

# **ANONIEM BINDEND ADVIES**

|               |                                                            |
|---------------|------------------------------------------------------------|
| Partijen      | : A te B, in deze vertegenwoordigd door C te D, vs E te F  |
| Zaak          | : geneeskundige zorg, plastische chirurgie, prothesewissel |
| Zaaknummer    | : ANO07.066                                                |
| Zittingsdatum | : 4 april 2007                                             |

Zaak: ANO07.066 (geneeskundige zorg, plastische chirurgie, prothesewissel)

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, in deze vertegenwoordigd door C te D,  
tegen

E te F, hierna te noemen de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen het besluit van de zorgverzekeraar van 8 februari 2006 inzake de afwijzing van de aanvraag voor een prothesewissel.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster is bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorgverzekering, een verzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), (hierna: de zorgverzekering). Het betreft hier een naturaverzekering.
- 3.2. Bij brief van 8 februari 2006 heeft de zorgverzekeraar verzoekster bericht dat op de door haar behandelend specialist ingediende aanvraag voor een prothesewissel afwijzend was beslist.
- 3.3. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 15 juni 2006 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster meegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. Bij brief van 12 juli 2006 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is toestemming te geven voor de prothesewissel.
- 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 6 september 2006 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt.
- 3.7. Op 7 september 2006 is verzoekster een afschrift van de reactie van de zorgverzekeraar gezonden.

- 3.8. Partijen zijn uitgenodigd voor een telefonische hoorzitting op 1 november 2006. Op verzoek van verzoekster is deze zitting verzet.
- 3.9. Bij brief van 3 november 2006 heeft de zorgverzekeraar meegedeeld een nadere beoordeling te doen plaatsvinden naar de vraag of de aangevraagde plastisch-chirurgische behandeling moet worden aangemerkt als een vervolgooperatie. De uitkomst van deze beoordeling heeft de zorgverzekeraar op 8 januari 2007 kenbaar gemaakt.
- 3.10. Bij brief van 11 januari 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen verzocht om advies, een en ander conform artikel 114 van de Zvw.
- 3.11. Vervolgens zijn partijen uitgenodigd voor een telefonische hoorzitting op 7 maart 2007. Op verzoek van verzoekster is deze zitting verzet.
- 3.12. Verzoekster heeft de commissie op 8 maart 2007 aanvullende informatie doen toekomen. Een afschrift hiervan is aan de zorgverzekeraar gezonden.
- 3.13. Het College voor zorgverzekeringen heeft op 29 maart 2007, op de voet van artikel 114 lid 3 van de Zvw, zijn advies gegeven. Een afschrift hiervan is op 2 april 2007 aan partijen gezonden.
- 3.14. Partijen zijn op 4 april 2007 telefonisch gehoord.
- 3.15. Bij brief van 5 april 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden. In vervolg hierop heeft het College voor zorgverzekeringen de commissie op 27 april 2007 meegedeeld dat hetgeen in de hoorzitting naar voren is gebracht geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies.

#### 4. Het standpunt van verzoekster

- 4.1. Verzoekster geeft aan in januari 2004 een geslachtscorrectie man/vrouw te hebben ondergaan. De hiermee gepaard gaande kosten werden door het toenmalige ziekenfonds vergoed. Volgens verzoekster heeft de toentertijd uitgevoerde mamma-augmentatie niet het beoogde resultaat gehad. Zij stelt dat veel kleinere borstprothesen zijn geplaatst dan was afgesproken.
- 4.2. Naar de mening van verzoekster moet de thans aangevraagde behandeling worden beschouwd als een “voortgezette behandeling”, die volgens haar wel voor vergoeding in aanmerking komt. Ter ondersteuning van dit standpunt verwijst verzoekster naar de uitspraak van de Centrale Raad van Beroep van 8 oktober 2003 (LJN: AN8573).
- 4.3. In aanvulling op het voorgaande heeft verzoekster ter zitting verwezen naar de uitspraak van de Centrale Raad van Beroep van 28 februari 2007 (LJN BA0830). Volgens verzoekster sluit deze uitspraak beter aan bij de onderhavige situatie, dan de jurisprudentie waar de zorgverzekeraar en het College voor zorgverzekeringen zich op doen baseren.

- 4.4. Verzoekster stelt zich daarom op het standpunt dat de zorgverzekeraar toestemming dient te geven voor de behandeling.

5. Het standpunt van de zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar geeft aan dat door de behandelend plastisch chirurg van verzoekster een aanvraag is ingediend voor een borstvergrotende operatie. Uit de aanvraag blijkt volgens hem dat verzoekster thans cup 85B heeft. Naar zijn oordeel heeft in 2004 reeds een borstvergrotende operatie plaatsgevonden. Volgens hem is het beoogde en naar medisch deskundig oordeel haalbare operatieresultaat bereikt. Het verder vergroten van de borsten is volgens de zorgverzekeraar daarom niet aan te merken als een voortgezette behandeling, maar wordt ingegeven door esthetische motieven.
- 5.2. Verder geeft de zorgverzekeraar aan dat een borstvergroting inmiddels in (artikel 20 van) de polisvoorwaarden is uitgesloten, ook al is er een medische indicatie.
- 5.3. Voor zover verzoekster met de verwijzing naar de uitspraak van de Centrale Raad van Beroep van 8 oktober 2003 beoogt een beroep te doen op het gelijkheidsbeginsel, faalt naar de mening van de zorgverzekeraar dit beroep, omdat er geen sprake is van gelijke gevallen.
- 5.4. De zorgverzekeraar stelt zich dan ook op het standpunt dat verzoekster op grond van de polisvoorwaarden geen aanspraak kan maken op de aangevraagde borstvergrotende operatie.

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 verzekeringen.

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 is 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. Waar het vervolgens gaat om de onderhavige behandeling, geldt het volgende.
- 7.2. Verzoekster heeft aanspraak op zorg in natura zoals omschreven in de verzekeringsvoorwaarden. Dit volgt uit artikel 12 van de verzekeringsvoorwaarden. Vergoeding voor plastische en/of reconstructieve chirurgie is geregeld in artikel 20 van de

verzekeringsvoorwaarden. Genoemde bepaling ziet op geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 15 (medisch-specialistische zorg) en omvat behandeling van plastisch-chirurgische aard, doch uitsluitend als deze – voor zover hier van belang – 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, ongeval of geneeskundige verrichting;*
- (...)*
- 5. uiterlijke geslachtskenmerken bij vastgestelde transseksualiteit.*

*Géén aanspraak bestaat op:*

- (...)*
- 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.”*

Verder is in artikel 10.1 van de zorgverzekering opgenomen dat geen aanspraak bestaat op zorg of vergoeding van kosten als vermeld in de verzekeringsvoorwaarden indien en voorzover de verzekerde niet op de zorgvorm naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen, en/of hierbij geen rekening wordt gehouden met de eisen van doelmatigheid en doeltreffendheid.

- 7.3. De zorgverzekering, en daarmee de regeling van de artikelen 10.1, 12, 15 en 20 van de zorgverzekering, is volgens de algemene voorwaarden, artikel 1 onder 61, gebaseerd op de Zvw, het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 7.4. Vanuit genoemde regelgeving heeft het volgende te gelden. 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 artikel 2.4, lid 2, 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 geregeld 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 een 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 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 vervangen van een borstprothese anders dan na status bij een (gedeeltelijke) borstamputatie (artikel 2, lid 2, aanhef en onderdeel d, 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. Voorts valt uit de toelichting op te maken dat met ingang van 1 januari 2005 het plaatsen en vervangen van borstimplantaten in het kader van een behandeling van transseksualiteit niet meer ten laste van de – toenmalige – ziekenfonds-verzekering wordt verstrekt.

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 uit artikel 20 van de verzekeringsvoorwaarden voortvloeiende aanspraken, in de situatie van verzoekster, stroken met de toepasselijke regelgeving.
- 7.6. De commissie is allereerst van oordeel dat er in de onderhavige situatie niet gesproken kan worden van een “voortgezette behandeling”. Uit de aanvraag van de behandelend plastisch-chirurg blijkt immers niet dat deze wordt gedaan op grond dat met de in januari 2004 uitgevoerde mamma-augmentatie niet het beoogde doel en naar medisch-deskundig oordeel in redelijkheid haalbare operatieresultaat is bereikt. Daarbij geeft de behandelend plastisch-chirurg aan dat het met name verzoekster zelf is die haar borstmaat niet in verhouding vindt met haar postuur. Voor zover verzoekster van mening is dat in januari 2004 niet de afgesproken maat borstprothesen zijn geplaatst, is dat in eerste instantie een zaak tussen haar en haar toenmalige behandelend specialist en staat dit in beginsel los van de onderhavige procedure, waarbij de zorgverzekeraar partij is. In dat kader wordt het volgende overwogen.
- 7.7. Artikel 20, onder d en c, van de verzekeringsvoorwaarden sluit het operatief verwijderen en plaatsen van borstprothesen, anders dan na een (gedeeltelijke) borstamputatie van vergoeding uit. De commissie stelt vast dat van een (gedeeltelijke) borstamputatie bij verzoekster geen sprake is. Ten overvloede overweegt de commissie dat uit het dossier niet gebleken is dat bij verzoekster sprake is van een medische noodzaak tot verwijdering, c.q. vervanging van de borstprothesen. Uit door de plastisch-chirurg ingediende aanvraag – die in het kader van de beoordeling leidend is – blijkt uitsluitend dat verzoekster nu cup 85B heeft dat gezien haar forse postuur, volgens met name verzoekster, niet in verhouding is met haar lichaam.
- 7.8. Gezien het voorgaande – en gelet op het bepaalde in de artikelen 10.1 en 20 van de zorgverzekering – is de commissie van oordeel dat verzoekster niet in de situatie verkeert dat zij aanspraak kan maken op het vervangen van borstprothesen ten laste van de zorgverzekering. Daarbij zijn de in artikel 20 van de polisvoorwaarden genoemde indicaties overigens niet relevant. De uitsluiting terzake het operatief plaatsen van een borstprothese geldt onverkort, ook in geval van vastgestelde transseksualiteit.
- 7.9. 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