

ANONIEM

Bindend advies

Partijen	: A te B vs C te D
Zaak	: Geneeskundige zorg, plastische-chirurgie, mastopexie (borstlift)
Zaaknummer	: ANO07.296
Zittingsdatum	: 5 september 2007

Zaak ANO07.296, Geneeskundige zorg, plastische-chirurgie, mastopexie (borstlift)

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 en 11 Zvw en 2.4 Bzv)

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 13 november 2006 inzake de afwijzing van de aanvraag voor een mastopexie (borstlift).

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 Zorgverzekering, een verzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), (hierna de zorgverzekering), alsmede een aanvullende verzekering.
- 3.2 Bij brief van 13 november 2006 heeft de zorgverzekeraar verzoekster bericht dat de aanvraag voor een mastopexie is afgewezen.
- 3.3 Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 6 maart 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4 Bij brief van 12 maart 2007 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd te bepalen dat de zorgverzekeraar de bovengenoemde behandeling dient 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 24 april 2007 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt.
- 3.7 Bij brief van 10 juli 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen verzocht om advies, een en ander conform artikel 114 Zvw.

- 3.8 Eveneens op 10 juli 2007 is verzoekster een afschrift van de reactie van de zorgverzekeraar gezonden. Tevens zijn partijen in de gelegenheid gesteld zich te doen horen.
- 3.9 Het College voor zorgverzekeringen heeft op 27 juli 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 aan partijen gezonden.
- 3.10 Partijen 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.
- 3.11 In vervolg op de hoorzitting heeft de zorgverzekeraar nog een nader onderzoek uitgevoerd. De uitkomst daarvan heeft de zorgverzekeraar de commissie op 13 september 2007 meegedeeld. Een afschrift hiervan is op 15 oktober ter kennisname aan verzoekster gezonden.
- 3.12 Bij brief van 15 oktober 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 verzoekster

- 4.1 Verzoekster is in het verleden afgevallen van 110 kg naar 66 kg. Van haar vroegere D-cup resteert sindsdien een BH-maat 75B. Tevens zijn de borsten erg slap geworden, zo stelt de behandelend plastisch-chirurg. Hij verklaart verder dat er “een forse ptosis graad III (is) ontstaan, waarbij de Re borst wat meer hangt dan Li en iets groter is”. Door middel van een mastopexie is een en ander te corrigeren.
- 4.2 Volgens verzoekster wordt haar aanvraag niet serieus genomen door de zorgverzekeraar. Zij is niet bij de medisch adviseur van de zorgverzekeraar op het spreekuur geweest en de reden van afwijzing is niet duidelijk. Voorts verklaart zij dat haar gezondheid (zowel psychisch als lichamelijk) er door een en ander niet beter op wordt.
- 4.3 Tijdens de zitting heeft verzoekster nog aangegeven dat bij haar sprake is van lichamelijke functiestoornissen. Zij kon namelijk haar jongste dochter niet de borst geven.

5. Het standpunt van de zorgverzekeraar

- 5.1 De zorgverzekeraar verwijst naar artikel 9.1 van de zorgverzekering en constateert dat in de situatie van verzoekster geen sprake is van “status bij een gehele of gedeeltelijke borstamputatie”. In de voorwaarden van de zorgverzekering voor het jaar 2007 is dezelfde uitsluiting opgenomen. Vanwege het ontbreken van een medische noodzaak is vergoeding ten laste van de aanvullende verzekering evenmin mogelijk.

- 5.2 De zorgverzekeraar erkent dat de brief van 6 maart 2007 inzake de heroverweging te summier 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. De commissie is daarentegen niet bevoegd ten aanzien van de aanvullende verzekering.

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 restitutieverzekering, zodat verzoekster gebruik kan maken van niet-gecontracteerde zorg. Vergoeding voor plastische-chirurgie staat vermeld in artikel 12 lid 5 sub a van de voorwaarden. Dit artikel bepaalt, voor zover hier van belang, het volgende:

*"Plastisch chirurgische zorg
U heeft alleen recht op vergoeding van kosten voor plastisch chirurgische zorg als de behandeling dient ter correctie van:
- afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
- verminkingen die het gevolg zijn van een ongeval, ziekte of geneeskundige verrichting;
(...)
Voorwaarde:
Voorafgaande schriftelijke toestemming van [zorgverzekeraar] is noodzakelijk."*

- 7.3 In artikel 1 van de zorgverzekering is bepaald dat de zorgverzekering is gebaseerd op de Zvw, het Bzv, de Rzv de daarbij behorende toelichting en de door de verzekeringnemer verstrekte informatie.
- 7.4 Voor de beoordeling van het onderhavige geschil zijn de navolgende wettelijke bepalingen 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 zorg of overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Waar het gaat om

geneeskundige zorg is een en ander, conform lid 3 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. In lid 2 wordt bepaald dat bij ministeriële regeling bepaalde vormen van zorg kunnen worden uitgezonderd.

- 7.5 De commissie constateert dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.6 De vraag is vervolgens of in de situatie van verzoekster sprake is van een afwijking in het uiterlijk die gepaard gaat met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen als bedoeld in artikel 12 lid 5 sub a van de zorgverzekering. Om van een dergelijke afwijking te kunnen spreken dient het te gaan om een functiestoornis van vrij ernstige aard met als onderscheidend criterium het aanwezig zijn van een ernstige bewegingsbeperking. De functiestoornis dient bovendien objectiveerbaar zijn. Bij de beantwoording van de vraag of de functiestoornis objectiveerbaar is, is onder meer van belang of aannemelijk is dat de aangevoerde lichamelijke functiestoornis (het niet de borst kunnen geven van de jongste dochter) veroorzaakt wordt door de te corrigeren lichamelijke afwijking. Verder is van belang of het aannemelijk is dat het te corrigeren lichaamsdeel klachten als aangevoerd veroorzaakt in een zodanige ernstige mate dat gesproken kan worden van een lichamelijke functiestoornis in de zin van de zorgverzekering en de regelgeving. Voorts dient, mede indachtig artikel 2 lid 5 van de zorgverzekering, aannemelijk te zijn dat de aangevraagde behandeling de klachten zal doen wegnemen. De commissie is niet gebleken dat bij verzoekster sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis als bedoeld in artikel 12 lid 5 sub a van de zorgverzekering. Ook kan niet worden gesproken van een verminking als gevolg van een ongeval, ziekte of geneeskundige verrichting.
- 7.7 Het voorgaande leidt ertoe dat in de situatie van verzoekster geen sprake is van een indicatie voor de ingreep, als bedoeld in artikel 12 lid 5 sub a van de zorgverzekering. Het verzoek dient derhalve te worden afgewezen.

8. Het bindend advies

- 8.1 De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 31 oktober 2007.

Voorzitter