtszenew, misvorming door brandwonden, replantatie van ledematen, reconstructie van geamputeerde ledematen of van geamputeerde mammae. Kortom van verminking kan niet eerder worden gesproken dan in 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 verzoekster niet aan de orde. Gezien het voorgaande is de commissie dan ook van oordeel dat in de situatie van verzoekster niet kan worden gesproken van een verminking als bedoeld in artikel 9 onderdeel c lid 2 van de zorgverzekering en dat mitsdien de aangevraagde tepelcorrectie niet valt onder de geneeskundige zorg die op grond van de polis voor vergoeding in aanmerking komt. De gestelde psychische klachten zijn in dit verband niet relevant.
- 7.7 In het geval van verzoekster kan volgens de commissie ook niet gesproken worden van een vervolgooperatie, daar op grond van de jurisprudentie pas sprake is van een vervolgooperatie indien deze ingreep noodzakelijk is om het beoogde en, naar medisch-deskundig oordeel, haalbare operatieresultaat te bereiken. In het onderhavige geval is daar geen sprake van.

- 7.8 De commissie heeft bij brief van 26 februari 2007 de zorgverzekeraar opdracht gegeven een nader onderzoek te verrichten met betrekking tot de toezegging(en) die door de zorgverzekeraar aan verzoekster zou(den) zijn gedaan. De zorgverzekeraar heeft bij brief van 7 maart 2007 hierop gereageerd. In deze brief geeft de zorgverzekeraar aan dat hem is gebleken dat door de medewerkers - die verzoekster bij naam noemt - geen toezegging(en) aan verzoekster is of zijn gedaan. Volgens de zorgverzekeraar is ook in de contactregistratie daarover niets terug te vinden.
- 7.9 De commissie constateert dat in de procedure aangetoond noch aannemelijk is gemaakt dat, in afwijking van artikel 9 van de zorgverzekering van de zijde van de zorgverzekeraar, bepaalde telefonische toezegging(en) zou(den) zijn gedaan.
- 7.10 Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
8. Het bindend advies
- 8.1 De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 29 maart 2007

Voorzitter