

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B vs. C te D
Zaak	: geneeskundige zorg, plastische chirurgie, mamma-augmentatie
Zaaknummer	: ANO06.69
Zittingsdatum	: 1 november 2006

Zaak: ANO06.69 (geneeskundige zorg, plastische chirurgie, mamma-augmentatie)

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

(art. 11 Zvw, 2.4 Bzv, 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 8 maart 2006 inzake de afwijzing van de aanvraag tot vergoeding van de kosten van een mamma-augmentatie (plaatsen borstprothesen).

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster 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 8 maart 2006 heeft de zorgverzekeraar verzoekster bericht dat op de door haar behandelend medisch-specialist ingediende aanvraag tot vergoeding van de kosten van een mamma-augmentatie (plaatsen borstprothesen) afwijzend was beslist.
- 3.3. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 27 april 2006 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster meegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. Bij brief van 13 mei 2006 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de kosten van de mamma-augmentatie 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 12 juli 2006 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt.
- 3.7. Op 17 juli 2006 is verzoekster een afschrift van de reactie van de zorgverzekeraar gezonden. Tevens zijn verzoekster en de zorgverzekeraar in de gelegenheid gesteld zich te doen horen.
- 3.8. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 1 november 2006 telefonisch gehoord.

- 3.9. Bij brief van 6 november 2006 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen verzocht om advies, een en ander conform artikel 114 lid 3 van de Zvw.
- 3.10. Het College voor zorgverzekeringen heeft op 12 december 2006 haar advies gegeven. Een afschrift hiervan is aan partijen gezonden.

4. Het standpunt van verzoekster

- 4.1. Verzoekster geeft aan dat haar borstmaat na een aantal zwangerschappen van cup C naar cup A is gegaan. Hierdoor voelt zij zich niet meer vrouwelijk. Haar huisarts heeft haar verwezen naar een plastisch chirurg. Deze heeft vastgesteld dat er in de situatie van verzoekster sprake is van mammahypoplasie na zwangerschap. Verzoekster stelt dat haar huisarts en behandelend medisch-specialist een behandeling medisch noodzakelijk vinden, maar dat de zorgverzekeraar de aanvraag steeds afwijst. Zij is van mening dat, hoewel de huidige omvang van haar borsten niet het gevolg is van een ziekte of afwijking, er wel kan worden gesproken van een verminking van haar lichaam. Verder begrijpt verzoekster niet waarom de zorgverzekeraar medische ingrepen niet toestaat, maar wel 15% korting geeft op cosmetische ingrepen.
- 4.2. Tijdens het telefonisch horen heeft verzoekster nog aangegeven dat zij inmiddels kampt met psychische klachten, waarvoor zij geneesmiddelen slikt en onder behandeling van een psycholoog staat.

5. Het standpunt van de zorgverzekeraar

- 5.1. Volgens de zorgverzekeraar is in artikel 2.1, sub c, van de Regeling zorgverzekering 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. Verzoekster voldoet niet aan deze voorwaarde, zodat op grond van de zorgverzekering geen aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van de gewenste behandeling.
- 5.2. Voorts biedt de toepasselijke regelgeving geen mogelijkheid tot vergoeding van een plastisch-chirurgische behandeling, bestaande uit het plaatsen van borstprothesen, bij psychische klachten.
- 5.3. De zorgverzekeraar stelt zich dan ook op het standpunt dat de aangevraagde mamma-augmentatie niet voor vergoeding in aanmerking komt.

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 is 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. Waar het vervolgens gaat om de onderhavige behandeling, geldt het volgende.

- 7.2. De onderhavige relatie tussen verzoekster en de zorgverzekeraar wordt beheerst door de afgesloten zorgverzekering. De vraag of verzoekster thans aanspraak kan maken op vergoeding van de kosten van een mamma-augmentatie (het plaatsen van borstprothesen) 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. In onderdeel b, van het eerste lid, van genoemd artikel wordt voor de inhoud, omvang, duur en wijze van verkrijging van de verzekerde prestaties verwezen 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;*

(...)

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. Artikel 4 van de verzekeringsvoorwaarden geeft 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, eerste lid, 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. Vanuit genoemde regelgeving heeft het volgende te gelden. 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. In het tweede lid van artikel 2.4 van het Bzv wordt bepaald 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 op het tweede lid van artikel 2 van laatstgenoemde regeling blijkt dat tot de uitdrukkelijke vermelding van de uit het pakket verwijderde 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.
- 7.6. Uit de aanvraag van de behandelend plastisch-chirurg van 24 januari 2006 maakt de commissie op dat de aangevraagde behandeling geschiedt op verzoek van verzoekster zelf. Verder stelt de commissie vast dat bij verzoekster geen sprake is van een status na een (gedeeltelijke) borstamputatie. Onderdeel 2 onder c van de “lijst van aanspraken” sluit het plaatsen van een borstprothese, anders dan na status bij een gehele of gedeeltelijke borstamputatie, van vergoeding uit. Voorts vormen de door verzoekster, tijdens het horen, aangegeven psychische klachten geen indicatie voor plastische chirurgie.
- 7.8. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek wordt afgewezen.
8. Het bindend advies
- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 18 december 2006

Voorzitter