

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C te D
Zaak : Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, vervanging
borstprothesen
Zaaknummer : 2011.01903
Zittingsdatum : 11 januari 2012

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoekster,

tegen

C te D hierna 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 [naam ziektekostenverzekeraar] Zorgverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Deze verzekering is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

Verder waren ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Uitgebreide Aanvullende Verzekering, Tand Best Pakket en MiX Aanvullende Verzekering afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op het verwijderen en vervangen van haar borstprothesen. Bij brief van 1 april 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster een machtiging verleend voor het verwijderen van de borstprothesen en is het verzoek tot plaatsing van nieuwe borstprothesen afgewezen.
- 3.2. Bij brief van 19 januari 2011 heeft verzoekster de ziektekostenverzekeraar nogmaals verzocht de kosten van het plaatsen van de nieuwe prothesen te vergoeden (hierna: de aanspraak).
- 3.3. Bij brief van 9 februari 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoekster medegedeeld dat als in geval van een medische indicatie, de zorgaanbieder opnieuw een aanvraag kan indienen met daarbij de vermelding van de medische indicatie en de DBC-code.
- 3.4. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster bij brief van 7 april 2011 medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.5. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 3 mei 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan

verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

- 3.6. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.7. Bij brief van 28 september 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 (hierna: het verzoek).
- 3.8. 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.
- 3.9. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 23 november 2011 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 24 november 2011 aan verzoekster gezonden.
- 3.10. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 16 december 2011 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 23 december 2011 schriftelijk medegedeeld evenmin te willen worden gehoord.
- 3.11. Bij brief van 24 november 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 6 december 2011 heeft het CVZ (zaaknummer 2011123502) 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 gehele of gedeeltelijke borstamputatie.
- 3.12. Een afschrift van het CVZ-advies is op 30 december 2011 aan partijen gezonden. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren. Verzoekster heeft op 4 januari 2012 op het CVZ-advies gereageerd. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de wederpartij gezonden.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Verzoekster heeft een machtiging aangevraagd voor verwijdering en vervanging van haar borstprothesen. De ziektekostenverzekeraar heeft haar alleen een machtiging verleend voor het verwijderen.
- 4.2. Op 28 december 2010 heeft de behandeling waarop verzoekster aanspraak maakt, overeenkomstig de wijze zoals in de aanvraag vermeld, plaatsgevonden. Het ziekenhuis heeft de kosten van het plaatsen van de nieuwe prothesen, ten bedrage van € 1.750,--, bij verzoekster in rekening gebracht.
- 4.3. Volgens verzoekster is tijdens de operatie gebleken dat de linkerprothese lekte zodat aannemelijk is dat deze pijnklachten veroorzaakte. Naar aanleiding van de brief van de ziektekostenverzekeraar van 9 februari 2011 heeft zij contact opgenomen met de

behandelend arts. Deze heeft haar op 7 maart 2011 per e-mail bericht dat de discussie over de medische noodzaak van de ingreep niet nodig is, omdat de ziektekostenverzekeraar de hiermee gemoeide kosten al heeft vergoed. De enige kosten die niet zijn vergoed, zijn de kosten van de prothesen. Verzoekster concludeert uit de brief van 9 februari 2011 in combinatie met dit mailbericht dat sprake was van een medische indicatie voor de ingreep en dat de ziektekostenverzekeraar daarom ook de kosten van de prothesen moet vergoeden.

4.4. In haar brief van 4 januari 2012 heeft verzoekster als reactie op het CVZ-advies medegedeeld dat de beoordeling door de medisch adviseur van het CVZ wat haar betreft achterwege had kunnen blijven, omdat gezien de polisvoorwaarden geen discussie is over de dekking. Verzoekster benadrukt dat in de brief van 9 februari 2011 een toezegging is gedaan over het vergoeden van de onderhavige ingreep.

4.5. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Het plaatsen van nieuwe borstprothesen wordt alleen vergoed indien sprake is van een status na borstamputatie. Dit is bij verzoekster evenwel niet het geval.

5.2. Met de brief van 9 februari 2011 is aan verzoekster medegedeeld dat, als achteraf blijkt dat sprake is van een medische indicatie, de behandelend arts een nieuwe aanvraag kan indienen. De ziektekostenverzekeraar was hierbij ten onrechte ervan uitgegaan dat verzoekster met haar brief van 19 januari 2011 doelde op het verwijderen van de borstprothesen. Dit is niet juist aangezien de ziektekostenverzekeraar haar hiervoor reeds een machtiging had verleend. Er is echter geen toezegging gedaan dat de aanvraag voor het plaatsen van nieuwe borstprothesen wordt goedgekeurd en evenmin dat de kosten van deze prothesen alsnog 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. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

7.1. In geschil is of verzoekster aanspraak heeft op de vervangende borstprothesen ten laste van de zorgverzekering.

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 11 e.v. van de zorgverzekering.

Artikel 18 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op plastische chirurgie bestaat, en luidt, voor zover hier van belang:

“Uw recht op geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 13 (Medisch specialistische zorg) omvat behandeling van plastisch-chirurgische aard, uitsluitend als deze strekt tot correctie van:

1. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;

2. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, een ongeval of een geneeskundige verrichting;

(...)

U hebt geen recht op:

(...)

c. het operatief plaatsen en het operatief vervangen van een borstprothese anders dan na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie;

(...)”

- 8.3. Artikel 18 van de zorgverzekering is volgens de artikelen 2.3, 2.9 en 2.10 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 verzoekster een indicatie had voor het verwijderen van de borstprothesen. Hetgeen partijen verdeeld houdt is of verzoekster aanspraak heeft op het plaatsen van nieuwe borstprothesen.
- 9.2. In de voorwaarden van de zorgverzekering is het plaatsen van een borstprothese uitgesloten, tenzij in geval van een status na gehele of gedeeltelijke borstamputatie. Van dit laatste is bij verzoekster geen sprake, zodat geen aanspraak bestaat op vergoeding van deze kosten ten laste van de zorgverzekering.

Opgewekt vertrouwen

- 9.3. Verzoekster stelt dat de ziektekostenverzekeraar haar heeft toegezegd de onderhavige kosten te vergoeden indien alsnog blijkt dat sprake is van een medische indicatie. In de brief van 9 februari 2011 schrijft de ziektekostenverzekeraar echter dat de arts in dat geval een aanvraag kan indienen. Het indienen van een aanvraag impliceert dat hierop een beslissing volgt, die ook afwijzend kan zijn. Er kan dan ook niet gesproken worden van een gerechtvaardigd vertrouwen dat de aanvraag zonder

meer zou worden goedgekeurd.

Conclusie

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

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 11 januari 2012,

Voorzitter