

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, in deze vertegenwoordigd door E te F, vs C te D
Zaak : Geneeskundige zorg; plastische chirurgie; borstcorrectie
Zaaknummer : 2007.02310
Zittingsdatum : 10 september 2008

Zaak: 2007.02310 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 2007, art. 10, 11 Zvw, 2.4 Bzv, 2.1 Rzv)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, in deze vertegenwoordigd door E te F,
tegen

C te D, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen de beslissing van de zorgverzekeraar van 14 mei 2007 een borstcorrectie af te wijzen.

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 Zorg-op-maatpolis (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, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw).
- 3.2. De behandelend plastisch chirurg heeft bij verzoekster de volgende diagnose gesteld: "mamma asymmetrie ten gevolge van een correctie mamma asymmetrie elders. patiënte wenst opnieuw een correctie. Status na mamma augmentatie links en een kleine ptosiscorrectie rechts. Er is nog steeds een asymmetrie en vooral tevens areola mamilla complexen en een gepigmenteerd vertikaal litteken van de ptosiscorrectie rechts". De behandelend zorgverlener heeft naar aanleiding van de gestelde diagnose bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op "een mamma augmentatie beiderzijds, vervangen van de prothese links door een siliconen prothese en inbrengen van eenzelfde doch kleinere prothese rechts en passende ptosiscorrectie en correctie van de tepels" ten laste van de zorgverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 14 mei 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat haar aanspraak is afgewezen.
- 3.3. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 4 oktober 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft hierop bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de zorgverzekeraar.
- 3.5. Bij brief van 18 mei 2008 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering (hierna: het ver-

zoek).

- 3.6. 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. Bij dit verzoek is een afschrift van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.7. De zorgverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en heeft de commissie bij brief van 23 juni 2008 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 17 juli 2008 aan verzoekster gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 26 juli 2008 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden.
- 3.9. Bij brief van 24 juli 2008 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 14 augustus 2008 heeft het CVZ bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek van verzoekster af te wijzen op de grond dat geen sprake is van een status na gehele of gedeeltelijke borstamputatie en evenmin sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis dan wel een verminking. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 20 augustus 2008 aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 10 september 2008 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.11. Bij brief van 12 september 2008 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of het verslag aanleiding geeft tot aanpassing van het voorlopige advies. In reactie daarop heeft het CVZ de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopige advies als definitief kan worden beschouwd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Verzoekster stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat zij vier jaar geleden in België is geopereerd aan haar borsten, omdat zij een verschil van 1,5 cupmaat had tussen beide borsten. Deze operatie is echter niet goed uitgevoerd; nog altijd heeft verzoekster een maatverschil en een asymmetrie tussen haar borsten.
- 4.2. Ter zitting is door verzoekster aangevoerd dat de situatie thans slechter is dan vier jaar geleden. Om die reden, en vanwege het feit dat destijds door de zorgverzekeraar toestemming is verleend, zou de huidige aanvraag dienen te worden beoordeeld aan de hand van de toen geldende criteria.
- 4.3. 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 bij verzoekster sprake is van één cupmaat verschil tussen beide borsten en dat dit valt

binnen de normale variatiebreedte. Tevens is de zorgverzekeraar van oordeel dat geen sprake is van een vervolgooperatie, aangezien met de eerste operatie het beoogde en naar medisch deskundig oordeel haalbare resultaat is bereikt.

- 5.2. Ter zitting is door de zorgverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat ten tijde van de eerdere ingreep andere criteria golden. Dat op basis daarvan destijds toestemming is verleend, betekent niet dat ook de huidige aanvraag automatisch moet worden gehonoreerd.

- 5.3. 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.

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. Vergoeding voor behandelingen van plastisch-chirurgische aard is geregeld in artikel 20 lid 4 en lid 5 van de zorgverzekering. Dit artikel bepaalt, voor zover hier van belang:

“lid 4 Behandelingen van plastisch-chirurgische aard

Op behandeling van plastisch-chirurgische aard bestaat slechts aanspraak indien die strekt ter correctie van:

- 1. (...);*
 - 2. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;*
- (...)*

lid 5 Uitgesloten behandelingen

In aansluiting op het bepaalde in artikel 2 lid 4 bestaat:

a. (...)

b. geen aanspraak op:

(...)

- het operatief plaatsen van een borstprothese anders dan na status bij een gehele of gedeeltelijke borstamputatie;

(...)”

- 7.2. De regeling van artikel 20 is volgens artikel 2 lid 1 gebaseerd op de Zvw, het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 7.3. 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. In artikel 2.4 lid 1 onder b van het 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 van het Bzv wordt bepaald

dat bij ministeriële regeling bepaalde vormen van zorg kunnen worden uitgezonderd.

- 7.4. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.5. De vraag is in de eerste plaats of de aanvraag van verzoekster betrekking heeft op een vervolgooperatie van de eerder in België ondergane borstcorrectie. Naar het oordeel van de commissie is uit de overgelegde stukken, en daarbij in het bijzonder de aanvraag voor de behandeling, niet gebleken dat met de eerdere ingreep het toen beoogde resultaat – medisch gezien – niet zou zijn bereikt.
Of het van de plastisch-chirurgische behandeling te verwachten resultaat destijds is bereikt, is overigens een aangelegenheid die de contractuele verhouding tussen patiënt en behandelend arts betreft, en niet die tussen verzekerde (gelijk verzoekster) en de zorgverzekeraar.
- 7.6. Nu het hier geen vervolgooperatie betreft, maar een nieuwe aanvraag, dient deze te worden beoordeeld op basis van de ten tijde van de aanvraag geldende verzekeringsvoorwaarden.
In dat kader oordeelt de commissie dat de aangevraagde medische behandeling niet voor verstrekking in aanmerking komt, aangezien in artikel 20 lid 5 van de polisvoorwaarden het operatief plaatsen van borstprothesen expliciet van verstrekking is uitgesloten, tenzij in geval van status na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie. Dit laatste is bij verzoekster niet aan de orde.
- 7.7. Ten overvloede overweegt de commissie het volgende. Om van een verminking in de zin van de zorgverzekering te kunnen spreken moet – naar vaste jurisprudentie van de commissie – sprake zijn van een ernstige misvorming al dan niet gepaard gaande met weefseldefect. Te denken valt bijvoorbeeld aan een derdegraadsverbranding. Een dergelijke situatie doet zich bij verzoekster niet voor.
- 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, 24 september 2008.

Voorzitter