

## Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden

### 2503

Vragen van het lid **Van Gerven** (SP) aan de Minister voor Medische Zorg over *het niet vergoeden van explantatie van borstimplantaten ondanks het bestaan van een medische noodzaak* (ingezonden 20 februari 2020).

Antwoord van Minister **Van Rijn** (Medische Zorg) (ontvangen 17 april 2020). Zie ook Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2019–2020, nr. 2025.

#### Vraag 1

Wat vindt u ervan dat deze mevrouw de explantatie van haar borstimplantaten niet vergoed krijgt, terwijl drie medisch specialisten hebben gesteld dat hier een medische noodzaak voor is?<sup>1</sup>

#### Antwoord 1

Eerst wil ik benadrukken dat ik het vervelend vind voor mevrouw dat zij klachten heeft ervaren. Verder wil ik benadrukken dat het niet aan mij is om in een individueel geval te treden. Dit knelt te meer nu het lijkt te gaan om een zeer complexe casus met een lange voorgeschiedenis<sup>2</sup>. Wel wil ik graag de rol van de zorgverzekeraar bij vergoedingsvragen bij individuele verzekeren nader toelichten.

Het is primair de taak van zorgverzekeraars om te bepalen welke zorg tot verzekerde zorg gerekend mag worden. Zij beoordelen of de declaraties die worden ingediend voldoen aan de wettelijke criteria voor verzekerde zorg vanuit het basispakket. De wettelijke criteria worden door individuele zorgverzekeraars toegepast om te bepalen of zij een declaratie mogen vergoeden uit hoofde van het basispakket. Dit betreft in principe per casus een individuele beoordeling.

Zorginstituut Nederland heeft in 2018<sup>3</sup> een standpunt uitgebracht over situaties waarin sprake is van medische noodzaak voor het verwijderen van borstimplantaten en de verwijdering binnen het verzekerde basispakket van

<sup>1</sup> Casus onderhands toegestuurd

<sup>2</sup> Casus onderhands meegezonden

<sup>3</sup> <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/standpunten/2018/05/31/standpunt-verwijderen-explantatie-van-siliconen-borstimplantaten-bij-aanhoudende-systemische-klachten>

de Zorgverzekeringswet valt. In de beantwoording van uw kamervragen<sup>4</sup> met betrekking tot de explantatie van borstimplantaten op 22 januari 2019 heb ik reeds naar dit standpunt van het Zorginstituut verwezen. Of sprake is van een situatie als omschreven in het standpunt van het Zorginstituut is ter beoordeling aan de zorgverzekeraar. Als de zorgverzekeraar in een individuele casus tot de conclusie komt dat dit niet het geval is, zal hij dat goed moeten motiveren.

Als de verzekerde het niet eens is met de beoordeling van de zorgverzekeraar, dan kan deze zich tot de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) wenden. Zij beoordelen onafhankelijk en onpartijdig in specifieke casuïstiek of het besluit van de zorgverzekeraar terecht is geweest.

#### Vraag 2

Hoe is het mogelijk dat vergoeding geweigerd wordt terwijl u heeft toegezegd dat de patiënt daar altijd recht op heeft als er een medische noodzaak bestaat?

#### Antwoord 2

Zie het antwoord op vraag 1. Het is aan de zorgverzekeraar om in individuele gevallen te toetsen of er sprake is van een medische indicatie die voor vergoeding op grond van de Zorgverzekeringswet in aanmerking komt.

Als een verzekerde het niet eens is met de beslissing van de zorgverzekeraar, kan deze altijd vragen om een herbeoordeling door de verzekeraar. Daarnaast kan de verzekerde terecht bij de SKGZ, die eventueel kan bemiddelen tussen de verzekerde en de verzekeraar of een bindend advies kan afgeven.

#### Vraag 3

Wat vindt u ervan dat zorgverzekeraars zichzelf en elkaar tegenspreken wat betreft het recht op vergoeding en zo de patiënt langer in onzekerheid laten?

#### Antwoord 3

Zie het antwoord op vraag 1. De ene patiënt is de ander niet. Waar het in eerste opzicht lijkt alsof het om vergelijkbare situaties gaat, kan blijken dat dat toch niet het geval is. Daarom moet de zorgverzekeraar in individuele gevallen toetsen of er sprake is van een medische indicatie die voor vergoeding in aanmerking komt.

#### Vraag 4

Deelt u de mening dat zorgverzekeraars op de stoel van de arts gaan zitten door te ontkennen dat er sprake van vergoeding moet zijn terwijl specialisten al hebben bevestigd dat er een medische indicatie is?

#### Antwoord 4

Ik kan geen oordeel vormen over een individueel geval, de verzekerde kan zich echter altijd richten tot de SKGZ voor het indienen van een klacht over de beslissing van de zorgverzekeraar.

De Zorgverzekeringswet heeft als doel om individuele verzekerden te verzekeren tegen de kosten van noodzakelijke en effectieve medische zorg. Om een behandeling voor vergoeding in aanmerking te laten kunnen komen moet aan een aantal voorwaarden worden voldaan. De zorgverlener kijkt aan de hand van medische criteria naar de gezondheidsklachten van de patiënt (artikel 14 Zvw) en stelt de medische indicatie vast. Vervolgens bekijkt de zorgverlener of de klachten van de patiënt dusdanig zijn, dat de patiënt redelijkerwijs op een bepaalde behandeling is aangewezen (artikel 2.1 Besluit Zorgverzekering). Ten slotte toetst de zorgverzekeraar of de declaratie rechtmatig en doelmatig is.

#### Vraag 5

Kunt u bevestigen dat deze mevrouw de explantatie van haar borstimplantaten vergoed moet krijgen?

---

<sup>4</sup> Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2018–2019, nr. 1653  
<https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/kamervragen/detail?id=2019Z00254&did=2019D07616>

#### Antwoord 5

Uit de informatie van de casus die ik toegestuurd heb gekregen, begrijp ik dat deze verzekerde geen volledige vergoeding heeft gekregen voor de explantatie van haar borstimplantaten. Dit heeft mogelijk te maken met het feit dat deze verzekerde ervoor heeft gekozen om haar borstimplantaten te verwijderen in een privé kliniek die niet gecontracteerd was door haar zorgverzekeraar. Het is mij niet bekend welk type polis deze verzekerde heeft afgesloten. Als verzekerden zeker willen zijn van volledige vergoeding bij niet gecontracteerde aanbieders, dan kunnen zij voor een restitutiepolis kiezen. Bij een naturapolis geldt de afspraak tussen de verzekeraar en de verzekerde dat de zorgkosten volledig worden vergoed als de cliënt naar een gecontracteerde aanbieder gaat. Echter, als het gaat om (hoge) zorgkosten die sterk afwijken van het gemiddelde tarief dan bepaalt de zorgverzekeraar dat de verzekerde een gedeelte van de rekening zelf moet betalen.