

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B vs C te D, in deze vertegenwoordigd door E te F
Zaak	: Geneeskundige zorg, plastische-chirurgie, borstcorrectie
Zaaknummer	: ANO07.055
Zittingsdatum	: 21 maart 2007

Zaak ANO07.055, 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 2006, art. 10 en 11 Zvw, 2.4 Bzv en 2.1 Rzv)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen verzoekster,

tegen

C te D, in deze vertegenwoordigd door E te F.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen het besluit van de zorgverzekeraar van 17 augustus 2006 inzake de afwijzing van de aanvraag voor een borstcorrectie.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1 Verzoekster is bij de zorgverzekeraar verzekerd op basis van de Zorgverzekering naturapolis, een verzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), (hierna: de zorgverzekering).
- 3.2 Bij brief van 17 augustus 2006 heeft de zorgverzekeraar verzoekster bericht dat de aanvraag voor een borstcorrectie is afgewezen.
- 3.3 Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brieven van 19 september 2006 en 21 november 2006 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeksters medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4 Bij brief van 3 december 2006 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd te bepalen dat de zorgverzekeraar de kosten van de - reeds ondergane - operatie dient 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 januari 2007 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt.
- 3.7 Bij brief van 22 januari 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen verzocht om advies, een en ander conform artikel 114 Zvw.
- 3.8 Op 25 januari 2007 is verzoekster een afschrift van de reactie van de zorgverzekeraar gezonden. Tevens zijn partijen in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster en de zorgverzekeraar hebben aangegeven niet gehoord te willen worden.

- 3.9 Het College voor zorgverzekeringen heeft op 22 januari 2007, 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 geeft aan dat zij problemen had, met name met haar linkerborst. Deze was gezwollen en constant pijnlijk. Prothese en kapsel moesten dan ook worden verwijderd. In verband hiermee is een prothesewissel beiderzijds aangevraagd. Indien daarvoor niets in de plaatst zou komen, zou verzoekster zich mismaakt en gehandicapt hebben gevoeld.
Volgens verzoekster gaat de zorgverzekeraar voorbij aan het feit dat sprake is van een medische noodzaak om tot de operatie over te gaan.
- 4.2 Verzoekster verwijst naar de toestemming voor de plastisch-chirurgische behandeling die zij van haar toenmalige ziektekostenverzekeraar heeft gekregen. Bij de overgang naar haar vorige verzekeraar is vastgelegd dat complicaties van deze ingreep zouden worden vergoed, mits de medische noodzaak wordt aangetoond.
Verzoekster verklaart dat zij per 1 januari 2006, zonder medische selectie, naar de zorgverzekeraar is overgestapt. Naar de mening van verzoekster dient dus rekening te worden gehouden met de historische gegevens.
Tot slot geeft verzoekster aan dat zij bereid is zelf een gedeelte te betalen en dat de zorgverzekeraar zich teveel concentreert op het aspect van plastische-chirurgie.
5. Het standpunt van de zorgverzekeraar
- 5.1 De zorgverzekeraar verwijst naar artikel 20 van zijn verzekeringsvoorwaarden en stelt dat verzoekster niet voldoet aan de daarin genoemde criteria.
Hoewel de zorgverzekeraar zich goed kan voorstellen dat verzoekster lichamelijke klachten heeft, mag hij niet afwijken van de voorwaarden van de zorgverzekering, waarvoor landelijke richtlijnen gelden.
- 5.2 Ten aanzien van de toestemming van de toenmalige ziektekostenverzekeraar voor de plastisch-chirurgische behandeling, geeft de zorgverzekeraar aan dat deze dateert van 1984. De overgang naar de vorige verzekeraar vond in 1985 plaats. Aan de destijds verleende toestemming kunnen geen rechten worden ontleend.
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 Het betreft hier een naturaverzekering. Vergoeding voor plastische-chirurgie staat vermeld in artikel 20 van de voorwaarden. Dit artikel bepaalt, voor zover van belang, het volgende:

“Geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 15 (Medisch specialistische zorg) omvat behandeling van plastisch-chirurgische aard, uitsluitend als deze strekt tot correctie van:

- 1. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;*
- 2. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, een ongeval of een geneeskundige verrichting;*
- 3. (...);*
- 4. (...);*
- 5. (...);*

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 na de onder c bedoelde behandeling”.*

- 7.4 De zorgverzekering is volgens artikel 1 onder 61 van het Algemene deel van de voorwaarden een tussen de zorgverzekeraar en de verzekeringnemer ten behoeve van een verzekeringsplichtige gesloten schadeverzekering, die voldoet aan hetgeen daarover bij of volgens de Zvw is geregeld, en waarvan de verzekerde prestaties het bij of volgens de wet geregelde niet te boven gaan.

- 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. In lid 2 wordt bepaald dat bij ministeriële regeling bepaalde vormen van zorg kunnen worden uitgezonderd. In artikel 2.1 lid c van de Rzv is vervolgens bepaald dat de zorg, als genoemd in artikel 2.4 van het Bzv, niet omvat het operatief plaatsen, het operatief verwijderen en het operatief vervangen van een borstprothese, anders dan na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie.

- 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 indicatie als bedoeld in artikel 20 van de zorgverzekering. Zo kan niet worden gesproken van een afwijking in het uiterlijk die gepaard gaat met een aantoonbare functiestoornis. De door

verzoekster aangevoerde klachten, met name de pijn in de linkerborst, zijn daartoe onvoldoende objectiveerbaar.

- 7.8 Ten aanzien van de vraag of het hier gaat om een verminking als gevolg van een ziekte, 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 aangezichtszenuw, 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.
- 7.9 Los van het ontbreken van een indicatie voor de onderhavige ingreep, stelt de commissie vast dat niet is gebleken een hele dan wel een gedeeltelijke borstamputatie. De aangevraagde borstcorrectie valt mitsdien niet onder de geneeskundige zorg die op grond van de polis voor vergoeding in aanmerking komt.
- 7.10 Ten aanzien van het door verzoekster gestelde, als zou rekening moeten worden gehouden met de 'historische gegevens', merkt de commissie op dat de afgegeven machtiging dateert uit 1984. Er was geen sprake van een machtiging die voor onbepaalde tijd heeft te gelden, deze kan ook niet worden ingeroepen tegen een opvolgende verzekeraar. Daarbij zijn de polisvoorwaarden sindsdien bij herhaling gewijzigd, terwijl verzoekster al vele jaren niet meer bij deze verzekeraar tegen ziektekosten is verzekerd. Bovendien is de behandeling waarop de machtiging betrekking had, destijds met succes uitgevoerd. Voor de toezegging van de vorige verzekeraar, die dateert van 8 oktober 1985, geldt hetzelfde. Ook deze moet worden beschouwd tegen de achtergrond van de toenmalige verzekeringsvoorwaarden die sindsdien bij herhaling zijn gewijzigd. Overigens is met ingang van 1 januari 2006, door de wijziging van het stelsel, een volstrekt nieuwe situatie ontstaan.
- 7.11 Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
8. Het bindend advies
- 8.1 De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 14 mei 2007

Voorzitter