

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B vs C te D
Zaak	: Geneeskundige zorg, plastische-chirurgie, mammae-augmentatie met DIEP-flap
Zaaknummer	: ANO07.273
Zittingsdatum	: 3 oktober 2007

Zaak ANO07.273, Geneeskundige zorg, plastische-chirurgie, mammae-augmentatie met DIEP-flap

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. T. Hartlief (voorzitter), mr. J.H.A. Teulings en mr. drs. P.J.J. Vonk)

(Voorwaarden zorgverzekering 2007, art. 10 en 11 Zvw, 2.4 Bzv en 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 24 januari 2007 inzake de afwijzing van de aanvraag voor een mammae-augmentatie met DIEP-flap .

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1 Verzoekster is bij de zorgverzekeraar verzekerd op basis van de Zorg-op-maatpolis, een verzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), (hierna: de zorgverzekering).
- 3.2 Bij brief van 24 januari 2007 heeft de zorgverzekeraar verzoekster medegedeeld dat de aanvraag voor een mammae-augmentatie met DIEP-flap is afgewezen.
- 3.3 Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 1 mei 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeksters medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4 Bij brief van 2 mei 2007 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd te bepalen dat de zorgverzekeraar een machtiging voor de eerder genoemde ingreep dient af te geven.
- 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 11 juli 2007 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt.
- 3.7 Bij brief van 21 augustus 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen verzocht om advies, een en ander conform artikel 114 van de Zvw.

- 3.8 Op van 21 augustus 2007 is verzoekster een afschrift van de reactie van de zorgverzekeraar gezonden. Tevens zijn partijen in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Tevens zijn partijen in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Van de mogelijkheid zich te doen horen is door beide partijen gebruik gemaakt.
- 3.9 Het College voor zorgverzekeringen heeft op 25 september 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 Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 3 oktober 2007 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het College voor zorgverzekeringen. Verzoekster heeft van deze mogelijkheid geen gebruik gemaakt. Ook de zorgverzekeraar heeft geen aanleiding gezien tot het geven van een reactie.
- 3.11 Bij brief van 4 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 een 50-jarige vrouw is die ongeveer twintig jaar geleden een borstaugmentatie heeft ondergaan met siliconenprothesen. Ongeveer zes jaar geleden werden de prothesen verwisseld, waarbij nieuwe zijn geplaatst. Ongeveer twee jaar geleden werden deze prothesen weer verwijderd, in verband met kapselcontractuur Baker type 4, links meer dan rechts. Er zijn geen borstprothesen geplaatst. Zij zou borsten van eigen weefsel willen hebben; siliconenprothesen zijn geen optie meer. Verzoekster heeft een bilaterale ptose en hypotrofie na verwijderen van implantaten als gevolg van de kapselcontractuur. De behandeling behelst een bilaterale autologe augmentatie /reconstructie met een vrije DIEP-flap.
5. Het standpunt van de zorgverzekeraar
- 5.1 De zorgverzekeraar verwijst naar de polisvoorwaarden en meent dat verzoekster, om in aanmerking te komen voor een machtiging voor de onderhavige behandeling, dient te voldoen aan hetgeen is gesteld in artikel 20 van de zorgverzekering. Er dient sprake te zijn van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of verminking in de zin van de polisvoorwaarden. Daarvan is geen sprake is.
- 5.2 Om de plaatsing van de implantaten vergoed te krijgen, diende volgens de zorgverzekeraar onder het regime van de Ziekenfondswet ook sprake te zijn van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of verminking. De wijziging daarna had, wat betreft borstcorrecties, alleen betrekking op het plaatsen van implantaten.
- 5.3 Het is niet het voorgestelde behandelplan van de behandelend arts dat bepalend is voor de vergoeding. De zorgverzekeraar is degene die bepaalt of een behandeling onder de voorwaarden valt en vergoed kan worden.
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 De relatie tussen partijen wordt beheerst door een verzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het BW. 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.

- 7.3 Het betreft hier een naturaverzekering, zodat verzekerde in beginsel aanspraak maakt op gecontracteerde zorg. Vergoeding voor plastische-chirurgie is geregeld in artikel 20 lid 4 van de voorwaarden. Dit artikel bepaalt, voor zover hier van belang, het volgende:

“Op behandeling van plastisch-chirurgische aard bestaat slechts aanspraak indien die strekt ter 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.”*

In artikel 20 lid 5 sub b, vierde gedachtestreepje van de zorgverzekering is, voor zover hier van belang, het volgende bepaald:

“Uitgesloten behandelingen

-Het operatief plaatsen van een borstprothese anders dan na status bij een gehele of gedeeltelijke borstamputatie”.

- 7.4 Volgens artikel 2 lid 1 van polisvoorwaarden is de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Bzv met de daarbij behorende Rzv, met inbegrip van de daarbij behorende toelichting, en het door de verzekeringnemer ingevulde aanvraagformulier. De overeenkomst is vastgelegd in de zorgpolis, als bedoeld in artikel 1 sub h en i van de Zvw. Deze zorgpolis wordt jaarlijks verstrekt aan de verzekerde en, zo deze een andere persoon is dan de verzekerde, aan de verzekeringnemer.
- 7.5 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 zorg of overige diensten waaraan hij behoefte heeft.

Geneeskundige zorg is, conform artikel 11 lid 3 van de Zvw, naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 van het Bzv. In artikel 2.4 lid 1 onder b Bzv 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 van dat artikel wordt bepaald dat bij ministeriële regeling bepaalde vormen van zorg kunnen worden uitgezonderd. In artikel 2.1 lid c van de Rzv is bepaald dat de zorg, als genoemd in artikel 2.4 van het Bzv, niet omvat het operatief plaatsen, het operatief verwijderen en het operatief vervangen van een borstprothese, anders dan na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie.

- 7.6 Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.7 De commissie stelt vast dat niet is gebleken van een indicatie als bedoeld in artikel 20 lid 4 van de zorgverzekering. Zo kan niet worden gesproken van een afwijking in het uiterlijk die gepaard gaat met een aantoonbare functiestoornis. Het onderscheidend criterium is hierbij het al dan niet aanwezig zijn van lichamelijke bewegingsbeperkingen. Hiervan is bij de aanvraag geen melding gemaakt.
- 7.8 Ten aanzien van de vraag of het hier gaat om een verminking als gevolg van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting, merkt de commissie dat van verminking niet eerder kan 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.
- 7.9 Overigens stelt de commissie vast dat evenmin is gebleken van een hele dan wel een gedeeltelijke borstamputatie.
- 7.10 De aangevraagde ingreep valt derhalve niet onder de geneeskundige zorg die op grond van de zorgverzekering voor vergoeding in aanmerking komt.
- 7.11 Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
- 8. Het bindend advies
- 8.1 De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 17 oktober 2007

Voorzitter