

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vertegenwoordigd door E, F, tegen C te D
Zaak : Hulpmiddelenzorg, mammaprothese, doelmatigheid
Zaaknummer : 2010.00026
Zittingsdatum : 11 augustus 2010

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2008, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.9 Bzv, 2.6 e.v. en 2.8 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2008)

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door E, F,
tegen

C te D hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 26 november 2008 de aanvraag voor een “mammaprothese op maat” (hierna: de aanspraak) af te wijzen.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van het [naam ziektekostenverzekeraar] Basispakket (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 Basisaanvullende regeling en Regeling aanvullende vergoedingen pakket 2 afgesloten (hierna gezamenlijk: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 4 november 2009 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 12 april 2010 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 van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief van 4 juni 2010 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 7 juni 2010 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 17 juni 2010 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 7 juni 2010 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 7 juli 2010 heeft het CVZ (zaaknummer 2010075354) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat verzoekster kan volstaan met een confectieprothese en redelijkerwijs niet is aangewezen op een individueel vervaardigde mammaprothese. 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 11 augustus 2010 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. De commissie heeft partijen verzocht een afspraak te maken met de leverancier om naar een zo adequaat mogelijke oplossing te zoeken. Bij brief van 13 oktober 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar de commissie bericht over de uitkomst van het onderzoek. Verzoekster heeft bij brief van 29 oktober 2010 op de brief van de ziektekostenverzekeraar gereageerd.
- 3.11. Bij brief van 29 oktober 2010 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting en de nadien verzonden stukken gezonden met het verzoek mede te delen of het verslag en de stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. Bij brief van 10 november 2010 heeft het CVZ aan de commissie zijn definitieve advies uitgebracht. Een afschrift hiervan is op 12 november 2010 ter kennisname aan partijen gezonden.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. De behandelend 'nurse practitioner' heeft bij brief van 22 januari 2009 het volgende verklaard: "[Verzoekster] is vanaf januari 2005 in ons ziekenhuis bekend wegens een mammacarcinoom (DCIS) links. Zij onderging hiervoor een wide local excision en re-excisie en sentinel node procedure. (...) [Verzoekster] heeft sinds de behandeling in verband met ontstane asymmetrie van de borsten een deelprothese voor haar linkerborst. In 2007 heeft zij een nieuwe prothese aangeschaft omdat zij fors was afgevalen en de prothese van destijds veel te groot was geworden. [Verzoekster] is nu weer op haar oude gewicht terug en heeft hierdoor weer het probleem dat de huidige prothese niet meer geschikt is omdat hij nu te klein is. [Verzoekster] heeft in 2007 een gewone deelprothese aangeschaft. Wegens oneffenheid van het wondgebied functioneert dit niet, om goed te zitten moet de deelprothese opgevuld worden met watten die dan bij houdingsverandering weer gaan schuiven. Een situatie waarbij [verzoekster] zich begrijpelijkerwijs onzeker voelt. (...)"
- 4.2. Verzoekster stelt dat zij in 2006 een op maat gemaakte prothese heeft gekregen, die inmiddels is versleten. Een confectieprothese is geen adequaat hulpmiddel, omdat

deze niet goed past. Door de afwezigheid van een adequaat hulpmiddel wordt verzoekster sterk beperkt in haar dagelijks functioneren.

- 4.3. Ter zitting is door verzoekster aangevoerd dat de prothese die volgens de ziektekostenverzekeraar adequaat is, niet goed blijft zitten. De ziektekostenverzekeraar heeft onvoldoende informatie ingewonnen om tot een goed overwogen besluit te kunnen komen. Verzoekster is het meest gebaat bij een individuele prothese op maat.

- 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 de prothese die in 2006 voor verzoekster op maat is gemaakt intussen verkrijgbaar is als confectieprothese. Dat is de reden dat een op maat gemaakte prothese in de situatie van verzoekster niet is aangewezen. Verzoekster kan volstaan met een confectieprothese. Een en ander blijkt uit de telefonische verklaring van de gecontracteerde zorgverlener.

- 5.2. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat de adviseur hulpmiddelen contact heeft gehad met verzoekster en haar zorgverlener. De prothese die verzoekster in 2006 heeft gekregen, wordt niet meer gemaakt. De gekozen prothese is voor 80 percent passend. Deze prothese is een adequate voorziening.

- 5.3. 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 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 (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 13 tot en met 38 van de zorgverzekering. Artikel 33 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op hulpmiddelenzorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“Omschrijving:

*bij Regeling zorgverzekering als bedoeld in artikel 2.9 van het Besluit zorgverzekering aange-
wezen functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen. Daarbij kan worden geregeld in
welke gevallen de verzekerde aanspraak heeft op die zorg. (...)*

Voorschrift:

zoals bepaald in het Reglement hulpmiddelen [naam ziektekostenverzekeraar] 2008.

Machtiging:

zoals bepaald in het Reglement hulpmiddelen [naam ziektekostenverzekeraar] 2008. (...)

In het ‘Reglement hulpmiddelen [naam ziektekostenverzekeraar] 2008’ is, voor zover
hier van belang, het volgende opgenomen:

*“mammaprothesen gebruiksklare (al of niet vloeistofhoudend) prothese voor uitwendige toe-
passing*

(...)

Eigendom/buikleen:

Eigendom

(...)

Verwijzing door:

Behandelend specialist

(...)

Gebruikstermijn/maximum aantal:

gebruikstermijn 2 jaar (...)

mammaprothesen afzonderlijk vervaardigd voor uitwendige toepassing

(...)

Eigendom/buikleen:

Eigendom

(...)

Verwijzing door:

Behandelend specialist

(...)

Gebruikstermijn/maximum aantal:

gebruikstermijn 2 jaar (...)”

Artikel 12.4 van de zorgverzekering bevat een regeling van de aanspraak op zorg
wanneer gebruik wordt gemaakt van een niet door de ziektekostenverzekeraar ge-
contracteerde zorgverlener en luidt, voor zover hier van belang:

*“Als de verzekerde gebruik maakt van zorgaanbieders met wie [de ziektekostenverzekeraar]
geen overeenkomst heeft gesloten, dan bestaat recht op vergoeding van de kosten van zorg
tot ten hoogste 80% van de gemiddelde tarieven voor 2008, zoals deze voor de betreffende
vormen van zorg zijn overeengekomen tussen [de ziektekostenverzekeraar] en de betreffende
zorgaanbieders. In de gevallen waarin voor de betreffende zorg geen inkoop tarieven zijn vast-
gesteld en Wmg-tarieven gelden, is het gemiddeld gecontracteerd tarief voor 2008 gelijk aan
het geldende Wmg-tarief. (...)*

*De hieruit voortvloeiende maximale vergoedingen worden gepubliceerd in het Reglement res-
titutie [naam ziektekostenverzekeraar] 2008. (...)*”

Artikel 2.3 van de zorgverzekering bepaalt dat slechts aanspraak bestaat op zorg als
en voor zover de verzekerde op de zorgvorm naar inhoud en omvang redelijkerwijs is

aangewezen.

- 8.3. De artikelen 2.3, 12.4 en 33 van de zorgverzekering en het 'Reglement hulpmiddelen [naam ziektekostenverzekeraar] 2008' zijn volgens artikel 2.1 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. Hulpmiddelenzorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.9 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.6 e.v. Rzv. De aanspraak op een mammaprothese is meer specifiek geregeld in artikel 2.8 Rzv.
Artikel 2.1 Bzv bepaalt dat de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht heeft voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
Artikel 13 Zvw regelt de aanspraak op zorg indien een verzekerde gebruik maakt van een niet door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverlener.
- 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 verzoekster aanspraak heeft op een mammaprothese ten laste van de zorgverzekering. Hetgeen partijen verdeeld houdt, is de vraag of verzoekster kan volstaan met een confectieprothese dan wel aanspraak heeft op een op maat gemaakte prothese.
- 9.2. Verzoekster heeft gesteld dat zij niet kan volstaan met een confectieprothese. Zij heeft daartoe twee verklaringen van de 'nurse practitioner' van 30 mei 2008 en 22 januari 2009 overgelegd, waarin wordt medegedeeld dat een confectieprothese door de vorm van de wond niet adequaat is.
De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat verzoekster kan volstaan met een confectieprothese, omdat de prothese die zij in 2006 kreeg en die adequaat was, inmiddels als confectieprothese op de markt is. De gecontracteerde zorgverlener heeft bovendien medegedeeld dat deze confectieprothese bij verzoekster een adequate voorziening vormt.
- 9.3. De verklaring van de 'nurse practitioner' lijkt te zijn gebaseerd op informatie uit 2006 en 2007. Deze luidt immers dat verzoekster in 2006 een adequate op maat gemaakte prothese heeft gekregen, en in 2007 een deelprothese die niet functioneerde. De 'nurse practitioner' heeft niet gemotiveerd aangegeven waarom de recent door de gecontracteerde zorgverlener aangedragen confectieprothese niet adequaat is. Het gaat daarbij, naar de ziektekostenverzekeraar onweersproken heeft gesteld, om een confectie-uitvoering van de prothese die verzoekster in 2006 als maatwerkprothese heeft gekregen en die destijds adequaat was.

- 9.4. Na de zitting is door partijen nader onderzoek verricht naar de indicatie van verzoeker voor een op maat gemaakte prothese. Hierbij is naar het oordeel van de commissie niet gebleken dat verzoeker niet kan volstaan met een confectieprothese. Een en ander leidt ertoe dat verzoeker geen aanspraak heeft op een op maat gemaakte prothese.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.5. De commissie is gebleken dat de aanvullende ziektekostenverzekering geen dekking biedt voor het onderhavige hulpmiddel, zodat deze verzekering verder geen bespreking behoeft.

9.6. **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, 17 november 2010,

Voorzitter