



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen OHRA Zorgverzekeringen N.V. en OHRA
Ziektekostenverzekeringen N.V., beide te Tilburg

Zaak : Plastische chirurgie, borstcorrectie, lipofilling borst, stand van de wetenschap en praktijk,
voorwaardelijke toelating

Zaaknummer : 201600950

Zittingsdatum : 9 november 2016

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden zorgverzekering 2016, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 en 2.2 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2016)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door C te B,
tegen

- 1) OHRA Zorgverzekeringen N.V., en
- 2) OHRA Ziektekostenverzekeringen N.V., beide te Tilburg,
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 OHRA Zorgverzekering Restitutie (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1 onderdeel d Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering OHRA Uitgebreid afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De eveneens afgesloten aanvullende verzekeringen OHRA Tandengaan 750 en OHRA Gezond zijn niet in geschil en blijven om die reden verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een borstreconstructie met lipofilling na een borstamputatie (hierna: de aanspraak). Bij brief van 8 februari 2016 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 14 april 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. Nadat verzoekster de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen had benaderd, heeft de Ombudsman Zorgverzekeringen haar op 4 mei 2016 medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling. Verzoekster is hierbij gewezen op de mogelijkheid de kwestie voor bindend advies voor te leggen aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen.
- 3.4. Bij e-mailbericht van 29 mei 2016 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 dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.5. 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.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 29 juli 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 1 augustus 2016 aan verzoekster gezonden.
 - 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 12 augustus 2016 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 7 oktober 2016 schriftelijk medegedeeld eveneens in persoon te willen worden gehoord.
 - 3.8. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10 lid 9 van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat de onderhavige zaak enkelvoudig wordt afgedaan.
 - 3.9. Bij brief van 1 augustus 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 1 september 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016100718) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat lipofilling bij borstreconstructie niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en derhalve geen verzekerde zorg is. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
 - 3.10. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 9 november 2016 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
 - 3.11. Ter zitting is afgesproken dat verzoekster nadere informatie over mag leggen. Verzoekster heeft deze informatie op 9 november 2016 per e-mail aan de commissie gezonden. Afschriften van de betreffende stukken zijn op 10 november 2016 naar de ziektekostenverzekeraar gestuurd, waarbij deze in de gelegenheid is gesteld hierop binnen één week te reageren. De ziektekostenverzekeraar heeft geen gebruik gemaakt van de geboden mogelijkheid.
 - 3.12. Bij brief van 24 november 2016 heeft de commissie het Zorginstituut afschriften van de aantekeningen van de hoorzitting en de nagekomen stukken gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen en nagekomen stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. De commissie heeft hierbij gevraagd of er al voorlopige resultaten beschikbaar zijn van de trial, en of er publicaties uit Italië bekend zijn.
Bij brief van 8 december 2016 heeft het Zorginstituut aan de commissie het definitief advies uitgebracht. Hierin bevestigt het Zorginstituut dat lipofilling bij borstreconstructie niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Het Zorginstituut licht toe dat lipofilling bij borstreconstructie sinds oktober 2015 voorwaardelijk is toegelaten tot de zorgverzekering. Alleen als de verzekerde deelneemt aan de lopende klinische studie komen de kosten voor vergoeding in aanmerking. Er zijn van deze studie nog geen voorlopige resultaten bekend. Een voortgangsrapportage wordt in april 2017 verwacht. In de voortgangsrapportage komen verschillende punten aan bod, waaronder ook ontwikkelingen in de internationale literatuur. In dit kader zal waarschijnlijk ook de Italiaanse literatuur, voor zover relevant, worden betrokken. Zolang de voortgangsrapportage niet is uitgebracht, heeft het Zorginstituut hierover geen informatie.
Een afschrift van voornoemd advies is op 12 december 2016 aan partijen gezonden. Zij zijn hierbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op het definitief advies te reageren. Verzoekster heeft op 16 december 2016 op het definitief 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 borstsparende operatie en radiotherapie ondergaan in verband met borstkanker. Begin 2016 bleek zij een recidief te hebben en diende zij een ablatie te ondergaan.

De behandelend plastisch chirurg heeft de ziektekostenverzekeraar ten behoeve van verzoekster verzocht om vergoeding van een reconstructie met lipofilling. Verzoekster is professioneel operazangeres. De behandelend plastisch chirurg verklaart bij brief van 26 januari 2016 dat het daarom niet wenselijk is om een reconstructie met een prothese uit te voeren, aangezien een bekend probleem hierbij een bandgevoel van de thorax is. Hierdoor is het mogelijk dat de inspiratie voor het zingen niet meer volledig kan zijn.

- 4.2. Verzoekster merkt op dat een andere plastisch chirurg in een eerder stadium heeft gezegd dat een borstreconstructie met behulp van een prothese of met eigen weefsel voor haar geen optie was. Door de eerdere behandeling met radiotherapie kan bij verzoekster geen reconstructie met een prothese plaatsvinden. Daarnaast kan vanwege haar beroep geen reconstructie met eigen weefsel worden uitgevoerd, omdat hierbij spieren in de rug of de buik worden beschadigd, die de toekomstige beroepsuitoefening ernstig zullen schaden of zelfs onmogelijk kunnen maken.
- 4.3. Volgens de ziektekostenverzekeraar is bij de beoordeling van de stand van de wetenschap en praktijk gekeken naar alle wetenschappelijke informatie, waarbij het onderzoek niet wordt beperkt tot Nederland. Verzoekster betwijfelt dit echter, aangezien haar is gebleken dat onder meer in Italië lipofilling een standaardbehandeling is die volledig wordt vergoed door de ziektekostenverzekering. Ook het door de ziektekostenverzekeraar gestelde, dat de onderhavige behandeling niet algemeen is geaccepteerd, is onjuist. In de brief van de behandelend plastisch chirurg staat niet dat het gaat om een niet algemeen geaccepteerde behandeling.
De praktijk is dat een borstreconstructie met lipofilling internationaal is geaccepteerd. Daarom dient deze behandeling te worden vergoed. Dat verzoekster gezien haar medische voorgeschiedenis niet kan deelnemen aan de Nederlandse trial doet hieraan niet af.
- 4.4. Verzoekster benadrukt dat de onderhavige behandeling ook door de medisch specialisten in Nederland als veilig en effectief wordt beschouwd. Er is geen arts geweest die verzoekster heeft gezegd dat zij lipofilling beter niet zou kunnen overwegen, omdat de behandeling niet adequaat of niet veilig zou zijn. Integendeel, twee artsen hebben - los van elkaar - juist gezegd dat dit een goede oplossing is voor verzoekster.
- 4.5. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat zij niet specifiek heeft gezocht naar de behandeling met lipofilling. Echter, zij heeft van haar artsen begrepen dat het gezien haar beroep de enige juiste behandeling is. Bij alle andere varianten loopt zij het risico op problemen met het zingen, waardoor zij haar beroep niet meer kan uitoefenen. In het advies van het Zorginstituut wordt gesuggereerd dat de aangevraagde behandeling een wens/fantasie is van verzoekster, maar dat is niet het geval. De behandelend arts heeft geprobeerd verzoekster in de trial te krijgen, maar dit kon niet omdat bij haar sprake is van een recidief.
Het standpunt van het Zorginstituut dateert uit 2011. Het is nu 2016. Verzoekster vraagt zich af waarom niet een nieuw standpunt wordt betrokken, en waarom niet wordt gekeken naar wat er in Italië gebeurt. In Italië krijgen alle vrouwen deze behandeling gratis. Dit is tevens de beste behandeling.
Bij verzoekster is gezien haar beroep sprake van een exceptionele situatie. Bovendien vergoedt de ziektekostenverzekeraar borstreconstructies wel, dus waarom wordt niet het bedrag vergoed dat de ziektekostenverzekeraar hiervoor had moeten betalen. Verzoekster kan dan zelf beslissen waar zij wordt geholpen en met welke methode.
Geen borstreconstructie laten uitvoeren is voor verzoekster geen optie, dit zou een te grote impact hebben op haar vrouw-zijn.
- 4.6. Bij e-mailberichten van 9 en 10 november 2016 heeft verzoekster, zoals afgesproken tijdens de hoorzitting, aan de commissie informatie gestuurd over een Italiaanse arts die vele internationale publicaties heeft geschreven over het onderhavige onderwerp alsmede twee artikelen waaruit blijkt dat lipofilling een goed alternatief is voor een borstreconstructie.
- 4.7. Verzoekster heeft bij e-mailbericht van 16 december 2016 gereageerd op het definitief advies van het Zorginstituut. Verzoekster vindt het verdrietig en bitter dat voornoemd advies geen nieuwe

gezichtspunten bevat. Bij verzoekster blijft de gedachte leven dat de antwoorden beperkt blijven tot correcte formuleringen van formele juridische toetsingen.

Ten aanzien van het coulanceverzoek merkt verzoekster nog op dat zij zich afvraagt hoeveel professionele operazangeressen er zullen zijn, die met een recidive na negen jaar en elf maanden met dezelfde zorgvraag komen.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. De door verzoekster aangevraagde behandeling voldoet niet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Zodoende is geen sprake van verzekerde zorg. Deze behandeling komt daarom op grond van artikel A.3.2 van de zorgverzekering niet voor vergoeding in aanmerking.

5.2. Bij de beoordeling van de stand van de wetenschap en praktijk worden alle relevante gegevens in aanmerking genomen, waaronder met name literatuur, wetenschappelijke onderzoeken en gezaghebbende meningen van medisch specialisten. Hierbij wordt het principe van 'evidence based medicine' gevolgd. Dit is een systematische zoekstrategie naar relevante literatuur en beoordeling van de methodologische kwaliteit van de geselecteerde onderzoeken in de internationale medisch-wetenschappelijke databases. Hierbij wordt niet limitatief gezocht, dat wil zeggen dat geen uitsluiting plaatsvindt van primaire onderzoeken, editorials, letters of case-reports.

Naar gelang het onderwerp wordt ook specifiek gezocht naar gepubliceerde meningen van experts op het betreffende vakgebied en naar meningen/opvattingen van relevante organisaties of belangenverenigingen. Verder wordt altijd gezocht naar Nederlandse en buitenlandse richtlijnen en adviezen, en via Google naar opvattingen van buitenlandse zorgverzekeraars of andere instanties. Uit de gevonden literatuur worden voor de verdere beoordeling die artikelen geselecteerd die betrekking hebben op de vraagstelling. Aan de artikelen wordt waar mogelijk een level of evidence toegekend conform de EBRO-richtlijn (Evidence Based Richtlijn Ontwikkeling).

Indien uit ten minste twee kwalitatief verantwoorde studies op 'fase 3 niveau' blijkt dat de behandeling in kwestie een (meer)waarde heeft ten opzichte van de behandeling die tot nu toe in de internationale kring der beroepsgenoten geldend is, dan moet worden geconcludeerd dat de betreffende behandeling (inmiddels) een gebruikelijke behandeling is in de internationale kring der beroepsgenoten.

De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar heeft beoordeeld of de aangevraagde ingreep voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, en heeft geconcludeerd dat lipofilling (nog) niet als een verzekerde prestatie op basis van de zorgverzekering kan worden beschouwd.

5.3. De conclusie dat autologe lipofilling van de borst, ook wel autologe vettransplantatie genoemd, niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, wordt bevestigd door het feit dat deze behandeling onder voorwaarden is toegelaten tot het verzekerde pakket. Het betreft een toelating van 1 oktober 2015 tot 1 april 2020. Hierbij geldt als voorwaarde dat de patiënten deelnemen aan een wetenschappelijk onderzoek om het effect van de behandeling aan te tonen. Dit onderzoek betreft 'The BREAST trial' (Borst Reconstructie met Externe pre-expansie en Autologe vettransplantatie versus Standaard Therapie).

Voorwaardelijk toegelaten zorg voldoet per definitie (nog) niet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Deze zorg wordt desondanks bij wijze van uitzondering vergoed, omdat men verwacht en hoopt dat de betreffende zorg binnen bepaalde tijd mogelijk wel onder het verzekerde pakket zal vallen.

Helaas is het voor verzoekster niet mogelijk deel te nemen aan de trial, omdat zij radiotherapie heeft ondergaan.

5.4. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen aanspraak op een (gedeeltelijke) vergoeding van de aangevraagde behandeling.

5.5. De ziektekostenverzekeraar moet bij de uitvoering van wet- en regelgeving altijd rekening houden met precedentwerking en gelijke behandeling. De omvang van de zorgaanspraken, voorwaarden en

wettelijke voorschriften gelden voor alle verzekerden. Als voor verzoekster een uitzondering wordt gemaakt en de zorg wordt vergoed, kunnen ook andere verzekerden aanspraak maken op een vergoeding. Gelet op deze precedentwerking kan de ziektekostenverzekeraar niet afwijken van de verzekeringsvoorwaarden.

- 5.6. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar herhaald dat het maken van een uitzondering niet mogelijk is in verband met de precedentwerking. De ziektekostenverzekeraar krijgt zeer veel van dit soort verzoeken. Er zijn veel meer vrouwen die een dergelijke borstreconstructie willen. Waarom zou verzoekster hiervoor wel toestemming moeten krijgen omdat zij operazangeres is? Daarnaast gevraagd, antwoordt de ziektekostenverzekeraar geen coulancebeleid te voeren. Coulanceverzoeken worden individueel beoordeeld. Het is aan de ziektekostenverzekeraar om te beoordelen of de aangevraagde behandeling voldoet aan de verzekeringsvoorwaarden en dat is hier niet het geval. Verzoekster vraagt zich nog af waarom niet het bedrag wordt vergoed dat de ziektekostenverzekeraar ingeval van een toegelaten vorm van borstreconstructie zou moeten betalen. Verzoekster kan dan zelf beslissen waar zij wordt geholpen en met welke methode. Verzocht wordt aldus om vergoeding van een behandeling die niet zal worden uitgevoerd. De ziektekostenverzekeraar vergoedt echter alleen behandelingen die daadwerkelijk plaatsvinden of hebben plaatsgevonden.

- 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.22 van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

- 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar is gehouden de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

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.3 e.v. van de zorgverzekering.

- 8.3. Artikel B.4.5 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op behandelingen van plastisch-chirurgische aard bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“Zorg: waar hebt u recht op?”

De zorg omvat behandelingen van plastisch-chirurgische aard volgens de standaard van plastisch chirurgen. Het kan gaan om zorg met of zonder opname. Het gaat om correcties van:

- *afwijkingen in uw uiterlijk die aantoonbare lichamelijke functiestoornissen veroorzaken.*

Het gaat hierbij om lichamelijke klachten waarvan door onderzoek is vastgesteld (objectief) dat ze zijn ontstaan door de te corrigeren lichamelijke afwijking. Een voorbeeld hiervan is: onbehandelbare, continue aanwezige smetplekken in de huidplooi bij een forse overhang van de buik.

- *verminderingen die zijn ontstaan door ziekte, een ongeval of een geneeskundige verrichting (bijvoorbeeld een operatie). Hiervan is sprake als het gaat om een ernstige misvorming die in het*

dagelijkse leven meteen opvalt, bijvoorbeeld: misvorming door brandwonden en geamputeerde (afgezette) benen, armen of borsten; (...)"

8.4. In artikel A.3.2 van de zorgverzekering is het volgende bepaald:

"De inhoud van uw zorgverzekering wordt bepaald door de overheid. Wij bepalen de inhoud van de ziektekostenverzekering en de aanvullende verzekeringen.

In deze verzekeringsvoorwaarden staat op welke dekking u recht hebt. Deze dekking omvat zorg die voldoet aan de volgende eisen:

- de inhoud en omvang van zorg worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk of door wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten; en*
 - het is zorg zoals zorgverleners van de betreffende beroepsgroep die naar hun standaarden en normen plegen te bieden en als aanvaarde zorg beschouwen; en*
 - de zorg is als verzekerde zorg genoemd in het Vergoedingen Overzicht van uw verzekering en uitgewerkt en omschreven onder hoofdstukken B of D van deze verzekeringsvoorwaarden; en*
 - u bent - gelet op uw indicatie - naar inhoud en omvang redelijkerwijs aangewezen op die zorg. De te verlenen zorg moet doelmatig zijn.*
- (...)"*

8.5. In artikel A.3.3 van de zorgverzekering is het volgende bepaald:

"In afwijking van artikel A.3.2. 2e en 3e bolletje omvat de dekking ook de zorg en diensten die bij de Regeling zorgverzekering voor een bepaalde periode zijn aangewezen. Voor die zorg gelden de daar geregelde voorwaarden (zie artikel B.22.). De Regeling zorgverzekering is te vinden op de internetsite van de overheid: www.overheid.nl."

8.6. Artikel B.22 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op voorwaardelijke zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"Zorg: waar hebt u recht op?"

De zorg omvat de volgende zorg en diensten die bij de Regeling zorgverzekering voorwaardelijk voor een bepaalde periode zijn aangewezen:

(...)

j. tot 1 april 2020 autologe vet transplantatie (AFT) van vetcellen naar de borst als nieuwe reconstructietechniek;

(...)

Voorwaarden

Algemeen

U neemt deel aan onderzoek. Deze voorwaarde is niet van toepassing op de voorwaardelijke zorg onder f. Onder dat onderzoek verstaan we:

- hoofdonderzoek naar de effectiviteit van de zorg dat door ZonMw wordt gefinancierd. Deze voorwaarde geldt niet met betrekking tot behandeling van een herseninfarct met toepassing van intra-arteriële thrombolyse als genoemd onder c., en*

- aanvullend landelijk observationeel onderzoek naar de zorg dat in samenwerking met het hoofdonderzoek wordt opgezet en verricht indien:*

o de verzekerde, behoudens de zorginhoudelijke criteria, niet voldoet aan de criteria voor deelname aan het hoofdonderzoek,

o de verzekerde niet heeft deelgenomen aan het hoofdonderzoek en de inclusie voor dat hoofdonderzoek is beëindigd, of

o de verzekerde heeft deelgenomen aan het hoofdonderzoek zonder de zorg te hebben ontvangen en de deelname aan het hoofdonderzoek voor die verzekerde is voltooid.

Dit aanvullend observationeel onderzoek is niet van toepassing op de voorwaardelijke zorg onder h.

(...)"

- 8.7. De artikelen A.3.2, A.3.3, B.4.5 en B.22 van de zorgverzekering zijn volgens artikel A.2.4 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.8. 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. Geneeskundige zorg, waaronder behandeling van plastisch chirurgische aard, is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.1 Rzv. De voorwaardelijke toelating van zorg is uitgewerkt in artikel 2.2 Rzv. Dit artikel bepaalt dat de zorg, zoals bedoeld in artikel 2.4 Bzv tevens een aantal aangewezen behandelingen bevat voor zover de verzekerde deelneemt aan een onderzoek als bedoeld in het tweede lid van dit artikel. Een borstreconstructie na borstkanker met autologe vettransplantatie is hierin vanaf 1 oktober 2015 opgenomen. In lid 1 onder a van artikel 2.2 Rzv is bepaald dat een borstreconstructie na borstkanker met autologe vettransplantatie vanaf 1 oktober 2015 behoort tot deze aangewezen behandelingen. Artikel 2.1 lid 2 Bzv bepaalt dat de inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten mede worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
- 8.9. De Zvw, het daarop gebaseerde Bzv en de Rzv, schrijven dwingend voor welke prestaties onder de zorgverzekering verzekerd dienen te zijn. De verzekerde die een zorgverzekering sluit heeft recht op niet meer of minder dan deze prestaties. De zorgverzekering is in dit opzicht een bijzondere, van overheidswege gereguleerde vorm van schadeverzekering. Het staat de ziektekostenverzekeraar niet vrij een dekking te bieden die hetzij ruimer dan wel beperkter is dan op grond van het bij of krachtens de Zvw bepaalde is voorgeschreven. De hiervoor beschreven regeling, zoals opgenomen in de zorgverzekering, strookt met de toepasselijke regelgeving.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Mede gelet op het door de ziektekostenverzekeraar ingenomen standpunt is de vraag of de ten behoeve van verzoekster aangevraagde behandeling, te weten een borstreconstructie met lipofilling na een borstamputatie, voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, en daarmee als verzekerde prestatie op basis van de zorgverzekering is te beschouwen.
- 9.2. Bij de beantwoording van deze vraag sluit de commissie aan bij de in de medische wereld gangbare en internationaal aanvaarde werkwijze waarbij het oordeel omtrent de effectiviteit van medische interventies is gebaseerd is op de beschikbare 'evidence' omtrent die interventie, die systematisch is gezocht en gewaardeerd volgens de principes van 'evidence-based medicine'. Dit is een proces van het systematisch zoeken, analyseren en kwalificeren van de bestaande onderzoeksbevindingen als basis voor een (klinische) beslissing, waarbij specifiek wordt gezocht naar de toepassing van de gevraagde interventie bij de indicatie waarvoor de interventie in het betreffende geval wordt gebruikt. Deze zoekstrategie richt zich op de internationale medisch-wetenschappelijke databases, de nationale en internationale richtlijnen en adviezen, gepubliceerde meningen van experts op het betreffende vakgebied en de bevindingen van buitenlandse ziektekostenverzekeraars en andere relevante instanties. Er wordt met deze werkwijze zo volledig mogelijk gezocht naar alle literatuur, onderzoeken, artikelen en gezaghebbende gepubliceerde meningen en opvattingen betreffende de nieuwe interventie in binnen- en buitenland. In het kader van 'evidence-based medicine' geldt als

uitgangspunt dat wetenschappelijk onderzoek van hoge kwaliteit – zoals een randomised controlled clinical trial (RCT) – in de afweging het zwaarst weegt.

Bij het zoeken en selecteren van informatie (stap 1) wordt gebruik gemaakt van zogenoemde PICOT-vragen om beargumenteerd te bepalen welke aspecten relevant zijn om de effectiviteit van de te beoordelen interventie vast te stellen. Aan de hand van de PICOT-vragen wordt in bibliografische databases gezocht naar relevante literatuur.

- 9.3. Bij de selectie en beoordeling van de gevonden literatuur (stap 2) wordt het niveau van de bewijskracht van de bevindingen vastgesteld en vindt een kritische analyse van de gevonden publicaties plaats. Hierbij wordt onder meer gekeken naar methodologische aspecten, belang van de resultaten, generaliseerbaarheid, en gebruikte onderzoeksmethodiek. Voor de beoordeling wordt - waar mogelijk – aangesloten bij recente internationale ontwikkelingen en wordt de zogenoemde GRADE-methode toegepast, waarbij GRADE staat voor 'Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation'. Een belangrijk kenmerk van de GRADE-methode is dat per uitkomstmaat de zogenoemde 'body of evidence' wordt bepaald en beoordeeld. Daarbij kan de kwaliteit van de 'body of evidence' waarin een RCT is opgenomen worden afgewaardeerd ('downgraden') respectievelijk die waarin een observationele studie is opgenomen worden opgewaardeerd ('upgraden'), afhankelijk van bepaalde, omschreven beoordelingsgronden. De GRADE-methode bevordert – meer dan voorheen de EBRO-methodiek – een systematische, integrale en transparante beoordeling van de literatuur. Hierbij kan worden aangetekend dat de GRADE-methode nog in ontwikkeling is en dat de toepasbaarheid per zorgvorm kan verschillen. Als derde en laatste stap dient te worden bepaald welke conclusie kan worden getrokken met betrekking tot de effectiviteit van de interventie, op basis van de beoordeelde literatuur. Daarbij gaat het om de Comparative Effectiveness dan wel Relative Effectiveness, oftewel de 'netto toevoeging' van de nieuwe interventie in vergelijking met de al bestaande zorg.
- 9.4. Een onderzoek, op basis van de hiervoor geformuleerde uitgangspunten, met betrekking tot een borstreconstructie met lipofilling is door het Zorginstituut uitgevoerd, en de bevindingen hiervan zijn in het definitief advies van 8 december 2016 verwoord. De conclusie van het advies is dat deze zorg niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is en daarmee geen verzekerde prestatie onder de zorgverzekering. De commissie neemt het advies van het Zorginstituut over en maakt de conclusie hiervan tot de hare.
- 9.5. Op grond van de artikelen A.3.3 en B.22 van de zorgverzekering bestaat tevens aanspraak op zorg die (nog) niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, althans indien deze zorg voorwaardelijk is toegelaten tot het verzekerde pakket. Een borstreconstructie na borstkanker met autologe vettransplantatie is opgenomen in artikel B.22 onder j, en op die grond bestaat tot 1 april 2020 aanspraak op de betreffende zorg indien wordt deelgenomen aan het onderzoek dat is genoemd in dit artikel. Vanwege een eerder door haar ondergane behandeling met radiotherapie kan verzoekster niet deelnemen aan bedoeld onderzoek, zodat niet wordt voldaan aan de gestelde voorwaarde.
- 9.6. Het gegeven dat de onderhavige behandeling in Italië mogelijk wél tot de verzekerde zorg behoort, kan niet leiden tot een andere uitkomst. Ieder land heeft immers een eigen verzekeringsstelsel waarvan de voorwaarden kunnen verschillen en dit geldt tevens voor de voorwaarden waaronder behandelingen tot dat stelsel worden toegelaten.
- 9.7. Verzoekster heeft nog aangevoerd dat een borstreconstructie met behulp van lipofilling voor haar de enige behandelmogelijkheid is, vanwege haar beroep als operazangeres. Aangezien in 9.4 en 9.5 is vastgesteld dat op grond van de zorgverzekering geen aanspraak bestaat op de aangevraagde behandeling, en de zorgverzekering niet voorziet in een hardheidsclausule ter zake, treft voornoemd argument, hoe begrijpelijk ook dat het wordt aangevoerd, geen doel.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.8. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde, zodat het verzoek niet op basis hiervan kan worden ingewilligd.

Coulance

- 9.9. Wat betreft de mogelijkheid van een coulancevergoeding geldt dat de commissie te dien aanzien niet bevoegd is. Dit is slechts anders indien de ziektekostenverzekeraar een bepaald beleid voert waarvan in de situatie van verzoekster wordt afgewezen zodat sprake is van willekeur. De ziektekostenverzekeraar heeft in dit verband verklaard geen beleid ter zake te voeren en door verzoekster is op een zodanig beleid ook geen beroep gedaan. De stelling van verzoekster dat in haar specifieke situatie een onverplichte vergoeding kan worden verleend omdat het risico van precedentwerking gering is, treft geen doel. Het is immers niet op voorhand uit te sluiten dat zich vergelijkbare gevallen zullen voordoen. Deze gevallen hoeven niet volstrekt identiek te zijn - met name waar het gaat om het uitgeoefende beroep - om toch als vergelijkbaar te kunnen worden beschouwd.

Conclusie

- 9.10. 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 2017,

H.A.J. Kroon