

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden zorgverzekering 2013, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2013)

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster, tegen

- 1) C te E, en
- 2) D te E, 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 basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] Zorgverzekering Restitutie (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen [naam ziektekostenverzekeraar] Uitgebreid en [naam ziektekostenverzekeraar] Tandengaaf 500 afgesloten (hierna gezamenlijk: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vervanging van borstprothesen (hierna: de aanspraak). Bij brief van 22 april 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak wordt ingewilligd ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. Bij brief van 3 juni 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak wordt afgewezen voor zover het gaat om de zorgverzekering.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 24 juni 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft bij brief van 11 september 2013 aan verzoekster medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling.
- 3.4. Bij brief van 3 november 2013 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 dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (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 2 februari 2014 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 5 februari 2014 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 7 februari 2014 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 5 februari 2014 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 18 februari 2014 heeft het CVZ (zaaknummer 2014014666) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat bij verzoekster geen sprake is van een status na borstamputatie. Tevens is niet gebleken van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis, waarbij sprake is van Bakerklasse 4. Tot slot is niet gebleken van een indicatie voor het verwijderen van de prothesen. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 14 mei 2014 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 15 mei 2014 heeft de commissie het CVZ (thans: Zorginstituut Nederland) 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 CVZ bij brief van 21 mei 2014 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 ten aanzien van verzoekster het volgende verklaard: *“Mevrouw heeft tien jaar geleden een hersteloperatie van haar borsten ondergaan bij collega (...). Hiervoor waren de borstprotheses beschadigd door harde druk tijdens een mammografie. Ik heb deze patiënte twee jaar geleden gezien (...); er was toen sprake van kapselvorming Becker graad II met weinig weke delenbedekking van de protheses. Vandaag zag ik haar opnieuw in mijn kliniek en zij vertelde meer last te hebben van de verhardingen rondom de protheses: meer uitgesproken aan de linkerkant dan aan de rechterkant. Aan de linker mediale zijde van de borst is een duidelijk weke delen defect te zien, waarschijnlijk veroorzaakt bij kapselverwijdering tijdens de vorige operaties. Ik heb haar voorgesteld om de oude protheses met de kapselvorming te verwijderen en tijdens dezelfde procedure nieuwe protheses van het merk Mentor Cohesive II te plaatsen. Deze protheses geven minder rimpelvorming dan de huidige protheses en zullen dus minder duidelijk voelbaar zijn. Om de contourdefecten te verbeteren, met name aan de linkerkant, is er hiernaast een lipofillingprocedure noodzakelijk (...).”*
- 4.2. Verzoekster heeft een aanvraag ingediend voor het vervangen van de borstprothesen en lipofilling. De ziektekostenverzekeraar heeft een akkoordverklaring afgegeven voor de ingreep, mits deze zou worden uitgevoerd door een met name genoemde arts. De betreffende arts heeft aan verzoekster medegedeeld dat hij de operatie kan uitvoeren, maar dat er dan nog een aanvullend bedrag van € 16.870,-- in rekening zou worden gebracht.
- 4.3. Verzoekster vindt dit bedrag te hoog, en heeft informatie ingewonnen bij een andere arts. Deze gaf haar alle vertrouwen en heeft haar expliciet uitgelegd hoe hij de operatie ging uitvoeren. Er zou een bevredigend resultaat worden bereikt. De ziektekostenverzekeraar heeft de aanvraag voor deze ingreep echter afgewezen, omdat de arts werkzaam is in een privékliniek.
- 4.4. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar een restitutieverzekering gesloten, die haar de mogelijkheid biedt een specialist naar eigen keuze te bezoeken. In de verzekeringsvoorwaarden is bovendien geregeld dat indien de verzekerde naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat, recht bestaat op 100 percent van het marktconforme tarief. Verzoekster heeft derhalve recht op volledige vergoeding van de kosten van de ingreep, uitgevoerd door de tweede arts.

4.5. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat zij nooit is gezien door een medisch adviseur, zodat deze niet kan beoordelen of zij al dan niet mismaakt is. Haar borsten zaten onder haar armen, hetgeen erg pijnlijk is. Zij had in 2010 al klachten, maar haar is toen verteld dat de operatie zo lang mogelijk uitgesteld moest worden, omdat zij moeilijk te opereren is in verband met haar dunne huid. Verder heeft verzoekster benadrukt dat zij vrije artskeuze heeft. Een privékliniek komt niet voor in de polis. Het gaat om een zelfstandig behandelcentrum, en de arts is bekend bij de ziektekostenverzekeraar.

4.6. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Verzoekster heeft een restitutiepolis, en derhalve heeft zij recht op vergoeding van de kosten van zorg, verleend door een niet-gecontracteerde zorgverlener. In zoverre is zij vrij bij de keuze van een medisch specialist. De vergoeding van maximaal 100 percent van het marktconforme tarief wordt echter alleen gegeven als de zorg volgens de verzekeringsvoorwaarden onder de dekking van de zorgverzekering valt. Bij verzoekster is dat niet het geval, omdat de zorgverlening niet plaatsvindt in een erkende instelling voor medisch-specialistische zorg. In de voorwaarden van de zorgverzekering is omschreven dat zorg dient te worden geleverd door een erkende instelling voor medisch-specialistische zorg zoals bedoeld in de Wet toelating zorginstellingen (WTZi). Dit is bijvoorbeeld een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum.

5.2. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt herhaald.

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 A.22. van 'Hoofdstuk A' van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

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 restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in 'Hoofdstuk B' van de zorgverzekering.

8.3. Artikel B.4.5. van 'Hoofdstuk B' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op behandeling van plastisch-chirurgische aard bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“U hebt recht op behandelingen van plastisch-chirurgische aard volgens de standaard van plastisch chirurgen. Het gaat om correcties van:

a. afwijkingen in uw uiterlijk die aantoonbare lichamelijke functiestoornissen veroorzaken. Het gaat hierbij om lichamelijke klachten waarvan door onderzoek is vastgesteld (objectief) dat ze zijn ontstaan door de te corrigeren lichamelijke afwijking. Een voorbeeld hiervan is: onbehandelbare, continue aanwezige smetplekken in de huidplooi bij een forse overhang van de buik.

b. verminkingen die zijn ontstaan door ziekte, een ongeval of een geneeskundige verrichting (bijvoorbeeld een operatie). Hiervan is sprake als het gaat om een ernstige misvorming die in het

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Verzoekster heeft aanspraak gemaakt op vervanging van haar borstprothesen. De zorgverzekering biedt enkel dekking voor het (opnieuw) plaatsen van borstprothesen bij een status na gehele of gedeeltelijke borstamputatie. Van die situatie is bij verzoekster geen sprake.
- 9.2. Het verwijderen van borstprothesen valt onder de dekking van de zorgverzekering in geval van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis dan wel verminking als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 9.3. Bij een aantoonbare lichamelijke functiestoornis moet in dit kader worden gedacht aan een lekkage van een siliconenprothese, die is aangetoond door middel van een mammografie, echo of MRI, kapselvorming Baker-klasse IV, een persisterende/recidiverende infectie door de aanwezigheid van de prothese, die niet reageert op andere behandelingen zoals antibiotica dan wel een interferentie met de behandeling van borstkanker door aanwezigheid van een borstprothese. Niet gebleken is dat een dergelijke situatie bij verzoekster aan de orde is. Ook anderszins is bij haar geen sprake van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis.
- 9.4. Van verminking is slechts sprake in geval van een ernstige misvorming, die al dan niet met weefseldefecten gepaard gaat (zie ook GcZ, 5 november 2007, ANO07.289). Gelet op de ontstaansgeschiedenis van de term "verminking" in de huidige regelgeving gaat het daarbij om 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. Van verminking in bovenvermelde zin is in het onderhavige geval geen sprake.
- 9.5. Gelet op het voorgaande heeft verzoekster geen indicatie voor vervanging dan wel verwijdering van de borstprothesen, ten laste van de zorgverzekering.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.6. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt dekking voor het vervangen van borstprothesen. Een vereiste voor vergoeding is dat de zorg plaatsvindt in een instelling voor medisch-specialistische zorg. Dit begrip is in de begrippenlijst van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering gedefinieerd als een instelling als bedoeld in de WTZi, te weten een ziekenhuis of Z.B.C.. Uit de stukken blijkt dat de ingreep zal plaatsvinden in een privékliniek. Dit is geen instelling als bedoeld in de WTZi, zodat verzoekster geen aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van vervanging van de borstprothesen, ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. Anders dan verzoekster lijkt te veronderstellen is voor de afwijzing niet van belang de omstandigheid dat de door haar geraadpleegde tweede arts geen contract heeft gesloten met de ziektekostenverzekeraar, maar het feit dat de behandelaar volgens de ziektekostenverzekeraar niet werkzaam is in een instelling voor medisch-specialistische zorg als bedoeld in de verzekeringsvoorwaarden, hetgeen verzoekster niet heeft betwist.

Conclusie

- 9.7. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 4 juni 2014,

Voorzitter