

BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vs C te D
Zaak : Geneeskundige zorg, plastische-chirurgie, borstcorrectie
Zaaknummer : 2007.01924
Zittingsdatum : 16 januari 2008

Zaak: 2007.01924 (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 2007, art. 10, 11 Zvw, 2.1, 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 na te melden besluit van de zorgverzekeraar van 24 januari 2007.

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 Zorg-op-maat polis (hierna: de zorgverzekering). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 BW en betreft een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, van de Zvw.

3.2. De behandelend plastisch-chirurg heeft bij verzoekster de volgende diagnose gesteld: "prothesen zitten subpectorale. Dubbel-bubbel". Verzoekster heeft naar aanleiding van de gestelde diagnose bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van de door haar gewenste zorg bestaande uit "prothesen verwijderen, reën mammae beiderzijds en modelleren weefsel" ten laste van de zorgverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 24 januari 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat haar aanspraak is afgewezen.

3.3. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 7 mei 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat hij heeft besloten zijn standpunt te handhaven.

3.4. Bij brieven van 7 september en 31 oktober 2007 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht de zorgverzekeraar te gelasten de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering.

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 bij brief van 16 november 2007 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op

29 november 2007 aan verzoekster toegezonden.

3.7. Bij brief van 29 november 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, van de Zvw, gevraagd. Het CVZ heeft bij brief van 14 december 2007 de commissie geadviseerd het verzoek af te wijzen op de grond dat niet aannemelijk is gemaakt dat er bij verzekerde sprake is van een verminking of een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. Een afschrift hiervan is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.

3.8. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 16 januari 2008 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.

3.9. Bij brief van 17 januari 2008 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting toegezonden met het verzoek mede te delen of het verslag aanleiding geeft tot aanpassing van het voorlopige advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 18 januari 2008 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopige advies als definitief kan worden beschouwd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

4.1. Verzoekster stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat zij in het verleden een borstvergroting door middel van het plaatsen van prothesen heeft ondergaan. Dit werd door de toenmalige verzekeraar volledig vergoed. Momenteel dienen de prothesen wegens medische noodzaak vervangen te worden. Bovendien verschuiven de prothesen en ondervindt verzoekster hier veel last van. Er is dan ook sprake van lichamelijke functiestoornissen.

4.2. De plastisch-chirurg heeft verklaard dat het hier een verminking na een operatie betreft. Het zogenaamde "dubbel bubbel" effect ontstaat doordat het eigen weefsel zakt, maar de prothese hoger blijft zitten. Tevens is bekend dat prothesen op een gegeven moment vervangen moeten worden. Door de ingreep twintig jaar geleden te vergoeden, dient de zorgverzekeraar ook zorg te dragen voor vergoeding van de vervanging van de huidige prothesen.

4.3. Verzoekster komt tot de conclusie dat haar verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

5.1. De zorgverzekeraar stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat verzoekster tijdens het lichamelijk onderzoek door de medisch adviseur geen pijnklachten heeft aangegeven. Van een lichamelijke functiestoornis is in de situatie van verzoekster dan ook geen sprake.

5.2. Tevens geeft de zorgverzekeraar aan dat niet kan worden gesproken van een verminking in de zin van de regelgeving. Een zogenaamde "dubbel bubbel" is een logisch gevolg van het ouder worden.

5.3. Met betrekking tot de stelling van verzoekster dat deze ingreep vergoed dient te worden, omdat de eerste ingreep in het verleden ook vergoed is, merkt de zorgverzekeraar het volgende op. De aanvraag is in het verleden naar de geldende regels van

toen beoordeeld. De aanspraak op plastische-chirurgie is in de tussentijd drastisch beperkt. De huidige aanvraag is beoordeeld naar de huidige regelgeving. Een in het verleden toegekende vergoeding kan er niet toe leiden dat ook toekomstige, vergelijkbare behandelingen per definitie tot afgifte van een machtiging leiden. Het plaatsen van prothesen is in zijn geheel uitgesloten van vergoeding, tenzij sprake is van status na een gehele of gedeeltelijke amputatie.

- 5.4. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoekster terecht is afgewezen.

6 De bevoegdheid van de commissie

Voor zover het onderhavige geschil betrekking heeft op de zorgverzekering, is de commissie bevoegd daarvan kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. De commissie is daarentegen niet bevoegd ten aanzien van de aanvullende verzekeringen.

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. Het betreft hier een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op zorg van door de zorgverzekeraar tot dat doel gecontracteerde zorgverleners. Vergoeding voor medisch-specialistische zorg is geregeld in artikel 20 van de zorgverzekering. Artikel 20 lid 4 bepaalt, voor zover hier van belang, dat op behandeling van plastisch-chirurgische aard slechts aanspraak bestaat 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; (. . .)"

- 7.2. Artikel 20 lid 5 van de zorgverzekering regelt dat geen aanspraak bestaat op:

- " (. . .);
- het operatief plaatsen van een borstprothese anders dan na status bij een gehele of gedeeltelijke borstamputatie;
 - 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. De regeling van artikel 20 is volgens artikel 2 lid 1 gebaseerd op de Zvw, het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

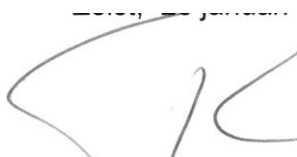
- 7.4. Artikel 11 lid 1 onderdeel a van de Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde in voorkomend geval, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. In artikel 2.4 lid 1 onder b van het Bzv is 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 artikel 2.4 lid 2 van het Bzv wordt bepaald dat bij ministeriële regeling bepaalde vormen van zorg kunnen worden uitgezonderd.

- 7.5. Op grond hiervan is in artikel 2.1 van de Rzv een aantal ingrepen expliciet uitgezonderd. Onder c wordt de plaatsing van borstprothesen uitgesloten, tenzij sprake is van een gehele of gedeeltelijke borstamputatie. In de toelichting op de Rzv valt te lezen dat het gaat om de uitsluitingen zoals die met ingang van 1 januari 2005 geregeld waren in 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 kunnen komen. De in de Regeling medisch-specialistische zorg Ziekenfondswet genoemde uitsluitinggrond voor het operatief plaatsen van een borstprothese is identiek aan die van artikel 2.1 onder b van de Rzv.
- 7.6. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.7. Het onderhavige geschil spitst zich toe op de vraag of verzoekster in de gegeven omstandigheden aanspraak kan maken op het verwijderen van de prothesen, reven van de mammae beiderzijds en modelleren weefsel beiderzijds ten laste van de zorgverzekering.
- 7.8. Om van een lichamelijke functiestoornis te kunnen spreken dient het te gaan om een functiestoornis van vrij ernstige aard. In een situatie als de onderhavige betreft het dan met name lekkage van de siliconenprothese, waarbij het siliconenmateriaal zich buiten het fibreuze kapsel bevindt, kapselvorming met ernstige pijnklachten, een persisterende of recidiverende, niet op andere wijze te behandelen infectie door de aanwezigheid van de prothese, dan wel interferentie met de behandeling van borstkanaker. Uit de door verzoekster ingebrachte stukken blijkt niet van een dergelijke situatie.
- 7.9. Uit de stukken blijkt evenmin van een verminking in de zin van artikel 20 lid 4 van de zorgverzekering. Naar het oordeel van de commissie doelt de term verminking in de regelgeving op grond van de Ziekenfondswet, en thans dus op grond van de zorgverzekering, specifiek op 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. Van een zodanige verminking is bij verzoekster geen sprake. Een indicatie voor de aangevraagde ingreep ontbreekt derhalve.
- 7.10. Los van het ontbreken van een indicatie, is in het geval van verzoekster niet voldaan aan de voorwaarde dat sprake moet zijn van status na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie. De uitsluiting van artikel 20 lid 5 van de zorgverzekering is derhalve onverkort van toepassing.
- 7.11. Tot slot is door de zorgverzekeraar opgemerkt dat de huidige aanvraag aan de huidige voorwaarden van de zorgverzekering getoetst dient te worden. De twintig jaar geleden afgegeven machtiging moet worden beschouwd tegen de achtergrond van de toenmalige verzekeringsvoorwaarden, die sindsdien bij herhaling zijn gewijzigd. Dat een borstvergroting twintig jaar geleden wél vergoed werd, brengt dan ook niet met zich dat het wisselen van deze prothesen ook in de toekomst voor vergoeding in aanmerking komt. Bovendien is met ingang van 1 januari 2006, door de wijziging van het stelsel, een volstrekt nieuwe situatie ontstaan.
- 7.12. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

8. Het bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 23 januari 2008,


Voorzitter