

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B vs C te D
Zaak	: Geneeskundige zorg, plastische-chirurgie, borstcorrectie
Zaaknummer	: ANO07.413
Zittingsdatum	: 12 december 2007

BINDEND ADVIES

Zaak ANO07.413, 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)

(Voorwaarden zorgverzekering 2006, 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 26 september 2006 inzake de afwijzing van de aanvraag voor een borstcorrectie.

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 26 september 2006 heeft de zorgverzekeraar verzoekster medegedeeld dat de aanvraag voor een borstcorrectie is afgewezen.
- 3.3 Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 20 december 2006 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4 Bij ongedateerde brief, die de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) op 29 juni 2007 heeft ontvangen, vraagt verzoekster de commissie 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 16 augustus 2007 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt.
- 3.7 Bij brief van 4 oktober 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen

verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, van de Zvw.

- 3.8 Op 4 oktober 2007 is verzoekster een afschrift van de reactie van de zorgverzekeraar gezonden. Tevens zijn partijen in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Van de mogelijkheid zich te doen horen is door partijen gebruik gemaakt.
- 3.9 Het College voor zorgverzekeringen heeft op 2 november 2007 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 12 december 2007 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het College voor zorgverzekeringen. Verzoekster heeft van deze mogelijkheid gebruik gemaakt en haar standpunt nog eens herhaald. De zorgverzekeraar heeft geen aanleiding gezien tot het geven van een reactie.
- 3.11 Bij brief van 14 december 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 wenst een mamma-augmentatie beiderzijds wegens het ontbreken van borstontwikkeling.
- 4.2 In de aanvraag van de plastisch-chirurg van 11 september 2006 staat dat bij verzoekster sprake is van een agenesie van de mammae. Verzoekster heeft een cupmaat van 75 AA en geen borstontwikkeling. Verzoekster wenst een mammae augmentatie te ondergaan. Verzoekster is 1.58 lang en weegt 37.5 kilo.

5. Het standpunt van de zorgverzekeraar

- 5.1 De zorgverzekeraar verwijst naar de polisvoorwaarden en meent dat, om in aanmerking te komen voor een machtiging voor de onderhavige behandeling, verzoekster dient te voldoen aan hetgeen is gesteld in de zorgverzekering. Er dient sprake te zijn van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of verminking in de zin van de polisvoorwaarden. Hiervan is bij verzoekster geen sprake. Het operatief plaatsen van borstprothesen is, anders na status bij een gehele of gedeeltelijke borstamputatie, expliciet uitgesloten van vergoeding.

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. 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 geregeld 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 naturaverzekering, zodat de verzekerde in beginsel gebruik dient te maken van gecontracteerde zorg of hulpverleners in dienst van de zorgverzekeraar. Vergoeding voor plastische-chirurgie is geregeld in artikel 9 lid 2 onder c van de voorwaarden. Dit artikel bepaalt, voor zover van belang, het volgende:

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

- 1. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;*
 - 2. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige Verrichting;*
- (...).”*

Artikel 9 lid 2 onder d van de voorwaarden bepaalt, voor zover van belang, het volgende:

“d. uitgesloten behandelingen

- 1. (...)*
- 2. Geen aanspraak bestaat op:*
 - a. (...);*
 - b. (...);*
 - c. het operatief plaatsen van een borstprothese anders dan na status bij een gehele of gedeeltelijke borstamputatie;*
 - d. het operatief verwijderen en plaatsen van een borstprothese na het operatief plaatsen van een borstprothese anders dan na status bij een gehele of gedeeltelijke borstamputatie.”*

- 7.3 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.
- 7.4 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. Geneeskundige zorg is een en ander, conform lid 3 van artikel 11 Zvw, naar aard en omvang geregeld 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 onder 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.

- 7.5 De commissie constateert dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.6 De commissie stelt vervolgens vast dat in het specifieke geval, het niet ontwikkeld zijn van de borsten is te beschouwen als een ontwikkelingsstoornis, die met een ziekte kan worden gelijkgesteld. Aldus is er een indicatie in de zin van artikel 9 van de zorgverzekering 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.
- 7.7 Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen.
8. Het bindend advies
- 8.1 De commissie wijst het verzoek toe.
- 8.2 De commissie bepaalt dat de zorgverzekeraar het bedrag van € 37,00 aan verzoekster dient te vergoeden.

Zeist, 17 januari 2008

Voorzitter