

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, tegen C en D, beide te E
Zaak : Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, vervangen borstprothesen
Zaaknummer : 2013.00977
Zittingsdatum : 26 juni 2013

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2012, artt. 10 en 11 Zvw, 2.4 Bzv, 2.1 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2012, art. 6:238 BW)

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 Zorgverzekering Restitutie (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 Uitgebreid afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De eveneens door verzoekster afgesloten aanvullende ziektekostenverzekering Tandenaaf 500 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 vervanging van haar borstprothesen (hierna: de aanspraak). Bij brief van 27 februari 2013 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 21 maart 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.3. Bij brief van 11 april 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).

3.4. 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 stuk-

ken gevoegd.

- 3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 2 mei 2013 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 6 mei 2013 aan verzoekster gezonden.
- 3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 16 mei 2013 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 17 juni 2013 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.7. Bij brief van 6 mei 2013 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 4 juni 2013 (zaaknummer 2013059291) heeft het CVZ 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 kapselvorming Baker klasse IV, zodat zij geen (verzekerings)indicatie heeft voor het verwijderen van de borstprothesen. Daarnaast is het operatief plaatsen en vervangen van een borstprothese geen verzekerde zorg, tenzij sprake is van een status na gehele of gedeeltelijke borstamputatie. Een afschrift van het CVZ-advies is op 7 juni 2013 aan partijen gezonden.
- 3.8. Verzoekster is op 26 juni 2013 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 CVZ.
- 3.9. Bij brief van 28 juni 2013 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of het verslag aanleiding geeft tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 3 juli 2013 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
 - 4.1. Verzoekster heeft in 1987 borstprothesen laten plaatsen. Ongeveer een jaar geleden is de linkerprothese verschoven. Al direct na deze verschuiving kreeg verzoekster last van deze prothese.
 - 4.2. Inmiddels is ook sprake van kapselvorming en veroorzaken beide prothesen ernstige pijnklachten die haar beperken in haar dagelijks functioneren. Het verwijderen van de borstprothesen heeft dan ook een medische noodzaak.
 - 4.3. Aangezien de vervanging van de prothesen medisch noodzakelijk is, doet verzoekster onder meer een beroep op artikel D.1.9 van de aanvullende ziektekostenverzekering. Op grond van deze bepaling komt het vervangen van borstprothesen voor vergoeding in aanmerking indien sprake is van een medische noodzaak, zoals bij verzoekster aan de orde is.
 - 4.4. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. Het vervangen van borstprothesen wordt alleen op grond van de zorgverzekering vergoed in geval van status na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie. Dit is bij verzoekster niet aan de orde. De medisch adviseur heeft tijdens het spreekuurbezoek op 23 januari 2013 vastgesteld dat bij verzoekster geen sprake is van kapselvorming Baker klasse IV. Gelet op de constatering van de medisch adviseur is de ziektekostenverzekeraar van mening dat verzoekster evenmin een (verzekerings)indicatie heeft voor verwijdering van de borstprothesen ten laste van de zorgverzekering.
- 5.2. Op grond van artikel D.1.9. van de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat aanspraak op vervanging van borstprothesen anders dan in geval van amputatie. Voorwaarde hierbij is dat sprake dient te zijn van een medische noodzaak voor de verwijdering van de prothese ten laste van de zorgverzekering. Dit artikel ziet dus op de situatie dat de verwijdering van de prothese wordt vergoed ten laste van de zorgverzekering in verband met een aantoonbare lichamelijke functiestoornis, maar het opnieuw plaatsen niet omdat het geen status na borstamputatie betreft. In dat geval kan de vervanging in haar totaliteit onder de aanvullende verzekering worden vergoed. Omdat uit het onderzoek van de medisch adviseur is gebleken dat geen sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis, kan vervanging ook niet ten laste van de aanvullende verzekering worden vergoed.
- 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.21. 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 is gehouden 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 in beginsel kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen B.1. tot en met B.22. van de zorgverzekering. Artikel B.4. van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat. Voor zover hier van belang, luidt dit artikel:

“(…)

Let op!

De volgende zorg valt niet onder medisch specialistische zorg zoals die is beschreven in artikel B.4.:

(…)

c. het tijdens een operatie plaatsen of vervangen van een borstprothese als bij u geen gehele of gedeeltelijke borstamputatie is uitgevoerd;

d. het tijdens een operatie verwijderen van een borstprothese zonder dat hier een medische noodzaak voor is.

(…)

B.4.5.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat behandelingen van plastisch-chirurgische aard volgens de standaard van plastisch chirurgie. 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 dagelijkse leven meteen opvalt. Voorbeelden hiervan zijn: misvorming door brandwonden en geamputeerde (afgezette) benen, armen of borsten;

(…)

Voorbeelden wanneer wel of geen recht bestaat op plastische chirurgie:

(…)

2. Correctie van ongelijke borsten in andere gevallen dan na amputatie. U hebt recht op verkleining van één van de borsten als uw borsten twee cupmaten of meer van elkaar verschillen. Dit kan namelijk gezien worden als verminking. Er bestaat alleen recht op een eenzijdige verkleining.

(…)”

- 8.3. Artikel B.4. van de zorgverzekering is volgens artikel A.2. van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.4. Artikel 11, lid 1, onderdeel b Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.
Behandeling van plastisch-chirurgische aard is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.1 Rzv.
- 8.5. 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.

- 8.6. Artikel D.1.9.1 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op vervanging van borstprothesen en luidt, voor zover hier van belang:

“D.1.9.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat medisch specialistische zorg (plastische chirurgie) ter vervanging van een of beide borstprothese(n).

D.1.9.2. Waar hebt u recht op?

Wij vergoeden de vervanging van een of beide borstprothese(n). Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.

D.1.9.3. Voorwaarden

Algemeen

*a. Er is sprake van een medische noodzaak voor het operatief verwijderen van (een) borstprothese(n) die is ingebracht in een andere situatie dan na een borstamputatie. Als het gaat om vervanging van een borstprothese die is ingebracht na een borstamputatie, dan wordt dat uit de basisverzekering vergoed.
(...)”*

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Het operatief *vervangen* van borstprothesen behoort alleen tot de verzekerde prestaties op grond van de zorgverzekering indien sprake is van status na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie. Dit is bij verzoekster niet aan de orde. De uitsluiting van artikel B.4.1 onder c van de zorgverzekering is derhalve onverkort van toepassing.
- 9.2. Het operatief *verwijderen* van borstprothesen behoort tot de verzekerde prestaties op grond van de zorgverzekering indien er een (verzekerings)indicatie bestaat in de vorm van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis dan wel verminking. Bij een aantoonbare lichamelijke functiestoornis kan gedacht worden aan een lekkage van de prothese, kapselvorming Baker-klasse IV of hoger, een persisterende of recidiverende infectie door de aanwezigheid van de prothese, die niet reageert op andere behandelingen (bijvoorbeeld antibiotica) of een interferentie met de behandeling van borstkanker (bijvoorbeeld radiotherapie) door aanwezigheid van de borstprothese. Bij verzoekster is sprake van kapselvorming Baker-klasse II met lichte neiging tot III. Niet is gebleken dat bij haar een – andere – aantoonbare lichamelijke functiestoornis als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering bestaat.
- 9.3. 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 aangezichtszenew, misvorming door brandwonden, replantatie van ledematen, reconstructie van geamputeerde ledematen of van geamputeerde mammae. Van verminking in bovenvermelde zin kan in het onderhavige geval niet worden gesproken. Aangezien een (verzekerings)indicatie voor het operatief verwijderen van de borstprothesen ontbreekt, is de uitsluiting van artikel B.4.1. onder d van de zorgverzekering onverkort van toepassing.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.4. De ziektekostenverzekeraar is – binnen de grenzen van de wet- en regelgeving – vrij bij de invulling van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering. Door het afsluiten van de verzekering heeft verzoekster zich met de voorwaarden akkoord verklaard.
- In de door verzoekster afgesloten aanvullende ziektekostenverzekering is in artikel D.1.9.1 de vervanging van borstprothesen opgenomen. De ziektekostenverzekeraar heeft daarbij als voorwaarde gesteld dat sprake dient te zijn van een medische noodzaak voor het operatief verwijderen van de prothesen anders dan na borstampuatie. Uit de brief van de ziektekostenverzekeraar van 21 maart 2013 en de hierin gegeven toelichting blijkt dat hij met artikel D.1.9.1 een extra dekking heeft willen opnemen voor die situatie waarin de verzekerde wél een (verzekerings)indicatie heeft voor het operatief verwijderen van de borstprothese(n) ten laste van de zorgverzekering, maar geen (verzekerings)indicatie voor vervanging.
- 9.5. De commissie overweegt dat de ziektekostenverzekeraar het, als opsteller van de verzekeringsvoorwaarden, in zijn macht heeft het voorgaande te laten blijken uit de redactie van de betreffende tekst. Met name het gegeven dat het operatief verwijderen ten laste van de zorgverzekering moet plaatsvinden, is door hem in artikel D.1.9.1 onvoldoende tot uitdrukking gebracht. Dit wordt mede veroorzaakt door het feit dat geen verwijzing naar de zorgverzekering is opgenomen, maar in plaats hiervan het criterium ‘medische noodzaak’. Dit begrip is in de verzekeringsvoorwaarden niet gedefinieerd. Het is dan ook begrijpelijk dat hierover bij een verzekerde misverstanden kunnen ontstaan. De commissie is daarom van oordeel dat verzoekster de betreffende bepaling aldus mocht opvatten dat aanspraak bestaat op het vervangen van borstprothesen – waaronder in dit verband tevens dient te worden verstaan het operatief verwijderen – indien sprake is van een door de behandelend medisch specialist vastgestelde medische noodzaak voor het vervangen van de prothesen. De ziektekostenverzekeraar dient derhalve, conform artikel D.1.9 van de aanvullende ziektekostenverzekering, de betreffende kosten aan verzoekster te vergoeden.

Conclusie

- 9.6. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen.
- 9.7. Aangezien het verzoek wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld 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 een bedrag van € 37,--.

Zeist, 17 juli 2013,

Voorzitter