

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vertegenwoordigd door G te H tegen C te D en E te F
Zaak : Plastische chirurgie, borstprothese vervangen
Zaaknummer : 2010.02492
Zittingsdatum : 11 mei 2011

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. drs. P.J.J. Vonk, mr. H.P. Ch. van Dijk)

(Voorwaarden zorgverzekering 2006-2010, artt. 10, 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2007-2010)

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door G te H

tegen

1) C te D en

2) E te F

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 verzekering [naam zorgverzekeraar] ZorgVerzorgd (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 ziektekostenverzekering [naam ziektekostenverzekeraar] ExtraVerzorgd 1 en TandVerzorgd 3 afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 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 de borstprothese links (hierna: de aanspraak). Bij brief van 14 september 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen voor zover deze het plaatsen van de nieuwe borstprothese links betreft, en is toegewezen voor zover deze het verwijderen van de borstprothese links betreft.
- 3.2. Verzoekster heeft bij brief van 27 september 2010 aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 30 september 2010 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 20 januari 2011 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 ad € 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 17 maart 2011 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 18 maart 2011 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 28 maart 2011 schriftelijk medegedeeld middels haar gemachtigde telefonisch gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 26 april 2011 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 18 maart 2011 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 14 april 2011 heeft het CVZ (zaaknummer 2011033051) 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 status na borstamputatie, en zij daarom geen indicatie heeft voor vervanging van de borstprothese. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 20 april 2011 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 11 mei 2011 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 16 mei 2011 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 20 mei 2011 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. De behandelend plastisch chirurg heeft bij verzoekster de volgende diagnose gesteld: *“capsulectomie, Baker 4, congenitale afwijking linker borst geen ontwikkeling gehad, dus niet aanwezig”*.
- 4.2. Verzoekster stelt dat de prothese in de linkerborst dient te worden vervangen vanwege ernstige kapselvorming. Zowel de plaatsing van de borstprothese zesentwintig jaar geleden als de reeds viermaal ondergane vervanging daarvan vanwege kapselvorming en lekkage zijn vergoed. Het ligt in de rede dat de ziektekostenverzekeraar ook de kosten van de op dit moment medisch noodzakelijke operatie vergoedt. Voorts stelt verzoekster dat het onredelijk is de verwijdering van de borstprothese wél te vergoeden, en het plaatsen van een nieuwe borstprothese niet, aangezien verzoekster hierdoor twee maal een operatie zal moeten ondergaan, waarbij het plaatsen van de nieuwe borstprothese voor haar rekening zal komen.

- 4.3. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat zij zich aan het CVZ-advies wil conformeren. Echter, in de brief van 21 december 2010 van de ziektekostenverzekeraar wordt gesteld dat wel recht bestaat op verwijdering van de prothese, maar niet op vervanging. Dit betekent dat verzoekster moet besluiten om twee keer te worden geopereerd of om ook de kosten van de verwijdering zelf te betalen. Volgens de ziektekostenverzekeraar is hier namelijk maar één DBC voor. Verzoekster stelt voor een deel van de kosten zelf te betalen en dit te verrekenen met de ziektekostenverzekeraar.
- 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. De ziektekostenverzekeraar stelt dat het verwijderen van de borstprothese vanwege de ernstige kapselvorming voor vergoeding in aanmerking komt. Het plaatsen van de borstprothese valt alleen onder de dekking van de zorgverzekering, indien bij een verzekerde sprake is van een status na gehele of gedeeltelijke borstamputatie, hetgeen bij verzoekster niet het geval is.
- 5.2. Voorts stelt de ziektekostenverzekeraar dat het gegeven dat verzoekster twee maal een operatie zal moeten gaan, een gevolg is van het hanteren van een andere DBC voor de vervanging van een borstprothese dan voor de verwijdering van een borstprothese.
- 5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat maar één DBC bestaat, voor zowel de verwijdering als de vervanging van de borstprothese. Verrekening van de kosten is niet mogelijk. Volgens de ziektekostenverzekeraar zijn de voorafgaand aan de zitting gewisselde argumenten van geheel andere aard geweest. De ziektekostenverzekeraar zal zich met betrekking tot deze kwestie nog verdiepen in de DBC-systematiek en de commissie berichten over de uitkomst.
- 5.4. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag terecht is afgewezen.
6. De bevoegdheid van de commissie
- 6.1. De commissie is 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 volledig 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 naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen B9 tot en met B36 van de zorgverzekering. Artikel B27 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op plastische chirurgie bestaat, en luidt voor zover hier van belang:

“Artikel B27

(...)

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 (...)

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,
- het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak (...)

- 8.3. Artikel 8.4 van de zorgverzekering is volgens artikel 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 a 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 de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Plastische chirurgie is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.1 Rzv.
- 8.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Tussen partijen is niet in geschil dat de kapselvorming bij verzoekster dermate ernstig is, dat deze leidt tot een aantoonbare lichamelijke functiestoornis (ernstige kapselvorming Bakerklasse IV), hetgeen een (verzekerings)indicatie voor verwijdering inhoudt. Voorts staat vast dat voor de vervanging van de borstprothese links in de situatie van verzoekster een (verzekerings)indicatie ontbreekt, nu geen sprake is geweest van een gehele of gedeeltelijke amputatie als bedoeld in artikel B27 van de zorgverzekering. Om die reden heeft de ziektekostenverzekeraar zich aanvankelijk enkel bereid verklaard de kosten van het verwijderen van de borstprothese links te vergoeden. Aangezien de aanvraag betrekking heeft op de vervanging van de prothese, en het betreffende DBC-tarief tevens de kosten van de verwijdering omvat, zou verzoekster hetzij twee operaties moeten ondergaan dan wel mede de kosten van de verwijdering voor haar rekening moeten nemen.

- 9.2. In vervolg op de hoorzitting op 11 mei 2011, heeft de ziektekostenverzekeraar de commissie bij brief van 10 juni 2011 medegedeeld die consequentie niet aanvaardbaar te achten en daarom het toepasselijke DBC-tarief te zullen vergoeden, met uitzondering van de eventuele extra kosten, verbonden aan het plaatsen van een nieuwe prothese. Verzoekster heeft hier bij brief van 23 juni 2011 mee ingestemd.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.3. De commissie is gebleken dat de aanvullende ziektekostenverzekering geen dekking biedt voor de plaatsing van een borstprothese, zodat het verzoek – voor zover gericht op vergoeding van de onder 9.2 genoemde extra kosten – op basis van de polisvoorwaarden van die verzekering niet kan worden toegewezen.
- 9.4. Ten aanzien van het entreegeld acht de commissie, nu de ziektekostenverzekeraar heeft besloten tot vergoeding over te gaan, termen aanwezig te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar het entreegeld aan verzoekster dient te vergoeden.

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie stelt vast dat door partijen overeenstemming is bereikt over de vervanging van de borstprothese. De ziektekostenverzekeraar zal het toepasselijke DBC-tarief aan verzoekster vergoeden met uitzondering van de extra kosten verbonden aan het plaatsen van een nieuwe prothese.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden een bedrag ad € 37,--.

Zeist, 6 juli 2011,

Voorzitter