

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B vs. C te D
Zaak	: geneeskundige zorg, plastische chirurgie, borstcorrectie
Zaaknummer	: ANO06.112
Zittingsdatum	: 20 september 2006

Zaak: ANO06.112 (geneeskundige zorg, plastische chirurgie, borstcorrectie)

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. J.H.A. Teulings en prof. mr. T. Hartlief)

(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 3 maart 2006 inzake de afwijzing van de aanvraag voor een borstcorrectie (mamma-augmentatie).

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster is bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorg-op-maatpolis, een verzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), (hierna: de zorgverzekering).
- 3.2. Bij brief van 3 maart 2006 heeft de zorgverzekeraar verzoekster bericht dat op de door haar behandelend specialist ingediende aanvraag voor een borstcorrectie (mamma-augmentatie) afwijzend was beslist.
- 3.3. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 21 april 2006 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster meegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. Bij brief van 30 mei 2006 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is toestemming te geven voor een borstcorrectie.
- 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 21 juli 2006 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt.
- 3.7. Op 25 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. Partijen zijn op 20 september 2006 telefonisch gehoord.
- 3.9. De commissie heeft bij brief 11 oktober 2006 medisch advies ingewonnen. Dit advies is op 20 oktober 2006 ontvangen. Vervolgens zijn partijen in de gelegenheid gesteld op het ingewonnen advies te reageren. Van deze mogelijkheid heeft verzoekster

geen gebruik gemaakt. De zorgverzekeraar heeft op 10 november 2006 de commissie zijn reactie gegeven.

- 3.10. Bij brief van 23 november 2006 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen verzocht om advies, een en ander conform artikel 114 van de Zvw.
- 3.11. Het College voor zorgverzekeringen heeft op 21 december 2006, op de voet van artikel 114 lid 3 van de Zvw, zijn advies gegeven. Een afschrift hiervan is aan partijen gezonden.

4. Het standpunt van verzoekster

- 4.1. Verzoekster heeft als kind een brandwond opgelopen ter plaatse van haar linkerborst. Haar huid is daar verlittekend. Verder is haar linkerborst hierdoor minder ontwikkeld dan haar rechterborst. Door het litteken en de asymmetrische borsten voelt verzoekster zich minder vrouwelijk. Ze geeft aan niet ten volle van het leven te kunnen genieten. Zo ondervindt ze beperkingen bij het dragen van bepaalde kleding en het aangaan van relaties. Verzoekster hoopt dat met behulp van borstprothesen haar borsten gelijk worden. Ze stelt dat er sprake is van "een verminking ten gevolge van een ongeval". In dat geval bestaat er volgens haar op grond van artikel 9, onder c, van de verzekeringsvoorwaarden aanspraak op plastische chirurgie.
- 4.2. Verder stelt verzoekster dat op grond van artikel 22 van de verzekeringsvoorwaarden aanspraak bestaat op volledige vergoeding van borstprothesen.
- 4.3. Verzoekster stelt zich daarom op het standpunt dat de zorgverzekeraar toestemming dient te geven voor de aangevraagde behandeling.

5. Het standpunt van de zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar geeft aan dat de aanspraak op plastisch-chirurgische behandelingen is geregeld in artikel 9, lid 2, onderdeel c, van de verzekeringsvoorwaarden. Naar de mening van de zorgverzekeraar zijn de klachten die verzoekster beschrijft niet aan te merken als specifieke lichamelijke functie-stoornissen, zoals bedoeld en genoemd in de verzekeringsvoorwaarden. De plastisch-chirurgische ingreep die verzoekster wenst te ondergaan ter correctie van de asymmetrie van haar borsten, komt naar het oordeel van de zorgverzekeraar op grond van de verzekeringsvoorwaarden dan ook niet voor vergoeding in aanmerking.
- 5.2. In aanvulling hierop verwijst de zorgverzekeraar in zijn nader commentaar van 21 juli 2006 naar artikel 9 sub d onder 2 van de verzekeringsvoorwaarden. In genoemd artikelonderdeel is bepaald dat geen aanspraak bestaat op:

"het operatief plaatsen van een borstprothese anders dan na status bij een gehele of gedeeltelijke borstamputatie."

Aangezien verzoekster de borstcorrectie niet ondergaat in verband met een uitgevoerde borstamputatie, kan in dit geval geen vergoeding worden verleend. Overigens heeft de zorgverzekeraar wel toestemming gegeven voor een tepelreconstructie.

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. De commissie is daarentegen niet bevoegd ten aanzien van de aanvullende verzekering(en).

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. 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 Zvw. 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. Waar het vervolgens gaat om de onderhavige kosten, geldt het volgende.
- 7.2. De vraag of verzoekster thans aanspraak kan maken op een borstcorrectie moet worden beantwoord aan de hand van de afgesloten zorgverzekering. In artikel 9 van de verzekeringsvoorwaarden is de aanspraak op medisch-specialistische zorg geregeld. In genoemd artikel is onder meer het volgende bepaald:

”lid 1

De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen medisch-specialisten als zorg plegen te bieden.

lid 2

a. Ziekenhuisopname (...)

b. Niet-klinische medisch-specialistische zorg (...)

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 de gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen*
- b. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;*
- c. (...)*

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 anders dan na status bij een gehele of gedeeltelijke borstamputatie*
- e t/m h (...)*

- 7.3. Artikel 2 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.
- 7.4. In het kader van het onderhavige geschil is de volgende regelgeving relevant. Op grond van artikel 11 lid 1 onderdeel a van de Zvw bestaat aanspraak op 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 artikel 2 lid 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 is vergelijkbaar met artikel 2.1, aanhef en onderdeel c van de Rzv.

- 7.5. De commissie constateert dat de in artikel 9 van de verzekeringsvoorwaarden opgenomen indicaties en uitsluitingen betreffende plastisch-chirurgische behandelingen stroken met de toepasselijke regelgeving – zoals hiervoor weergegeven – zodat genoemd artikel primair als toetsingskader voor de beoordeling heeft te gelden.
- 7.6. De commissie stelt vervolgens vast dat de zorgverzekeraar met name is ingegaan op de vraag of er in de situatie van verzoekster een indicatie als bedoeld in artikel 9 lid 2 onderdeel c van de verzekeringsvoorwaarden aanwezig is. Het antwoord daarop kan naar het oordeel van de commissie echter in het midden blijven als bij verzoekster geen sprake is van een status na een (gedeeltelijke) borstamputatie. Artikel 9 lid 2 onderdeel d van de verzekeringsvoorwaarden sluit het plaatsen van een borstprothese, anders dan na status bij een gehele of gedeeltelijke borstamputatie, van vergoeding uit.
- 7.7. Voor de beantwoording van de vraag of er bij verzoekster sprake is van een status bij een (gedeeltelijke) borstamputatie heeft de commissie zich de vraag gesteld of de gevolgen van bepaalde behandelingen die verzoekster heeft ondergaan in verband met ernstige brandwonden mede zouden zijn aan te merken als een (gedeeltelijke) borstamputatie. De commissie heeft ter beantwoording van die vraag deskundigenadvies ingewonnen. Daarbij heeft de commissie de adviseur het dossier met daarin de door verzoekster overgelegde foto's ter handgesteld. Uit het uitgebrachte deskundig medisch advies is naar voren gekomen dat uit de foto's kan worden afgeleid dat kennelijk primair als gevolg van een trauma (het bij verzoekster in de kinderleeftijd opgelopen brandletsel) en secundair als gevolg van (altijd) krimpemde verlittekeningen, de ontwikkeling van de linker borst is belemmerd. Die belemmering valt niet aan te merken als gehele of gedeeltelijke borstamputatie, aangezien onder dat laatste medisch slechts een operatief verwijderen van het borstklierweefsel pleegt te worden verstaan.
- 7.8. Gezien het voorgaande is de commissie van oordeel dat bij verzoekster geen sprake is van een (gedeeltelijke) borstamputatie en mitsdien op grond van artikel 9 lid 2 onderdeel d van de verzekeringsvoorwaarden geen aanspraak bestaat op aangevraagde borstcorrectie.

- 7.9. Verzoekster heeft nog aangevoerd dat op grond van artikel 22 van de verzekeringsvoorwaarden wel aanspraak bestaat op volledige vergoeding van borstprothesen. De commissie constateert dat artikel 22 (hulpmiddelen) van de verzekeringvoorwaarden, in combinatie met het Reglement hulpmiddelen, niet ziet op de onderhavige aanvraag voor een plastisch chirurgische ingreep, maar op de hier niet aan de orde zijnde verstrekking van hulpmiddelen, waartoe onder andere behoren mammaprothesen voor uitwendig gebruik.
- 7.10. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek wordt afgewezen.
8. Het bindend advies
- 8.1 De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 10 januari 2007

Voorzitter