

# Bindend advies

Partijen : A te B vs C te D in deze vertegenwoordigd door E te F  
Zaak : Geneeskundige zorg; plastische chirurgie; vervangen borstprothesen  
Zaaknummer : 2008.00507  
Zittingsdatum : 27 augustus 2008

## BINDEND ADVIES

Zaak: 2008.00507 geneeskundige zorg; plastische chirurgie; vervangen borstprothesen

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2007, art. 10, 11 Zvw, 2.4 Bzv, 2.1 Rzv)

### 1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,  
tegen

C te D, hierna te noemen: de zorgverzekeraar, in deze vertegenwoordigd door E te F.

### 2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen de beslissing van de zorgverzekeraar van 28 augustus 2007 een aangevraagde prothesewissel niet te vergoeden.

### 3 Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorgverzekering (hierna: de zorgverzekering). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 BW en betreft een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, van de Zvw.
- 3.2. De behandelend plastisch chirurg heeft bij verzoekster de volgende diagnose gesteld: "pijnlijke mammae waarschijnlijk ten gevolge van littekenweefsel en kapselvorming". Verzoekster heeft naar aanleiding van de gestelde diagnose bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van "kapsulotomie wissel prothese beiderzijds" ten laste van de zorgverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 28 augustus 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat haar aanspraak is afgewezen.
- 3.3. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 21 september 2008 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. Bij brief van 18 februari 2008 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht de zorgverzekeraar te gelasten de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering .
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 37,00 voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren.

- 3.6. De zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 15 april 2008 medegedeeld niet op de stellingen van verzoekster te willen reageren. Een afschrift hiervan is op 12 juni 2008 aan verzoekster toegezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 24 juni 2008 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 12 juni 2008 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, van de Zvw, gevraagd. Het CVZ heeft bij brief van 7 juli 2008 zijn voorlopige advies gegeven en de commissie geadviseerd nader onderzoek te laten verrichten naar de indicatie voor het verwijderen van de borstprothesen en het verzoek tot opnieuw plaatsen van de prothesen af te wijzen, aangezien verzoekster voor het opnieuw plaatsen geen indicatie heeft. Een afschrift hiervan is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 6 augustus 2008 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 27 augustus 2008 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 29 augustus 2008 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting toegezonden met het verzoek mede te delen of het verslag aanleiding geeft tot aanpassing van het voorlopige advies. In reactie daarop heeft het CVZ 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. Verzoekster stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat zij last heeft van kapselvorming. De lichamelijke klachten die zij ondervindt, zijn niet verminderd maar juist toegenomen. Verzoekster stelt dat zij psychisch gebukt gaat onder deze klachten. Zij is bang dat zij haar prothesen moet laten verwijderen en weer terugvalt in haar oude situatie. Verzoekster heeft zelf niet de middelen om de ingreep te betalen.
- 4.2. Ter zitting is door verzoekster aangevoerd dat de prothesen indertijd zijn geplaatst vanwege psychische klachten. Zij had toen cupmaat AA. Thans kampt zij met gezondheidsklachten, zoals blijkt uit de recente verklaring van de behandelend arts waarin deze bevestigt dat volgens de Bakerclassificatie sprake is van inkapseling graad IV.
- 4.3. Verzoekster komt tot de conclusie dat haar verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar
- 5.1. De zorgverzekeraar stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat bij verzoekster geen sprake is van een status na borstamputatie en verzoekster zodoende niet in aanmerking komt voor het verwijderen en herplaatsen van de prothesen. De zorgverzekeraar benadrukt dat psychisch lijden geen medische indicatie meer is voor plastisch chirurgie.

5.2. Ter zitting verklaart de zorgverzekeraar dat hij, naar aanleiding van het advies van het CVZ, nader onderzoek heeft gedaan. De verklaring van de behandelend arts werd intussen door hem ontvangen. Nu er een indicatie bestaat, zullen de kosten van de verwijdering van de prothesen ten laste van de zorgverzekering worden vergoed. Het ingenomen standpunt blijft daarentegen gehandhaafd voor zover het gaat om het plaatsen van de nieuwe prothesen.

5.3. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoekster voor dat deel terecht is afgewezen.

## 6 De bevoegdheid van de commissie

Voor zover het onderhavige geschil betrekking heeft op de zorgverzekering, is de commissie bevoegd daarvan kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. De commissie is daarentegen niet bevoegd ten aanzien van de aanvullende verzekering.

## 7. De beoordeling van het geschil

7.1. Het betreft hier een restitutiepolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op niet gecontracteerde zorg. Artikel 20 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op plastische chirurgie bestaat. Artikel 20 van de zorgverzekering sluit tevens expliciet een aantal behandelingen uit, waaronder het operatief plaatsen van een borstprothese anders dan na status van gehele of gedeeltelijke borstamputatie.

7.2. De regeling in de artikelen 20 van de zorgverzekering is volgens artikel 2.1 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Bzv en de Rzv.

7.3. Artikel 11, lid 1 onderdeel b van de Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde in voorkomend geval, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. In artikel 2.4 lid 1 onder b van het Bzv is bepaald dat een plastisch-chirurgische ingreep slechts onder de geneeskundige zorg valt indien die strekt tot de correctie van de onder sub 1 tot en met 5 genoemde aandoeningen. In artikel 2.4 lid 2 van het Bzv wordt bepaald dat bij ministeriële regeling bepaalde vormen van zorg kunnen worden uitgezonderd.

7.4. Op grond hiervan is in artikel 2.1 van de Rzv een aantal ingrepen expliciet uitgezonderd. Onder c wordt de plaatsing van borstprothesen uitgesloten, tenzij sprake is van een gehele of gedeeltelijke borstamputatie. In de toelichting op de Rzv valt te lezen dat het gaat om de uitsluitingen zoals die met ingang van 1 januari 2005 geregeld waren in de Regeling medisch-specialistische zorg Ziekenfondswet. Uit de toelichting bij laatstgenoemde regeling blijkt dat uitdrukkelijk tot uitsluiting van deze behandelingen is besloten omdat anders op grond van het eerste lid van voornoemd artikel een aantal van de genoemde behandelingen alsnog voor vergoeding in aanmerking kunnen komen. De in de Regeling medisch-specialistische zorg Ziekenfondswet genoemde uitsluitinggrond voor het operatief plaatsen van een borstprothese is identiek aan die van artikel 2.1 onder b van de Rzv.



- 7.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.6. Het onderhavige geschil spitst zich toe op de vraag of bij verzoekster sprake is van een indicatie voor verwijdering van de bestaande prothesen, respectievelijk voor plaatsing van nieuwe borstprothesen.
- 7.7. De zorgverzekeraar heeft ter zitting aangegeven dat bij nader onderzoek is gebleken dat verzoekster een indicatie heeft voor verwijdering van de bestaande prothesen. De daarmee gemoeide kosten zullen ten laste van de zorgverzekering worden vergoed. Dit onderdeel van het verzoek behoeft daarom geen verdere aandacht.
- 7.8. Ten aanzien van de vraag of verzoekster ook een indicatie heeft voor plaatsing van nieuwe borstprothesen, merkt de commissie op dat verminking aan de orde kan zijn in geval van een gehele of gedeeltelijke borstamputatie. Eerder is door de commissie geoordeeld dat het geheel ontbreken van borstklierweefsel daarmee kan worden gelijk gesteld.  
In de situatie van eiseres is geen sprake van een gehele of gedeeltelijke borstamputatie. Voorts is tijdens de hoorzitting door haar desgevraagd geantwoord dat zij aanvankelijk cupmaat AA had en dat er destijds wel enig klierweefsel aanwezig was. Hieruit volgt dat een indicatie ontbreekt en dat de uitsluiting van artikel 20 van de zorgverzekering onverkort van toepassing is.
- 7.9. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.  
Nu de zorgverzekeraar heeft besloten de kosten van de verwijdering van de prothesen alsnog ten laste van de zorgverzekering te vergoeden, ziet de commissie evenwel aanleiding de zorgverzekeraar te verplichten het door verzoekster betaalde entreegeld te vergoeden.
8. Het bindend advies
- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.
- 8.2. De commissie bepaalt dat de zorgverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden een bedrag ad € 37,00.

Zeist, 10 september 2008.

Voorzitter