



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, tegen Menzis Zorgverzekeraar N.V. en Menzis N.V., beide te Wageningen
Zaak : Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, vervanging borstprothese
Zaaknummer : 201401919
Zittingsdatum : 18 februari 2015

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. P.J.J. Vonk, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden zorgverzekering 2014, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2014)

1. Partijen

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

1) Menzis Zorgverzekeraar N.V. en
2) Menzis N.V., beide 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 basis van de verzekering ZorgVerzorgd (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 ExtraVerzorgd 2 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 afgesloten aanvullende verzekering Tandverzorgd 1P 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 de prothese in haar rechterborst (hierna: de aanspraak). Zowel telefonisch als per brief van 27 maart 2014 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 brieven van 17 april 2014 en 3 juni 2014 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 10 augustus 2014 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 12 december 2014 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 15 december 2014 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 22 december 2014 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft per e-mailbericht doorgegeven niet te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 16 december 2014 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 13 januari 2015 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2014161984) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat geen sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of van verminking. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op datum 14 januari 2015 aan partijen gezonden. Zij zijn hierbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op het advies te reageren. Partijen hebben van deze mogelijkheid geen gebruik gemaakt.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. De (toenmalige) huisarts heeft ten aanzien van verzoekster het volgende gesteld:
"Bovengenoemde pte wil graag een sec opinion nav klachten reconstructie mammae. Ze is ontevreden [...]. Mw heeft meerdere plastisch chirurgische behandelingen gehad en [is] over meerdere artsen niet tevreden [...] wil een kleinere prothese, zodat ze niet meer te zwaar aanvoelen."
- 4.2. In 2005 heeft verzoekster een borstamputatie, en borstreconstructie ondergaan. Omdat verzoekster niet tevreden was over het resultaat en veel pijnklachten had, heeft in 2012 een nieuwe reconstructie plaatsgevonden. Na deze reconstructie zijn de pijnklachten verergerd. Volgens verzoekster is tijdens deze reconstructie in haar rechterborst een grote(re) prothese geplaatst. Deze prothese zorgt voor uitstraling van de pijn naar boven. Verzoekster wil graag een lichtere prothese. Verder stelt verzoekster dat de borstreconstructie niet is afgemaakt. Zij heeft nu de keuze tussen verminkt blijven of lijden. Verzoekster stelt dat de huidige wet- en regelgeving is ingevoerd tijdens het verloop van de (eerdere) borstreconstructie, hetgeen zij niet heeft kunnen voorzien.
- 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. De overheid bepaalt wat is verzekerd in de basisverzekering. De onderhavige behandeling valt onder plastische chirurgie, ook indien de behandeling wordt uitgevoerd door een andere specialist dan een plastisch chirurg. In het artikel "Plastische Chirurgie" van de verzekeringsvoorwaarden staat dat de ziektekostenverzekeraar deze behandeling alleen vergoedt als:
- iemand aantoonbare lichamelijke functiestoornissen heeft. Dit betekent dat er ernstige lichamelijke klachten zijn, of
 - iemand verminkt is door een ziekte, een ongeluk of een behandeling van een arts, en deze klachten alleen door plastische chirurgie zijn op te lossen.

De ziektekostenverzekeraar beroept zich erop dat bij de beoordeling niet is gebleken dat één van deze situaties zich bij verzoekster voordoet.

- 5.2. Nadat - op verzoek van verzoekster - zij is onderzocht door de adviserend geneeskundige, is deze tot de conclusie gekomen dat geen indicatie bestaat om voor vergoeding van de prothesewissel in

aanmerking te komen. Geconstateerd is dat bij verzoekster geen sprake is van kapselvorming van de rechterborst. Bovendien is niet aannemelijk geworden dat een prothesewissel de pijnklachten van verzoekster in haar schouder zal doen verminderen.

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, 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 naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op behandelingen van plastisch chirurgische aard is geregeld op bladzijde 35 van de verzekeringsvoorwaarden en luidt, voor zover hier van belang:

Welke zorg

U heeft recht op behandelingen van plastisch 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 geneeskundige verrichting (..)*

U heeft geen recht op behandelingen van plastisch 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,

(..)

Verwijzing en toestemming

U heeft alleen recht op plastische chirurgie als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van uw huisarts, medisch specialist of specialist ouderengeneeskunde (verpleeghuisarts). U heeft ook voorafgaande toestemming van [naam ziektekostenverzekeraar] nodig."

8.3. Het gestelde op bladzijde 35 van de verzekeringsvoorwaarden is volgens bladzijde 6 van de verzekeringsvoorwaarden 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.

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.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

9.1. Vooropgesteld moet worden dat de aanvraag tot vervanging van de borstprothese uiteenvalt in twee onderdelen; het verwijderen van de aanwezige prothese en het inbrengen van de nieuwe prothese. Uitgangspunt bij de beoordeling van het verzoek is dat de aanvraag van verzoekster ook het mindere - de enkele verwijdering van de borstprothese - omvat. De beoordeling van het geschil is derhalve tweeledig.

9.2. Op het operatief verwijderen van de borstprothese bestaat aanspraak indien een (verzekerings)indicatie in de vorm van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis dan wel verminking aanwezig is.

9.3. Bij een aantoonbare lichamelijke functiestoornis moet in dit kader worden gedacht aan lekkage van een siliconenprothese, die is aangetoond door middel van een mammografie, echo of MRI, kapselvorming Bakerklasse 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 verzoekster 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. Aangezien bij verzoekster geen sprake is van verminking dan wel een lichamelijke functiestoornis kan zij geen aanspraak maken op verwijdering van de borstprothese. Gezien het bovenstaande behoeft de vervanging van de borstprothese geen nadere bespreking.


Voortgezette behandeling

9.6. Mede gelet op de door verzoekster betrokken stelling, dient de vraag te worden beantwoord of wat betreft de aanspraak kan worden gesproken van een voortgezette behandeling. Van een voortgezette behandeling is sprake indien de ingreep ertoe strekt alsnog het beoogde en naar medisch deskundig oordeel haalbare resultaat te bereiken.

9.7. Uit de verklaring van de (toenmalige) huisarts blijkt dat het beoogde en naar medisch deskundig oordeel haalbare resultaat is behaald en dat het enkel verzoekster is die niet tevreden is over de nieuwe reconstructie in 2012. Voor zover verzoekster van mening is dat haar klachten zijn te herleiden tot het feit dat in augustus 2012 een grote(re) prothese is geplaatst, is dat in eerste




instantie een zaak tussen haar en de betreffende plastisch-chirurg. Dit staat in beginsel los van de onderhavige procedure tussen verzoekster en de zorgverzekeraar. Van een voortgezette behandeling is in casu geen sprake.


- 
- 9.8. Ook de stelling dat de huidige wet- en regelgeving is ingevoerd tijdens het verloop van de borstreconstructie kan verzoekster niet baten. In 2012 werd de laatste behandeling - te weten de borstreconstructie - afgerond. De huidige aanvraag betreft een nieuwe behandeling, die moet worden beoordeeld aan de hand van de op dit moment vigerende verzekeringsvoorwaarden en wet- en regelgeving. De uitkomst van deze beoordeling is hiervoor toegelicht.



Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering


- 
- 9.9. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor de onderhavige zorg, zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden toegewezen.


Conclusie

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



10. Het bindend advies

- 
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.



Zeist, 25 maart 2015,



mr. drs. P.J.J. Vonk

