

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vs. C te D en E te D
Zaak : Geneeskundige zorg, medisch-specialistische zorg, plastische-chirurgie,
plaatsen borstprothese na eerdere behandeling
Zaaknummer : 2009.00128
Zittingsdatum : 15 juli 2009

Zaak: 2009.00128 (Geneeskundige zorg, medisch-specialistische zorg, plastische-chirurgie, plaatsen borstprothese na eerdere behandeling)

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2008, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1, en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2008)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

1) C te D, hierna te noemen: de zorgverzekeraar, en

2) E te D, hierna te noemen: de aanvullende ziektekostenverzekeraar,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 1 december 2008 de aanvraag voor het plaatsen van een mammaprothese (verder: borstprothese) af te wijzen.

3. Ontstaan en verloop van het geding

3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster – volgens het polisblad – bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van het product “Hoofdverzekering”. Dit product wordt door de zorgverzekeraar echter niet als zodanig aangeboden. Gezien de tussen partijen gevoerde correspondentie zal bedoeld zijn de Zorg-op-Maatpolis. Aangezien verzoekster de toepasselijkheid van de Zorg-op-Maatpolis (verder: zorgverzekering) niet heeft bestreden, zal in het verdere vervolg van de procedure van deze zorgverzekering worden uitgegaan. Een zorgverzekering is een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de aanvullende ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering IdeaalPakket afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3.2. Op 14 februari 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar desgevraagd ten behoeve van verzoekster een machtiging afgegeven voor een capsulectomie links en repositie van de prothese.

Nadien heeft de behandelend plastisch chirurg bij verzoekster de volgende diagnose gesteld: “Forse asymmetrie t.o.v. andere zijde. Patiënte heeft aan linkerkant een style 410 FM-prothese van 310 gram”. Naar aanleiding van de gestelde diagnose is bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op plaatsing van een borstprothese rechts (hierna: de aanspraak). Bij brief van 1 december 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.

- 3.3. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 5 januari 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft verzoekster op 13 maart 2009 laten weten geen ruimte te zien voor bemiddeling.
- 3.5. Bij op 20 maart 2009 ontvangen brief heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen (hierna: het verzoek).
- 3.6. 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.
- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief van 13 mei 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 14 mei 2009 aan verzoekster gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 16 juni 2009 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden.
- 3.9. Bij brief van 14 mei 2009 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 17 juni 2009 heeft het CVZ (zaaknummer 29053387) 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 aantoonbare lichamelijke functiestoornis, of van een verminking in de zin van de regelgeving. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 24 juni 2009 aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 15 juli 2009 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.11. Bij brief van 15 juli 2009 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 voorlopige advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 20 juli 2009 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopige advies als definitief kan worden beschouwd.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
- 4.1. Voor zover voor het onderhavige geschil van belang, neemt verzoekster – samengevat – het volgende standpunt in.
- 4.2. In 2001 zijn in een privékliniek borstprothesen geplaatst. Het gewenste resultaat was echter niet bereikt, zodat in 2004 de borsten zijn gelift. In maart 2008 heeft opnieuw een behandeling plaatsgevonden. Zeer kort daarna is de wond ernstig gaan ontsen-

ken, waarna aan één zijde een prothese is verwijderd. Na ruim een half jaar zijn de wonden genezen. Verzoekster voelt zich verminkt tengevolge van de achtergebleven littekens en het ontbreken van een prothese in één borst.

4.3. Verzoekster komt tot de conclusie dat haar verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Voor zover voor het onderhavige geschil van belang, neemt de ziektekostenverzekeraar – samengevat – het volgende standpunt in.

5.2. De zorgverzekering biedt alleen dekking voor borstprothesen na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie. Deze situatie is bij verzoekster niet aan de orde. Tevens is bij verzoekster geen sprake van een verminking. De medisch adviseur heeft aan de hand van foto's bevestigd dat de rechterborst kleiner is dan de linker, doch daaruit blijkt niet dat het verschil in borstgrootte meer dan twee cupmaten betreft.

5.3. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

Gezien de verzekeringsvoorwaarden, het reglement van de commissie en/of de door de ziektekostenverzekeraar ondertekende verklaring, 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. De beoordeling van het geschil

7.1. In geschil is of verzoekster aanspraak kan maken op plaatsing van een borstprothese ten laste van de zorgverzekering, dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.

Ten aanzien van de zorgverzekering

7.2. Het betreft hier een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op plastische-chirurgie is geregeld in artikel 20 lid 4 van de zorgverzekering. Voor zover hier van belang, luidt dit artikellid als volgt:

“lid 4 Behandelingen van plastisch-chirurgische aard

Op behandeling van plastisch-chirurgische aard bestaat slechts aanspraak indien die strekt ter correctie van:

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

7.3. Artikel 20 lid 5 van de zorgverzekering sluit expliciet een aantal behandelingen uit. Genoemd artikellid luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

lid 5 Uitgesloten behandelingen

(...)

b. geen aanspraak op:

(...)

- het operatief plaatsen van een borstprothese anders dan na status bij een gehele of gedeeltelijke borstamputatie;

- het operatief verwijderen en vervangen van een borstprothese anders dan na status bij een gehele of gedeeltelijke borstamputatie; (...)"

- 7.4. De zorgverzekering is, gelezen artikel 2 van de zorgverzekering, gebaseerd op de ZVW, het Besluit zorgverzekering (verder: Bzv) met de daarbij behorende Regeling zorgverzekering (verder: Rzv), met inbegrip van de daarbij behorende toelichting, en het door de verzekeringnemer ingevulde aanvraagformulier. Ingevolge artikel 1 sub d van de Zvw mag een zorgverzekering – samengevat – niet “meer of minder” bieden dan bij of krachtens de wet is geregeld.
- 7.5. De commissie is van oordeel dat de in de verzekeringsvoorwaarden opgenomen regeling met betrekking tot plastische-chirurgie, zoals hiervoor aangehaald, strookt met het bepaalde in de artikelen 10 en 11 Zvw en de artikelen 2.1 en 2.4 Bzv en artikel 2.1 Rzv.
- 7.6. Op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering, en de daaraan ten grondslag liggende wet- en regelgeving, bestaat geen aanspraak op het operatief plaatsen van een borstprothese anders dan na status bij gehele of gedeeltelijke borstamputatie. In de procedure is niet gebleken dat daarvan bij verzoekster sprake is. Verzoekster kan derhalve geen aanspraak maken op de aangevraagde plaatsing van een borstprothese ten laste van de zorgverzekering.
- 7.7. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, dient te worden afgewezen.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 7.8. De commissie constateert dat in de ten behoeve van verzoekster afgesloten aanvullende geen dekking is opgenomen voor het plaatsen van een borstprothese.
- 7.9. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek, voor zover dat ziet op de aanvullende ziektekostenverzekering, eveneens dient te worden afgewezen.
8. Het bindend advies
- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 12 augustus 2009,

Voorzitter