

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 : ANO06.111
Zittingsdatum : 27 september 2006

Zaak: ANO06.111 (geneeskundige zorg, plastische chirurgie, borstcorrectie)

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

(art. 11 Zvw, 2.4 Bzv, 2.1 Rzv)

1. Partijen

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

tegen

E te F, hierna te noemen de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen het besluit van de zorgverzekeraar van 22 februari 2006 inzake de afwijzing van de aanvraag tot vergoeding van de kosten van een borstcorrectie van verzekerde.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Verzekerde is bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van een verzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw) (hierna: de zorgverzekering).
- 3.2. Bij brief van 22 februari 2006 heeft de zorgverzekeraar verzekerde bericht dat op de door haar behandelend specialist ingediende aanvraag tot vergoeding van de kosten van een borstcorrectie afwijzend was beslist.
- 3.3. Daarop is aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 5 mei 2006 heeft de zorgverzekeraar meegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. Bij brief van 17 mei 2006 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de kosten van de borstcorrectie ten behoeve van verzekerde 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 op 6 juli 2006 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt.
- 3.7. Op 10 juli 2006 is verzoekster een afschrift van de reactie van de zorgverzekeraar gezonden. Tevens zijn partijen in de gelegenheid gesteld zich te doen horen.
- 3.8. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 27 september 2006 in persoon gehoord.
- 3.9. Bij brief van 5 oktober 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 op 31 oktober 2006, op de voet van artikel 114, derde lid, van de Zvw, haar advies gegeven. Een afschrift hiervan is aan partijen gezonden.

4. Het standpunt van verzoekster

- 4.1 Verzekerde is een vrouw van 16 jaar. Ze heeft geen linkerborst, waardoor verzekerde zich ernstig gehandicapt voelt. Verder geeft verzoekster aan dat deze handicap diep ingrijpt in het gevoel van vrouwelijkheid van verzekerde. Ook vormt dit voor haar een grote geestelijke belasting.
- 4.2 Voorts wordt aangevoerd dat bij verzekerde in het geheel geen borstontwikkeling aan de linkerkant heeft plaatsgevonden als gevolg van een fout in de aanleg van de chromosomen tijdens de zwangerschap. Hoewel het oorzakelijk verband bij een amputatie van de borst anders is, is het gevolg – het gemis van de borst – objectief hetzelfde. Tot slot wordt met klem benadrukt dat het niet gaat om een cosmetische ingreep.

5. Het standpunt van de zorgverzekeraar

- 5.1 De zorgverzekeraar geeft aan dat een aanvraag is ingediend voor vergoeding van een plastisch-chirurgische behandeling ten behoeve van verzekerde, die bekend is met een hypoplasie linkerborst met asymmetrie van meer dan 1 cupmaat.
- 5.2 In artikel 2.1, sub c van de Regeling zorgverzekering is bepaald dat geen aanspraak bestaat op behandelingen welke het operatief plaatsen van een borstprothese anders dan na status bij een gehele of gedeeltelijke borstamputatie omvatten. Verzekerde voldoet niet aan deze voorwaarde, zodat op grond van de zorgverzekering geen aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van de gewenste behandeling.
- 5.3 Verder heeft de zorgverzekeraar tijdens de hoorzitting aangegeven zijn stelling dat bij verzoekster wel sprake is van borstaanleg, in te trekken.

6. De bevoegdheid van de commissie

De commissie acht zich bevoegd van het onderhavige geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Daarbij beperkt de bevoegdheid van de commissie zich tot de zorgverzekering. Ten aanzien van aanvullende verzekeringen is de commissie niet bevoegd.

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. Artikel 1 onder d van de Zvw bepaalt dat een 'zorgverzekering' dient te voldoen aan de eisen van de Zorgverzekeringswet. De aard en omvang van de in de 'zorgverzekering' op te nemen verzekerde prestaties zijn omschreven in 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. Waar het vervolgens gaat om de onderhavige behandeling, geldt het volgende.

7.2. De onderhavige relatie tussen verzekerde en de zorgverzekeraar wordt beheerst door de afgesloten zorgverzekering. De vraag of verzekerde thans aanspraak kan maken op vergoeding van de kosten van een borstcorrectie – in de vorm van het plaatsen van een borstprothese – moet dan ook in eerste instantie worden beantwoord aan de hand van de tussen partijen afgesloten zorgverzekering. De commissie constateert dat de zorgverzekeraar zijn beslissing echter primair heeft doen steunen op de van toepassing zijnde wet- en regelgeving. De commissie acht dit, mede nu de Zvw uitgaat van een privaatrechtelijk verzekeringsrelatie, onjuist. Een en ander neemt niet weg dat de wet- en regelgeving bepalend is voor de inhoud en de omvang van de door de verzekering te bieden dekking. Immers, alleen een verzekering die voldoet aan de wettelijke eisen wordt gekwalificeerd als ‘zorgverzekering’ en uitsluitend door het afsluiten van een ‘zorgverzekering’ voldoet een verzekeringsplichtige aan zijn - in de Zvw opgenomen - verzekeringsplicht.

7.3. De commissie stelt vervolgens vast dat artikel 7 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering gaat over de omvang van de dekking. Voor de inhoud, omvang, duur en wijze van verkrijging van de verzekerde prestaties verwijst artikel 7, lid 1, onderdeel b van de algemene voorwaarden naar de “lijst van aanspraken”. In onderdeel 2 van de “lijst van aanspraken” is omschreven op welke vormen van medisch-specialistische zorg en onderzoek aanspraak kan worden gemaakt. In genoemd onderdeel is onder meer het volgende bepaald:

“c Plastisch-chirurgische behandelingen

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. (...)*

Prestatie:

vergoeding van de kosten

Uitsluitingen:

- (...)*
- behandeling voor het operatief plaatsen van borstprothesen anders dan bij status na een (gedeeltelijke) borstamputatie. Het gaat hierbij ook om operaties ter vervanging van borstprothesen anders dan na het implanteren van dergelijke borstprothesen na een (gedeeltelijke) borstamputatie.”*

7.4. Verder geeft artikel 4 van de verzekeringsvoorwaarden onder meer aan dat de verzekeringsovereenkomst is gebaseerd op de Zvw, het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv), met inbegrip van de daarbij behorende toelichting. Voorts bepaalt artikel 7, lid 1, onder a, van de verzekeringsvoorwaarden onder meer dat de vergoeding van kosten van zorg, als in de zorgverzekering omschreven, de vormen van zorg omvat die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de Zvw en het Bzv.

7.5. Ten aanzien van het aan haar voorgelegde geschil overweegt de commissie als volgt. Op grond van artikel 11, lid 1, onderdeel b, van de Zvw bestaat aanspraak op de vergoeding van kosten van zorg en overige diensten. Waar het gaat om geneeskundige zorg is een en ander naar aard en omvang omschreven in artikel 2.4 van het Bzv. Artikel 2.4, lid 2 Bzv bepaalt dat bij ministeriële regeling bepaalde vormen van zorg kunnen worden uitgezonderd. Op grond hiervan is in artikel 2.1, aanhef en onder c, van de Rzv bepaald dat de geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 2.4 Bzv on-

der meer niet het operatief plaatsen, het operatief verwijderen en het operatief vervangen van borstprothese, anders dan na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie omvat. In de toelichting op de Rzv valt hierover te lezen dat het in genoemd artikel gaat om de uitsluitingen zoals die met ingang van 1 januari 2005 geregeld waren in (artikel 2, lid 2 en artikel 5 van) 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 zou kunnen komen. Dit geldt onder andere voor het operatief plaatsen van een borstprothese anders dan na status bij een gehele of gedeeltelijke borstamputatie (artikel 2, lid 2, aanhef en onderdeel c van de Regeling medisch-specialistische zorg Ziekenfondswet).

Hoewel in een aantal gevallen ook behandelingen van vergoeding worden uitgesloten die geen cosmetisch, maar een geneeskundig doel dienen, heeft de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport besloten ook deze behandelingen uit te sluiten. De in artikel 2, lid 2, aanhef en onderdeel c van de Regeling medisch-specialistische zorg Ziekenfondswet opgenomen uitsluitingsgronden zijn vergelijkbaar met artikel 2.1, aanhef en onderdeel c van de Rzv.

7.6. De commissie is van oordeel dat onderdeel 2 van de “lijst van aanspraken” in deze strookt met de van toepassing zijnde wet- en regelgeving.

7.7. De commissie stelt vervolgens vast dat in het specifieke geval, het niet ontwikkeld zijn van de linkerborst is te beschouwen als een ontwikkelingsstoornis, die met een ziekte kan worden gelijkgesteld. Aldus is er een indicatie in de zin van onderdeel 2 van de “lijst van aanspraken” aanwezig.

Zoals hiervoor is toegelicht, is in de verzekeringsvoorwaarden echter een uitsluiting opgenomen voor het operatief plaatsen van borstprothesen. Hierop is slechts één uitzondering gemaakt, namelijk in geval van status na (gedeeltelijke) borstamputatie. Hiervan is bij verzekerde geen sprake. Het College voor zorgverzekeringen (verder: CVZ) heeft zich in het licht van het voorgaande in zijn advies aan de commissie op het standpunt gesteld dat verzekerde niet in aanmerking komt voor de aangevraagde borstcorrectie.

Anders dan het CVZ is de commissie van oordeel dat de situatie van verzekerde in dit geval op één lijn is te stellen met een status na borstamputatie aangezien het resultaat van een borstamputatie in zijn meest vergaande vorm daaruit bestaat dat er in het geheel geen klierweefsel meer aanwezig is. Deze situatie wijkt niet af van de situatie van verzekerde; slechts de oorzaak is anders. Immers, in het ene geval betreft het een operatieve verwijdering van het weefsel, in het andere een (erfelijk bepaalde) ontwikkelingsstoornis. Het verschil in oorzaak kan evenwel niet ertoe leiden dat verzekerde de aangevraagde behandeling moet worden onthouden.

7.8. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek moet worden toegewezen.

8. Het bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek toe.

Zeist, 10 januari 2007

Voorzitter