

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C te D en E te F
Zaak : Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, borstcorrectie, herstel
eerdere (gemachtigde) ingreep
Zaaknummer : 2011.02691
Zittingsdatum : 21 maart 2012

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoekster,

tegen

1) C te D en

2) E te F

hierna gezamenlijk 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 was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering [naam ziektekostenverzekeraar] Extra Aanvullend 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 een correctie contour en tepel van de rechterborst (hierna: de aanspraak). Bij brief van 9 juni 2011 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 25 oktober 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.3. Bij brief van 23 november 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).

3.4. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 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 3 februari 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 7 februari 2012 aan verzoekster gezonden.
- 3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 15 februari 2012 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.7. Bij brief van 7 februari 2012 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 21 februari 2012 heeft het CVZ (zaaknummer 2012017472) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat er geen verzekeringsindicatie is voor een zelfstandige ingreep, omdat geen sprake is van ernstige verminking of een aantoonbare functiestoornis. Daarnaast is uit de stukken niet op te maken wat het nagestreefde operatieresultaat van de eerste ingreep was. Om die reden kan niet worden beoordeeld of de gevraagde ingreep ertoe strekt om alsnog het beoogde en naar medisch deskundig oordeel haalbare operatieresultaat te bereiken. 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 21 maart 2012 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.9. Bij brief van 23 maart 2012 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 27 maart 2012 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. Op 17 november 2009 heeft de plastisch chirurg ten behoeve van verzoekster een aanvraag ingediend voor vergoeding van een tepel- en tepelhofreconstructie rechts na een "TRAM flap reconstructie na amputatie re". Op 12 mei 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoekster een machtiging verleend voor een tepelreconstructie rechts.
 - 4.2. Tijdens voornoemde ingreep, die op 17 september 2010 heeft plaatsgevonden, kreeg verzoekster allergische verschijnselen en moest de operatie worden afgebroken. Deze zou op een later tijdstip worden voortgezet. Als gevolg hiervan heeft verzoekster op haar rechterborst twee tepels en is de borst ingedeukt. Dit is zeer frustrerend en verzoekster wordt hierdoor depressief. Verzoekster vindt het onbegrijpelijk dat de ingreep waarvoor een machtiging is verleend, niet mag worden afgemaakt.
 - 4.3. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat zowel de borstcorrectie als de tepelreconstructie noodzakelijk waren. Tijdens de (gemachtigde) ingreep heeft zij meerdere verdovingen gehad, waardoor zij heel erg ziek is geweest. De tepel kon niet meer worden gerepositioneerd, omdat hiervoor geen tijd meer was. Uit het operatieverslag dat verzoekster eerder aan de commissie heeft gezonden, volgt dat het

gaat om een voortzetting van de eerdere operatie. Zij was na de betreffende ingreep erg angstig geworden waardoor de operatie niet op korte termijn kon worden voltooid, ten gevolge waarvan pas op 1 juni 2011 door een andere arts van het ziekenhuis een aanvraag is ingediend voor de voortgezette behandeling.

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. Verzoekster heeft een borstreconstructie ondergaan nadat haar rechterborst was geamputeerd. In 2009 is een tepelreconstructie goedgekeurd door de ziektekostenverzekeraar. In 2010 is een DBC met code 502 (littekencorrectie) aangevraagd. Deze aanvraag is door de ziektekostenverzekeraar goedgekeurd.

5.2. In 2011 is een nieuwe aanvraag ingediend voor een littekencorrectie. Verzoekster is op 19 oktober 2011 op het spreekuur van de medisch adviseur geweest. De medisch adviseur heeft van verzoekster begrepen dat het de bedoeling was tijdens de ingreep in 2010 niet alleen het litteken op de borst te corrigeren, maar ook de dogears.

5.3. Omdat de ingreep halverwege is afgebroken, zijn slechts de dogears gecorrigeerd en niet het litteken. De DBC 502 valt onder de standaard goedkeuring bij een eerste na-correctie na een borstcorrectie. Alle latere aanvragen voor een nieuwe correctie worden beoordeeld aan de hand van de geldende voorwaarden.

5.4. Gebleken is dat een litteken op de borst aanwezig is, dat door verzoekster wordt aangemerkt als "tweede tepel". Er is geen sprake van een ernstige, direct in het oog springende misvorming die in ernst vergelijkbaar is met een derdegraads brandwond of amputatie van lichaamsdelen. Het litteken op de borst is derhalve niet aan te merken als verminking als bedoeld in de zorgverzekering.

5.5. Evenmin is sprake van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. Verzoekster heeft geen lichamelijke klachten. Psychisch lijden vormt geen verzekeringsindicatie. Verzoekster komt dan ook niet in aanmerking voor vergoeding van de gevraagde behandeling ten laste van de zorgverzekering.

5.6. Ter zitting is ter aanvulling aangevoerd dat het hier geen voortgezette behandeling betreft, maar een nieuwe behandeling. Het CVZ heeft bevestigd dat geen sprake is van een verzekeringsindicatie.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel A.25 van de zorgverzekering is de commissie 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 onderhavige plastisch chirurgische ingreep – nadat een eerdere gemachtigde ingreep om medische redenen moest wor-

den onderbroken – 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 restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen B.1 e.v. van de zorgverzekering.

Artikel B.4.4 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op plastische chirurgie bestaat, en luidt, voor zover hier van belang:

“Behandelingen die van plastisch-chirurgische aard zijn, omvatten zorg die medisch specialisten plegen te bieden, en zijn bedoeld om de volgende zaken te corrigeren:

a. afwijkingen in uw uiterlijk die aantoonbare lichamelijke functiestoornissen veroorzaken;

b. verminkingen die zijn ontstaan door ziekte, een ongeval of een geneeskundige verrichting (bijvoorbeeld een operatie);

(...)”

8.3. Artikel B.4.4 van de zorgverzekering is volgens artikel A.2 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.4. Artikel 11, lid 1, onderdeel b 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 vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.

Behandeling van plastische chirurgie aard 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

9.1. Mede gelet op de door verzoekster betrokken stelling, dient de vraag te worden beantwoord of wat betreft de aanspraak kan worden gesproken van een voortgezette behandeling. Van een voortgezette behandeling is sprake indien de ingreep ertoe strekt alsnog het beoogde en naar medisch deskundig oordeel haalbare operatiere-sultaat te bereiken. Het CVZ heeft in zijn advies van 21 februari 2012 geconcludeerd dat uit de stukken niet is op te maken wat het nagestreefde operatiere-sultaat van de eerste ingreep is, en dat daarom niet kan worden beoordeeld of het gaat om dezelfde zorgvraag, en daarmee een voortgezette behandeling.

9.2. Verzoekster heeft ter zitting betoogd dat de gemachtigde ingreep was afgebroken, omdat zij reeds de maximale hoeveelheid verdoving had gehad en er geen tijd meer over was voor de tepelreconstructie. De door verzoekster overgelegde foto's laten geen andere conclusie toe dan dat het met de afgebroken ingreep bereikte resultaat niet het beoogde en naar medisch deskundig oordeel haalbare resultaat kan zijn. De

commissie is daarom van oordeel dat sprake is van een voortgezette behandeling. Verzoekster heeft derhalve aanspraak op het gevraagde.

Conclusie

- 9.3. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen.
- 9.4. Aangezien het verzoek wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld aan verzoekster te vergoeden.
10. Het bindend advies
 - 10.1. De commissie wijst het verzoek toe.
 - 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden een bedrag van € 37,--.

Zeist, 18 april 2012,

Voorzitter