

BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vs C te D
Zaak : Geneeskundige zorg; plastische chirurgie; borstprothesen
Zaaknummer : 2007.2127
Zittingsdatum : 14 mei 2008

Zaak: 2007.2127 geneeskundige zorg; plastische chirurgie; borstprothesen

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2006, art. 10, 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 22 december 2006 de kosten voor een borstvergroting niet te vergoeden .

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 Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 BW en betreft een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zvw.

3.2. De behandelend plastisch chirurg heeft bij verzoekster de volgende diagnose gesteld: "patiënte wil wederom een borstvergroting met behulp van prothesen. In het verleden heeft patiënte veel problemen gehad met haar borstprothesen, met name psychologisch". Tevens merkt de behandelend chirurg op dat de aanvankelijke ingreep door de toenmalige zorgverzekeraar is vergoed. De behandelend zorgverlener heeft naar aanleiding van de gestelde diagnose bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten verbonden aan "een borstvergroting met behulp van prothesen" ten laste van de zorgverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 22 december 2006 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat haar aanspraak is afgewezen.

3.3. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 23 april 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn standpunt te handhaven.

3.4. Bij brief van 8 oktober 2007 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht de zorgverzekeraar te gelasten de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering .

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 bij brief van 27 februari 2008 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 20 maart 2008 aan verzoekster toegezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 26 maart 2008 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden. De zorgverzekeraar heeft op 1 april 2008 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 20 maart 2008 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, van de Zvw, gevraagd. Het CVZ heeft bij brief van 16 april 2008 zijn advies gegeven en de commissie geadviseerd het verzoek af te wijzen omdat verzoekster geen indicatie heeft voor de gevraagde ingreep. Een afschrift hiervan is gelijktijdig met dit bindend advies aan partijen gezonden.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
- 4.1. Verzoekster stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat zij wederom een borstvergroting wil, maar dat de zorgverzekeraar dit niet wil vergoeden. In het verleden had zij problemen met haar borstprothesen, met name psychologisch.
- 4.2. Verzoekster komt tot de conclusie dat haar verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar
- 5.1. De zorgverzekeraar stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat de aanvraag van verzoekster niet voldoet aan de geldende polisvoorwaarden. De medisch adviseur van de zorgverzekeraar heeft contact opgenomen met de behandelend plastisch chirurg en na verkregen informatie geconcludeerd dat geen medische indicatie aanwezig is voor een nieuwe borstvergroting bij verzoekster.
- 5.2. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoekster terecht is afgewezen.
6. De bevoegdheid van de commissie
- Voor zover het onderhavige geschil betrekking heeft op de zorgverzekering, is de commissie 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. Het betreft hier een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de zorgverzekeraars gecontracteerde zorgverleners. Artikel 12 lid 2 onder c van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op plastische chirurgie bestaat. Artikel 12 lid 2 onder d van de zorgverzekering sluit, in aansluiting op artikel 12 lid 2 onder c van de zorgverzekering, expliciet een aantal behandelingen uit, waaronder het operatief plaatsen van een borstprothese anders dan na status bij een gehele of gedeeltelijke borstamputatie.

- 7.2. De regeling in artikel 12 van de zorgverzekering is volgens artikel 2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Bzv en de Rzv.
- 7.3. Artikel 11, lid 1 onderdeel a 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. In artikel 2.4 lid 1 onder b Bzv is 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. In artikel 2.4 lid 2 Bzv wordt bepaald dat bij ministeriële regeling bepaalde vormen van zorg kunnen worden uitgezonderd.
- 7.4. Op grond hiervan is in artikel 2.1 Rzv een aantal ingrepen expliciet uitgezonderd. Onder c wordt de plaatsing van borstprothesen uitgesloten, tenzij sprake is van een gehele of gedeeltelijke borstamputatie. In de toelichting op de Rzv valt te lezen dat het gaat om de uitsluitingen zoals die met ingang van 1 januari 2005 geregeld waren in de Regeling medisch-specialistische zorg Ziekenfondswet. Uit de toelichting bij laatstgenoemde regeling blijkt dat uitdrukkelijk tot uitsluiting van deze behandelingen is besloten omdat anders op grond van het eerste lid van voornoemd artikel een aantal van de genoemde behandelingen alsnog voor vergoeding in aanmerking kunnen komen. De in de Regeling medisch-specialistische zorg Ziekenfondswet genoemde uitsluitinggrond voor het operatief plaatsen van een borstprothese is identiek aan die van artikel 2.1 onder b van de Rzv.
- 7.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.6. Voor de beoordeling of verzoekster recht heeft op plaatsing van nieuwe borstprothesen, dient de vraag beantwoord te worden of bij verzoekster sprake is van een status na gehele of gedeeltelijke borstamputatie .
- Uit de stukken blijkt dat de zorgverzekeraar toestemming heeft gegeven om de oude prothesen te verwijderen. Dit is ook niet in geschil.
- 7.7. De commissie is van mening dat in de situatie van verzoekster geen indicatie aanwezig is voor plaatsen van borstprothesen, omdat niet is voldaan aan de voorwaarde dat sprake moet zijn van status na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie. De uitsluiting van artikel 12 lid 2 onder d van de zorgverzekering is derhalve onverkort van toepassing.
- 7.8. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
8. Het bindend advies
- 8.1 De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 14 mei 2008

Voorzitter