

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen C te D
Zaak : Plastische chirurgie, vervanging borstprothesen
Zaaknummer : 2010.01908
Zittingsdatum : 15 december 2010

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

C te D, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Verzoekster is bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de 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).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vervanging van haar borstprothesen (hierna: de aanspraak). Bij brief van 15 juni 2010 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 brief van 23 juli 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. Bij brief van 7 september 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 (hierna: het verzoek).
- 3.4. 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.
- 3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 2 november 2010 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 4 november 2010 aan verzoekster gezonden.
- 3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 17 november 2010 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 14 december 2010 telefonisch medegedeeld even-

eens telefonisch te willen worden gehoord.

- 3.7. Bij brief van 4 november 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 17 november 2010 heeft het CVZ (zaaknummer 2010132967) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, ten aanzien van het plaatsen van de borstprothesen af te wijzen op de grond dat geen sprake is van een status na gehele of gedeeltelijke borstamputatie. Voorts wordt geadviseerd de aanvraag ten aanzien van het verwijderen van de oude borstprothesen af te wijzen op grond dat de ingreep reeds is uitgevoerd en daardoor thans door de ziektekostenverzekeraar niet meer te controleren is of inderdaad sprake was van kapselvorming graad III/IV. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.8. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 15 december 2010 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.9. Bij brief van 17 december 2010 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 voorlopig advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 22 december 2010 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Verzoekster stelt het volgende. Zij heeft in 1992 een borstcorrectie ondergaan in verband met misvorming, asymmetrie en onderontwikkeling van de borsten en de daarmee gepaard gaande psychische klachten. De kosten zijn destijds volledig vergoed door de ziektekostenverzekeraar.
- 4.2. In 2009 heeft zij een aanvraag ingediend voor het wisselen van haar borstprothesen, omdat haar borsten extreem hard en pijnlijk aanvoelden. Duidelijk was te zien dat de prothesen naar boven werden samengedrukt. Daarnaast had zij last van pijnlijke knobbels en bulten in haar borsten. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar heeft haar onderzocht, doch dat heeft niet tot een honorering van het verzoek geleid.
- 4.3. In de loop van 2009 zijn de klachten verergerd. Omdat haar aanvraag zowel schriftelijk als telefonisch was afgewezen en haar was verteld dat verdere verzoeken niet gehonoreerd zouden worden en dus feitelijk zinloos zouden zijn, heeft zij niet nogmaals een aanvraag gedaan. In april 2010 constateerde een andere zorgverlener, dat inmiddels sprake was van een kapselcontractuur Baker klasse graad III/IV met lekkage van de prothese. Er was dus sprake van medische noodzaak. De ingreep heeft op 20 mei 2010 plaatsgevonden. De behandelend arts heeft hierna een aanvraag voor vergoeding ingediend. De ziektekostenverzekeraar heeft echter ook deze aanvraag afgewezen. In de heroverweging verwijt de ziektekostenverzekeraar verzoekster dat zij niet nogmaals contact heeft opgenomen nadat haar klachten waren verergerd. Verzoekster benadrukt dat haar aanvraag reeds éénmaal schriftelijk en éénmaal telefonisch was afgewezen en dat haar was verteld dat verdere verzoeken niet gehono-

reerd zouden worden en dus feitelijk zinloos waren. Als verzoekster had geweten dat zij nogmaals een verzoek had kunnen indienen, had zij dat uiteraard gedaan.

4.4. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling het volgende aangevoerd. De plastisch chirurg heeft haar verteld dat de ingreep zou worden vergoed. verzoekster had geen reden hieraan te twifelen, aangezien een normale ziekenhuisopname ook nooit problemen oplevert. Desgevraagd bevestigt zij in 2009 ook een plastisch chirurg te hebben geconsulteerd. Haar aanvraag is toen afgewezen. Verzoekster benadrukt dat zij na die afwijzing telefonisch contact heeft opgenomen met de ziektekostenverzekeraar en dat haar daarbij verteld is dat het niet mogelijk was om tegen de beslissing in beroep te gaan. Voorts was verzoekster er niet van op de hoogte dat in de polisvoorwaarden vermeld staat dat het mogelijk is een heroverweging te vragen. Zij is een leek en leest daarom niet alle polisvoorwaarden. Verzoekster is van mening dat sprake is van een aangeboren afwijking.

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. De ziektekostenverzekeraar stelt dat het vervangen van borstprothesen alleen wordt vergoed na status bij een gehele of gedeeltelijke borstamputatie. Hiervan is bij verzoekster geen sprake. De medisch adviseur heeft tijdens het spreekuurbezoek op 31 augustus 2009 geen indicatie vastgesteld voor het verwijderen van de prothesen. Ook de zorgverlener die de eerste aanvraag heeft ingediend heeft vastgesteld dat sprake was van Baker klasse graad III. Dit is geen medische indicatie voor het verwijderen van een prothese.

5.2. Verzoekster heeft vervolgens zonder machtiging de ingreep laten uitvoeren. Achteraf heeft de behandelend specialist alsnog een aanvraag ingediend. In de aanvraag is vermeld dat sprake zou zijn van Baker klasse graad III / IV en dat operatief is vastgesteld dat lekkage van de prothese is opgetreden. De ziektekostenverzekeraar kan nu echter geen onderzoek meer uitvoeren en moet daarom uitgaan van de bevindingen van zijn medisch adviseur van 31 augustus 2009. Ten aanzien van de bij de operatie vastgestelde lekkage merkt de ziektekostenverzekeraar op dat – wil sprake zijn van een verzekeringsindicatie – een lekkage vooraf dient te zijn aangetoond door een mammagrafie, echo of MRI, aangezien een lekkage ook tijdens de operatie kan ontstaan.

5.3. Uit de nota van het Park medisch centrum blijkt dat nieuwe prothesen zijn geplaatst. Zelfs als verzoekster een indicatie had voor het verwijderen van de borstprothese, dan nog bestaat geen aanspraak op het plaatsen van nieuwe prothesen. Er bestaat alleen aanspraak op het plaatsen van nieuwe prothesen na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie.

5.4. Het argument van verzoekster – dat zij een nieuw verzoek zou hebben ingediend als zij geweten had dat dit mogelijk was – is niet steekhoudend. Verzoekster heeft immers na de ingreep een nieuwe aanvraag laten indienen. Dit had ook voorafgaand aan de ingreep gekund. Bovendien wist verzoekster dat zij vooraf een aanvraag moest indienen, aangezien dit al een keer was gebeurd.

- 5.5. Uit de telefoonnotitie van 29 oktober 2009 blijkt dat verzoekster heeft gebeld naar aanleiding van de afwijzing van de ingreep. Uit de notitie blijkt enkel dat verzoekster heeft verzocht om een kopie van de beslissing. De ziektekostenverzekeraar wijst verzekerden, die telefonisch kenbaar maken het niet eens te zijn met een beslissing, op de mogelijkheid een klacht in te dienen bij de afdeling Juridische Zaken. De ziektekostenverzekeraar ziet geen reden om aan te nemen dat dit bij verzoekster anders zou zijn, mede omdat zij later, zonder dat daar eerst een nieuw telefoongesprek over bekend is, haar geschil direct op de juiste wijze heeft ingediend.
- 5.6. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd, dat vóór de operatie sprake was van kapselvorming met Baker klasse graad III. Uit het registratiesysteem blijkt dat verzoekster op 29 oktober 2009 telefonisch contact heeft gehad met de ziektekostenverzekeraar. Toen is gevraagd om een kopie van de afwijzing; er is niets vermeld over het niet kunnen opkomen tegen de afwijzing. Het eerst volgende contact met verzoekster heeft na de ingreep plaatsgevonden. Overigens staat in de polisvoorwaarden vermeld dat een verzekerde de ziektekostenverzekeraar om een heroverweging van een beslissing kan vragen.
- 5.7. 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 ten aanzien van de zorgverzekering bindend advies uit te brengen.
7. Het geschil
- 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de vervanging van de borstprothesen te vergoeden 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 16 e.v. van de zorgverzekering.
Artikel 17, lid 2, onder d van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op plastische chirurgie bestaat. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:
- “Op behandeling van plastisch-chirurgische aard bestaat, indien binnen minstens 3 weken vooraf schriftelijk toestemming bij [naam ziektekostenverzekeraar] is aangevraagd en deze door [naam ziektekostenverzekeraar] is verleend, slechts aanspraak indien die strekt ter correctie van:*
- afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
- verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;
(...)”

Artikel 17, lid 3 van de zorgverzekering sluit expliciet een aantal behandelingen uit, waaronder het operatief plaatsen van een borstprothese anders dan na status bij een gehele of gedeeltelijke borstamputatie; het operatief vervangen van een borstprothese anders dan na status bij een gehele of gedeeltelijke borstamputatie, en het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak.

- 8.3. Artikel 17 van de zorgverzekering is volgens artikel 2, lid 2 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. Het operatief vervangen van borstprothesen behoort alleen tot de verzekerden prestaties op grond van de zorgverzekering indien sprake is van een status na gehele of gedeeltelijke borstamputatie. Bij verzoekster is dit niet aan de orde. De uitsluiting van artikel 17, lid 3 van de zorgverzekering is derhalve in de situatie van verzoekster onverkort van toepassing.
- 9.2. Het operatief verwijderen van borstprothesen behoort tot de verzekerde prestaties op grond van de zorgverzekering indien er een indicatie bestaat in de vorm van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis dan wel verminking.
- 9.3. Van een lichamelijke functiestoornis kan, naar het oordeel van de commissie, eerst worden gesproken in geval van kapselvorming graad IV volgens de Baker-classificatie, dan wel een persisterende/recidiverende infectie door de aanwezigheid van de prothese, interferentie met de behandeling van borstkanker, of een aange-toonde lekkage van een siliconenprothese.
Bij verzoekster is van een infectie in de procedure niet gebleken. Er is wel gesteld dat kapselvorming Baker klasse graad III/IV is opgetreden. Tevens is gesteld dat sprake was van een lekkage in de linkerprothese. Een en ander zou klinisch en peroperatief zijn bevestigd. Behoudens de mededeling hiervan door de plastisch chirurg op het aanvraagformulier is deze stelling niet onderbouwd. Het valt niet uit te sluiten dat sinds de vorige aanvraag de situatie rond de kapselvorming was veranderd. Dit doet er echter niet aan af dat het op de weg van verzoekster lag een nieuwe aanvraag te doen. Zij was ook bekend met de daarvoor geldende procedure. Aangezien de ingreep reeds is uitgevoerd, is thans niet meer te controleren of inderdaad sprake was van kapselvorming graad III/IV.

- 9.4. Van verminking is naar het oordeel van de commissie eerst sprake in het geval van een ernstige misvorming, al of niet met weefseldefecten gepaard gaande, die direct in het oog springt en die in het normale dagelijkse verkeer niet is te camoufleren door bijvoorbeeld kleding. Ook hiervan is bij verzoekster geen sprake.

Telefonisch verstrekte informatie

- 9.5. Uit de door de ziektekostenverzekeraar overgelegde telefoonnotitie blijkt niet dat is gesproken over de mogelijkheid een klacht in te dienen. Evenmin blijkt dat gesproken is over een mogelijke nieuwe aanvraag. Verzoekster heeft na de ingreep een nieuwe aanvraag laten indienen en heeft na de afwijzing van deze aanvraag een klacht ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. Nu het handelen van verzoekster, na de onderhavige ingreep, in tegenspraak is met hetgeen haar – naar zij stelt – telefonisch is medegedeeld, faalt ook dit argument.

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, 5 januari 2011,

Voorzitter