

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B versus C te D
Zaak	: Geneeskundige zorg, plastische-chirurgie, borstcorrectie
Zaaknummer	: ANO08.074
Zittingsdatum	: 27 februari 2008

VOORLEGGER

Zaak: ANO08.074 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 3 augustus 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 Basispolis (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: "status na mammae reductie: forse ptosis, ingetrokken tepels". De behandelend zorgverlener heeft naar aanleiding van de gestelde diagnose bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de van de door haar gewenste zorg bestaande uit "een borstcorrectie en een tepelcorrectie" ten laste van de zorgverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 3 augustus 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat haar aanspraken zijn afgewezen.
- 3.3. Verzoekster heeft op 16 augustus 2007 aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 11 september 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat hij heeft besloten zijn standpunt ten aanzien van de borstcorrectie te handhaven. Wel is een tepelcorrectie toegewezen.
- 3.4. Bij brief van 24 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 3 december 2007 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 4 januari 2008 aan verzoekster toegezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 8 januari 2008 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden. Echter op 7 februari 2008 heeft zij dit herzien en afgezien van horen. De zorgverzekeraar heeft op 13 februari telefonisch medegedeeld niet gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 4 januari 2008 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 17 januari 2008 de commissie geadviseerd de zorgverzekeraar opdracht te geven tot nader onderzoek. Een afschrift van dit CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting 1 februari 2008 aan partijen verzonden.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Verzoekster stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat zij na de mammae reductie van 2006 ongelijke borsten heeft overgehouden. Verder heeft zij hangende, platte borsten. Zij draagt altijd een strakke bh. Verzoekster heeft hierdoor last van haar schouder en nek. Verder moet zij iedere dag haar borsten schoonmaken. Na de mammae reductie is verder sprake van een vurig, jeukend litteken.
- 4.2. Al deze klachten houden verzoekster erg bezig en belemmeren haar in het functioneren. Hierdoor is verzoekster voortdurend somber en moe. Dit zijn medische klachten.
- 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, onder verwijzing naar de relevante wetgeving en de polisvoorwaarden van de zorgverzekering, dat geen sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis en/of verminking.
- 5.2. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag voor de borstcorrectie van verzoekster terecht is afgewezen. De tepelcorrectie (DBC code 1100002260021) komt wel voor vergoeding in aanmerking.

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 verzekering.

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1 Het betreft hier een restitutiepolis. Geneeskundige zorg is geregeld in artikel 2 van de lijst van aanspraken van de zorgverzekering. Artikel 2 onder c bepaalt wanneer aanspraak op behandelingen van plastisch-chirurgische aard bestaat en onder welke voorwaarden.

"c. Behandelingen van plastisch-chirurgische aard

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;*
- (...)"*

- 7.2 De regeling van artikel 2 van de lijst van aanspraken van de zorgverzekering is volgens artikel 4 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 7.3 Artikel 11 lid 1 onderdeel b 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 vergoeding van de kosten van zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 van het Bzv. In lid 1 onder b is bepaald dat een plastisch-chirurgische ingreep slechts onder de geneeskundige zorg valt indien deze strekt tot correctie van de onder sub 1 tot en met 5 genoemde aandoeningen. In lid 2 wordt bepaald dat bij ministeriële regeling bepaalde vormen van zorg kunnen worden uitgezonderd. Op grond hiervan is in artikel 2.1 van de Rzv een aantal ingrepen expliciet uitgesloten.
- 7.4 Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.5 Het onderhavige geschil spitst zich toe op de volgende vragen: is er sprake van een aantoonbare functiestoornis en/of verminking.
- 7.6 Verzoekster heeft niet aannemelijk gemaakt dat zij een ernstige functiebeperking ondervindt. Er is geen sprake van een ernstige bewegingsbeperking, aangezien de last die zij ondervindt van het dragen van een strakke BH en kleding, niet als zodanig is aan te merken. Met betrekking tot de gestelde pijnklachten in schouder en nek merkt de commissie op dat deze objectiveerbaar moeten zijn. Dat wil in dit geval zeggen dat zij veroorzaakt worden door hetgeen waarvoor de borstcorrectie is geïndiceerd, te weten verslapte en hangende borsten. Volgens verzoekster echter worden de pijnklachten veroorzaakt door het (moeten) dragen van een strakke bh. Daarmee zijn naar het oordeel van de commissie de gestelde pijnklachten niet als functiestoornis aan te merken.
- 7.7 Van een verminking is pas sprake ingeval van een ernstige misvorming, 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. In het geval van verzoekster is hier geen sprake van.
- 7.8 Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

8. Het bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 4 april 2008,

Voorzitter