



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen Menzis Zorgverzekeraar N.V. en Menzis N.V.,
beide te Wageningen
Zaak : Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, borstcorrectie, agenesis / aplasie
Zaaknummer : 201701408
Zittingsdatum : 24 januari 2018

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden zorgverzekering 2017, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door de C te B,

tegen










- 1) Menzis Zorgverzekeraar N.V. te Wageningen, en
 - 2) Menzis N.V. te Wageningen,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Menzis Basis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering TandVerzorgd 250 afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek. De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op het operatief inbrengen van mammaprothesen ter augmentatie (hierna: de aanspraak). Bij brief van 11 juli 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 25 juli 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.4. Bij brief van 3 oktober 2017 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen ten laste van de zorgverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 12 december 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 14 december 2017 aan verzoekster gezonden.

-  3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 24 december 2017 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 2 januari 2018 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
-  3.8. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10, negende lid, van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat de onderhavige zaak enkelvoudig wordt afgedaan.
-  3.9. Bij brief van 14 december 2017 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 12 januari 2018 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2017056911) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, toe te wijzen op de grond dat bij verzoekster kan worden gesproken van aplasie/agenesie van de borst. Niet is gebleken dat sprake is van een inframammairplooi beiderzijds en daarnaast is de dikte van het klierweefsel minder dan één centimeter. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 15 januari 2018 aan partijen gezonden.
-  3.10. Verzoekster is op 24 januari 2018 in persoon gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch aan de hoorzitting deelgenomen. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
-  3.11. Bij brief van 24 januari 2018 heeft de commissie het Zorginstituut een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 12 januari 2018 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen geen aanleiding vormen tot aanpassing van het advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.
-  4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
-  4.1. De behandelend plastisch chirurg heeft namens verzoekster een aanvraag voor het operatief inbrengen van mammaprothesen ingediend bij de ziektekostenverzekeraar, die door laatstgenoemde is afgewezen. Ook in de daaropvolgende brieven heeft de ziektekostenverzekeraar vergoeding van de kosten geweigerd. Wat hierbij opvalt is dat de ziektekostenverzekeraar telkens andere afwijsgonden hanteert. Zelf concludeert verzoekster op basis van de ontvangen informatie dat zij aanspraak heeft op een borstvergroting, indien geen plooi onder de borsten (inframammairplooi) aanwezig is en de dikte van het klierweefsel in de borsten minder dan één centimeter bedraagt. Deze voorwaarden voor aanspraak op een borstvergroting ten laste van de zorgverzekering worden onderschreven in hoofdstuk 2 van het advies van het Zorginstituut van 31 maart 2016 aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (hierna: Minister van VWS) omtrent uitbreiding van de zorgverzekering met enkele behandelingen van plastisch chirurgische aard en medisch noodzakelijke circumcisie. Verzoekster voldoet aan de betreffende voorwaarden. Uit een op 8 juni 2017 gemaakte echo blijkt namelijk dat de dikte van het klierweefsel in haar borsten negen millimeter is. Bovendien blijkt uit de door verzoekster aan de ziektekostenverzekeraar gezonden foto's de afwezigheid van een inframammairplooi.
-  4.2. Verder concludeert verzoekster op basis van voornoemd rapport van het Zorginstituut dat agenesie/aplasie dan wel hypoplasie geneeskundig wordt gezien als een zeldzame aangeboren afwijking ofwel een genetische aandoening.
-  4.3. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. Vanaf 1 januari 2017 bestaat onder bepaalde voorwaarden aanspraak op een borstvergroting ten laste van de zorgverzekering. Hiertoe moet allereerst sprake zijn van agenesie of aplasie die het gevolg is van of geassocieerd wordt met een zeldzame genetische aandoening. In paragraaf 2.2 van het advies van het Zorginstituut van 31 maart 2016 aan de Minister van VWS omtrent uitbreiding van de zorgverzekering met enkele behandelingen van plastisch chirurgische aard en medisch noodzakelijke circumcisie is ten aanzien van agenesie of aplasie van de borst namelijk het volgende opgenomen: *"in de literatuur zijn voor de begrippen agenesie en aplasie van de borst verschillende definities terug te vinden. Wij verstaan er in dit kader het volgende onder: het ontbreken van borstvorming bij de vrouw (unilateraal of bilateraal) dat het gevolg is van of geassocieerd wordt met een zeldzame genetische aandoening."* Dit is bij verzoekster niet aan de orde.
- 5.2. Indien kan worden gesproken van agenesie of aplasie van de borst moet voorts worden gekeken naar de borstplooi en de hoeveelheid klierweefsel. Op grond van voornoemd advies van het Zorginstituut moet voor aanspraak op een borstvergroting ten laste van de zorgverzekering bij betrokkene sprake zijn van het ontbreken van een inframammairplooi en van klierweefsel van minder dan één centimeter dik. Dat de dikte van het klierweefsel in de borst minder dan één centimeter is, moet zijn aangetoond met een echo. Uit de door verzoekster aan de ziektekostenverzekeraar gezonden foto's blijkt volgens twee medisch adviseurs van de ziektekostenverzekeraar niet van het ontbreken van een inframammairplooi. Verzoekster voldoet daarom niet aan de geldende voorwaarden voor aanspraak op een borstvergroting, zoals opgenomen in het advies van het Zorginstituut van 31 maart 2016 aan de Minister van VWS. De ziektekostenverzekeraar meent dat bij verzoekster hypoplasie aan de orde is.
- 5.3. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op artikel A17 van de zorgverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

- 7.1. In geschil is of verzoekster aanspraak heeft op het inbrengen van borstprothesen ter augmentatie, ten laste van de zorgverzekering.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

- 8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.
- 8.2. De zorgverzekering betreft een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld op de pagina's 8 tot en met 53 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 8.3. Op de pagina's 37 en 38 van de voorwaarden van de zorgverzekering is bepaald wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op plastische chirurgie of reconstructieve chirurgie bestaat en de betreffende passage luidt, voor zover hier van belang:

"Plastische chirurgie is een chirurgisch specialisme waarin men zich richt op het uit functioneel (soms esthetisch) oogpunt aanpassen van het uiterlijk, bijvoorbeeld het herstellen van aangeboren

of opgelopen verminkingen. Plastische chirurgie is zeer beperkt opgenomen in de Basisverzekering.

Welke zorg

U heeft recht op behandelingen van plastische chirurgische aard als het gaat om correctie van:

- *afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen,*
- *verminkingen die gevolg zijn van een ziekte, ongeval of een geneeskundige verrichting,*

(...)

Let op

U heeft geen recht op behandelingen van plastische chirurgische aard als het gaat om:

(...)

- *het operatief plaatsen en vervangen van een borstprothese, behalve nadat één of beide borsten geheel of gedeeltelijk geamputeerd zijn of bij agenesie of aplasie van de borst bij vrouwen en de daarmee vergelijkbare situatie bij een vastgestelde transseksualiteit,*

(...)"

- 8.4. De passage op de pagina's 37 en 38 van de voorwaarden van de zorgverzekering is volgens het gestelde op pagina 5 van de voorwaarden van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.5. Artikel 11, eerste lid, Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft. Degene die is verzekerd op basis van een zuivere restitutiepolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten. Degene die is verzekerd op grond van een naturapolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit de zorg of overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Naast zuivere restitutiepolissen en naturapolissen bestaan er combinatiepolissen, waarbij de invulling van de zorgplicht per dekkingsrubriek verschilt. Verzekerden op basis van een zuivere restitutiepolis hebben, op grond van artikel 2.2, tweede lid, onder b, Bzv aanspraak op vergoeding van de betreffende kosten, tenzij deze hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden passend is te achten. Voor de naturapolissen en combinatiepolissen stelt de zorgverzekeraar, overeenkomstig artikel 13, eerste en tweede lid, Zvw, de vergoeding vast in het geval de verzekerde gebruik maakt van een niet door de zorgverzekeraar voor die zorg of dienst gecontracteerde aanbieder, en deze neemt hij op in zijn verzekeringsvoorwaarden. Hierbij houdt de zorgverzekeraar rekening met eventueel van toepassing zijnde eigen bijdragen. Plastische chirurgie is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.1 Rzv.
- 8.6. De Zvw, het daarop gebaseerde Bzv en de Rzv, schrijven dwingend voor welke prestaties onder de zorgverzekering verzekerd dienen te zijn. De verzekerde die een zorgverzekering sluit heeft recht op niet meer of minder dan deze prestaties. De zorgverzekering is in dit opzicht een bijzondere, van overheidswege gereguleerde vorm van schadeverzekering. Het staat de ziektekostenverzekeraar niet vrij een dekking te bieden die hetzij ruimer dan wel beperkter is dan op grond van het bij of krachtens de Zvw bepaalde is voorgeschreven. De hiervoor beschreven regeling, zoals opgenomen in de zorgverzekering, strookt met de toepasselijke regelgeving.
9. Beoordeling van het geschil
- 9.1. Op grond van het bepaalde op pagina's 37 en 38 van de zorgverzekering is het plaatsen van borstprothesen uitgesloten van vergoeding tenzij (i) één of beide borsten geheel of gedeeltelijk geamputeerd zijn of (ii) sprake is van agenesie of aplasie van de borst bij vrouwen en (iii) de daarmee vergelijkbare situatie bij een vastgestelde transseksualiteit.

9.2. Vast staat dat bij verzoekster geen sprake is van een status na gehele of gedeeltelijke borstamputatie dan wel transseksualiteit zodat de vraag resteert of bij haar kan worden gesproken van agenesis of aplasie van de borst. Door de ziektekostenverzekeraar is in dit verband gesteld dat het ontbreken van borstvorming het gevolg moet zijn van dan wel geassocieerd moet kunnen worden met een zeldzame genetische aandoening. Bij verzoekster zou een dergelijke aandoening niet zijn aangetoond. Volgens het Zorginstituut heeft bedoelde voorwaarde geen wettelijke basis. Hoewel de commissie de stelling van de ziektekostenverzekeraar kan begrijpen, moet anderzijds worden geconstateerd dat het hanteren van deze voorwaarde niet redelijk zou zijn ten opzichte van vrouwelijke verzekerden, nu de eis van een zeldzame genetische aandoening niet wordt gesteld ten aanzien van man-vrouw transseksuelen. Een redelijke uitleg lijkt dan ook te zijn dat een vermoeden moet bestaan van de aanwezigheid van een zodanige aandoening, welk vermoeden wordt bevestigd indien bij de vrouwelijke verzekerde (i) het klierweefsel minder dan één centimeter bedraagt (aangetoond door middel van een echo), en (ii) de inframammairplooï ontbreekt. De commissie stelt vast dat partijen niet van mening verschillen over het feit dat door middel van een echo is aangetoond dat het klierweefsel in verzoeksters borsten minder dan één centimeter dik is. Hetgeen partijen verdeeld houdt, is de vraag of sprake is van afwezigheid van een inframammairplooï. Het Zorginstituut heeft in zijn advies van 12 januari 2018 vastgesteld dat dit bij verzoekster aan de orde is en adviseert tot toewijzing van het verzoek. De commissie maakt de conclusie van het Zorginstituut tot de hare en neemt het advies over. Dit betekent dat verzoekster aanspraak heeft op het operatief inbrengen van borstprothesen ter augmentatie ten laste van de zorgverzekering.

Conclusie

- 9.3. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen.
- 9.4. Aangezien het verzoek wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,- aan verzoekster te vergoeden.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek toe.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden het entreegeld van € 37,-.

Zeist, 7 februari 2018,

H.A.J. Kroon