

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, verzekerden en in deze tevens optredend als verzekeringnemer
van C te D en E te F vs. G te H
Zaak : Geneeskundige zorg, plastische-chirurgie, vervangen borstprothesen
Zaaknummer : ANO07.117
Zittingsdatum : 4 april 2007

Zaak: ANO07.117 (geneeskundige zorg, plastische-chirurgie, vervangen borstprothesen)

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. 11 Zvw, 2.4 Bzv, 2.1 Rzv)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen verzoekster,

tegen

C te B, hierna te noemen de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen het besluit van de zorgverzekeraar van 9 november 2006 inzake het niet vergoeden van het vervangen van haar borstprothesen.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster is bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Basispolis Basic, een verzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw) (hierna: de zorgverzekering).
- 3.2. Bij brief van 9 november 2007 heeft de zorgverzekeraar verzoekster bericht dat het vervangen van haar borstprothesen niet vergoed kan worden ten laste van de zorgverzekering.
- 3.3. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 14 november 2006 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster meegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. Bij brief van 11 december 2007 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is het vervangen van de borstprothesen te vergoeden 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 op 1 februari 2007 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt.
- 3.7. Bij brief van 28 februari 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen verzocht om advies, een en ander conform artikel 114 van de Zvw.

- 3.8. Op 6 maart 2007 is verzoekster een afschrift van de reactie van de zorgverzekeraar gezonden. Tevens zijn partijen in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Van de mogelijkheid zich te doen horen is door verzoekster op 10 maart 2007 afgezien, terwijl de zorgverzekeraar op 21 maart 2007 heeft aangegeven niet te willen worden gehoord.
- 3.9. Het College voor zorgverzekeringen heeft op 6 april 2007, op de voet van artikel 114 lid 3 van de Zvw, zijn advies gegeven. Een afschrift hiervan is gelijktijdig met het bindend advies aan partijen gezonden.

4. Het standpunt van verzoekster

- 4.1. Verzoekster is een 58-jarige vrouw die twaalf jaar geleden ten behoeve van een gendertransformatie siliconen borstprothesen geplaatst heeft gekregen. Blijkens de aanvraag van haar plastisch chirurg is de rechter borstprothese lek, waardoor deze vervangen dient te worden. Er is geen sprake van kapselvorming (classificatie Baker I) Op basis hiervan is door de behandelend plastisch chirurg een aanvraag ingediend voor het wisselen van de borstprothesen met DBC-code 04.11.00.0216.0023.
- 4.2. De afwijzing van de plaatsing van nieuwe prothesen in verband met de lekkende rechterprothese, is voor verzoekster onbegrijpelijk. Zonder haar borstprothesen voelt zij zich weer half man, hetgeen voor haar uitermate pijnlijk is na haar gendertransformatie.
Voorts stelt zij dat de zorgverzekeraar zich thans niet achter wetgeving kan verschuilen, als hij twaalf jaar geleden de gehele gendertransformatie heeft goedgekeurd. Ook de zorgverzekeraar wist destijds, althans behoorde destijds te weten, dat dergelijke prothesen het risico van lekkage met zich dragen.

5. Het standpunt van de zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar heeft in de gestelde indicatie, te weten lekkage van de siliconenprothese, aanleiding gezien een machtiging voor het verwijderen van de borstprothesen af te geven.
- 5.2. Het plaatsen van nieuwe borstprothesen is daarentegen naar het oordeel van de zorgverzekeraar geen verzekerde prestatie in de zin van de Zorgverzekeringswet. Ook de gendertransformatie van verzoekster is in deze geen reden om tot vergoeding van de plaatsing van nieuwe borstprothesen over te gaan.

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. Waar het vervolgens gaat om de onderhavige kosten, geldt het volgende.

- 7.2. De relatie tussen verzoekster en de zorgverzekeraar wordt, als gezegd, beheerst door de afgesloten zorgverzekering. De vraag of verzoekster aanspraak kan maken op vergoeding van de kosten van een mamma-augmentatie (het plaatsen van borstprothesen) moet dan ook in eerste instantie worden beantwoord aan de hand van de zorgverzekering. De commissie constateert dat de zorgverzekeraar zijn beslissing echter primair heeft doen steunen op de van toepassing zijnde wet- en regelgeving. De commissie acht dit, mede nu de Zvw uitgaat van een privaatrechtelijk verzekeringsrelatie, onjuist.

- 7.3. De commissie stelt vervolgens vast dat het hier een naturapolis betreft, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg. Vergoeding voor geneeskundige zorg staat vermeld in artikel 2 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Artikel 2 lid c bepaalt vervolgens wanneer aanspraak op plastische chirurgie bestaat en onder welke voorwaarden. Voor zover in dit kader van belang wordt hier bepaald:

“c Plastisch-chirurgische behandelingen

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;

(...)

Prestatie: Gecontracteerde zorg

Uitsluitingen:

(...)

behandeling voor het operatief plaatsen van borstprothesen anders dan bij status na een (gedeeltelijke) borstamputatie. Het gaat hierbij ook om operaties ter vervanging van borstprothesen anders dan na het implanteren van dergelijke borstprothesen na een (gedeeltelijke) borstamputatie.”

- 7.4. De regeling van artikel 2 lid c van de lijst van aanspraken is volgens de algemene voorwaarden, artikel 4 van de zorgverzekering, gebaseerd op de Zvw, het Bzv en de Rzv.

- 7.5. In het kader van het onderhavige geschil is de volgende regelgeving 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 de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. 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 van het 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.
- 7.6. 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 het tweede lid van artikel 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 zijn vergelijkbaar met artikel 2.1, aanhef en onderdeel c, van de Rzv.
- 7.7. De commissie constateert dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.8. Nu voor het verwijderen van de borstprothesen van verzoekster door de zorgverzekeraar een machtiging is verleend, behoeft dit aspect van de zaak naar het oordeel van de commissie geen verdere bespreking. Rest de vraag naar de vergoeding van het plaatsen van nieuwe borstprothesen.
- 7.9. Behandeling voor het operatief *plaatsen* van borstprothesen anders dan bij status na een (gedeeltelijke) borstamputatie komt niet voor vergoeding in aanmerking. Dit heeft ook te gelden voor operaties ter *vervanging* van borstprothesen, anders dan bij een status na een (gedeeltelijke) borstamputatie. Volgens de jurisprudentie van de commissie staat voor een vrouw evenwel aplasie van de mammae, waarbij geen borstontwikkeling heeft plaatsgevonden, gelijk met een status na totale borstamputatie. Voorts is de commissie gebleken dat, hoewel sprake is van één lekkende borstprothese (rechts), de medisch adviseur van de zorgverzekeraar, blijkens de brief van 1 februari 2007, een indicatie aanwezig heeft geacht voor het verwijderen van *beide* borstprothesen. Hiervoor is dan ook een machtiging afgegeven. Nu bij verzoekster, gezien haar medische achtergrond, na de verwijdering van de *beide* borstprothesen

opnieuw sprake zal zijn van aplasie van de mammae, komt het plaatsen van nieuwe borstprothesen in haar specifieke situatie voor vergoeding in aanmerking ten laste van de zorgverzekering.

7.10. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen.

8. Het bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek toe.

8.2. De commissie bepaalt dat de zorgverzekeraar aan eiser dient te vergoeden een bedrag ad 37,00 euro.

Zeist, 4 juli 2007,

Voorzitter