

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B vs. C te D
Zaak	: Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, tepelcorrectie
Zaaknummer	: ANO06.099
Zittingsdatum	: 13 december 2006

ANONIEM BINDEND ADVIES

Zaak: ANO06.099, Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, tepelcorrectie

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. T. Hartlief (voorzitter), mr. J.H.A. Teulings, en mr. drs. P.J.J. Vonk)

(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 4 april 2006 inzake de afwijzing van een machtiging voor een tepelcorrectie.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1 Verzoekster is bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van een Zorgkeuzepolis, een verzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw) (hierna: de zorgverzekering).
- 3.2 Bij brief van 4 april 2006 heeft de zorgverzekeraar verzoekster bericht dat de aanvraag van een machtiging voor een tepelcorrectie is afgewezen.
- 3.3 Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 12 juni 2006 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4 Bij brief van 3 oktober 2006 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd te bepalen dat de zorgverzekeraar de gevraagde machtiging alsnog 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 13 november 2006 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt.
- 3.7 Op 14 november 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 Van de mogelijkheid gehoord te worden is door beide partijen gebruik gemaakt. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 13 december 2006 in persoon gehoord.

- 3.9 Bij brief van 18 december 2006 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen verzocht om advies, een en ander conform artikel 114 van de Zvw.
- 3.10 Het College voor zorgverzekeringen heeft op 15 januari 2007, op de voet van artikel 114 lid 3 van de Zvw, zijn advies gegeven. Een afschrift hiervan is aan partijen toegezonden
4. Het standpunt van verzoekster
- 4.1 Verzoekster heeft in februari 2006 een mammareductie ondergaan. De kosten hiervan zijn door de zorgverzekeraar vergoed. Aan deze operatie heeft verzoekster fors ingetrokken tepels overgehouden. In eerste instantie is massage voorgeschreven. Als zou blijken dat dit niet helpt dan zou een operatieve correctie noodzakelijk zijn. De huidtherapeute heeft intussen een correctie aangeraden. Verzoekster is van mening dat wanneer een operatie wordt vergoed, het logisch en consistent is dat de complicaties daarvan ook worden vergoed. Verzoekster geeft aan dat zij in haar beleving in haar vrouwelijkheid is aangetast en dat sprake is van een verminking als gevolg van een geneeskundige verrichting. Op grond hiervan dient de correctie vergoed te worden. Ook geeft verzoekster aan dat de huidige situatie psychische gevolgen heeft voor haar.
- 4.2 Eén van de kenmerken waaraan verzoekster borstkanker zou kunnen herkennen is een ingetrokken tepel. Verzoekster geeft hiermee aan dat nu dit kenmerk is weggefallen, zij moeilijker kan herkennen of in haar situatie eventueel sprake is van borstkanker.
- 4.3 Tot slot merkt verzoekster op dat bij de aangevraagde behandeling een 'grone' DBC-code hoort, hetgeen er volgens haar op wijst dat de ingreep voor vergoeding in aanmerking komt.
5. Het standpunt van de zorgverzekeraar
- 5.1 De zorgverzekeraar verwijst naar artikel 9 onder c van de zorgverzekering. Hierin is bepaald welke plastisch-chirurgische ingrepen voor vergoeding in aanmerking komen. In het geval van verzoekster is geen sprake van een afwijking in het uiterlijk die gepaard gaat aan toonbare lichamelijke functiestoornissen. Volgens de medisch adviseur is ook geen sprake van een verminking in de zin van de polisvoorwaarden. Onder een verminking wordt hetzelfde verstaan als ten tijde van de Ziekenfondswet. Hierbij moet het bijvoorbeeld gaan om misvormingen van de handen door reumatoïde artritis, misvormingen door verlammingen van de aangezichtsenuw, misvormingen door brandwonden, replantatie van ledematen, reconstructie van geamputeerde ledematen of geamputeerde mammae.
- 5.2 De medisch adviseur geeft aan dat niet kan worden gesproken van een noodzakelijke vervolgooperatie, aangezien uit de jurisprudentie blijkt dat hier pas sprake van is indien de vervolgcorrectie ertoe strekt om alsnog het beoogde en, naar medisch-deskundig oordeel, haalbare operatieresultaat te bereiken. Door het verkleinen van de borsten en daarmee het wegnemen van lichamelijke klachten, is het beoogde en haalbare resultaat van de mammareductie bereikt zodat niet kan worden gesproken worden van een noodzakelijke vervolgooperatie.
- 5.3 De zorgverzekeraar geeft voorts aan dat het niet zo is dat bij elke ingetrokken tepel sprake is van borstkanker. Het is dus ook niet zo dat aan een ingetrokken tepel iets

moet worden gedaan opdat borstkanker aldus te ontdekken is. Het belangrijkste blijft het onderzoeken van de borst op een knobbeltje.

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 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 Zorgverzekeringswet. 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.

7.3 Uit artikel 2 lid 3 van de zorgverzekering is af te leiden dat de verzekering, waar het gaat om behandelingen van plastisch-chirurgische aard, een naturakarakter heeft. Met betrekking tot de onderhavige behandeling geldt het volgende. Artikel 9 onder c van de Lijst van aanspraken van de zorgverzekering bepaalt, voorzover thans van belang, onder meer:

*“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;
c(...);
d(...).”*

7.4 De zorgverzekering is, volgens artikel 2 lid 1 van de algemene voorwaarden van 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 Zorgverzekeringswet. Deze zorgpolis wordt jaarlijks verstrekt aan de verzekerde en, zo deze een andere persoon is dan de verzekerde, aan de verzekeringnemer.

7.5 Voor de beoordeling van het onderhavige geschilpunt zijn de navolgende wettelijke bepalingen relevant. 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. Waar het gaat om geneeskundige zorg is een en ander conform lid 3 van artikel 11 Zvw, naar aard en omvang omschreven in artikel 2.4 Bzv. In lid 1 onder b is vervolgens 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.

- 7.6 De commissie constateert dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.7 Vervolgens stelt de commissie vast dat niet is gebleken van een afwijking in het uiterlijk die gepaard gaat met een aantoonbare lichamelijke functiestoornis.
- 7.8 Ten aanzien van de vraag of het hier, zoals door verzoekster is gesteld, gaat om een verminking als gevolg van een geneeskundige verrichting, overweegt de commissie dat uit de Nota van toelichting op het Bzv valt op te maken dat het uitgangspunt van de bij de zorgverzekering te verzekeren prestaties het ziekenfondspakket is, zoals dat op het moment van inwerkingtreding van het Bzv naar aard, inhoud en omvang is vastgesteld. 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 verworven aandoeningen, zoals misvorming van de handen door reumatoïde artritis, misvorming door verlamming van de aangezichtszenew, misvorming door brandwonden, replantatie van ledematen, reconstructie van geamputeerde ledematen of van geamputeerde mammae. Kortom van verminking kan niet eerder worden gesproken dan in 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. Dit is bij verzoekster niet aan de orde. Gezien het voorgaande is de commissie dan ook van oordeel dat in de situatie van verzoekster niet kan worden gesproken van een verminking als bedoeld in artikel 9 onderdeel c lid 2 van de zorgverzekering en dat mitsdien de aangevraagde tepelcorrectie niet valt onder de geneeskundige zorg die op grond van de polis voor vergoeding in aanmerking komt. De gestelde psychische klachten zijn in dit verband niet relevant.
- 7.8 In het geval van verzoekster kan volgens de commissie ook niet gesproken worden van een vervolgooperatie, daar op grond van de jurisprudentie pas sprake is van een vervolgooperatie indien deze ingreep noodzakelijk is om het beoogde en, naar medisch-deskundig oordeel, haalbare operatieresultaat te bereiken. In het onderhavige geval is daar geen sprake van nu het met de oorspronkelijke mammareductie beoogde resultaat - het reduceren van de mammae - is bereikt.
- 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, 18 januari 2007

Voorzitter