



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen Menzis Zorgverzekeraar N.V. en Menzis N.V., beide te Wageningen
Zaak : Plastische chirurgie, lipofilling t.h.v. borst, stand van de wetenschap en praktijk,
voorwaardelijke toelating
Zaaknummer : 201503419
Zittingsdatum : 8 februari 2017



Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. P.J.J. Vonk, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en mr. H.A.J. Kroon)



(Voorwaarden zorgverzekering 2015, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 en 2.2 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2015)

1. Partijen



A te B, hierna te noemen: verzoekster,
tegen

- 
- 1) Menzis Zorgverzekeraar N.V., en
 - 2) Menzis N.V., beide te Wageningen
- 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 verzekering Menzis ZorgVerzorgd (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 FNV Zorg 2 afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De eveneens afgesloten aanvullende verzekering FNV TandZorg 4 is niet in geschil en blijft 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 (zorgactiviteitcode 033974) (hierna: de aanspraak). Bij brief van 16 juli 2015 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 29 oktober 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 
- 3.4. Bij brieven van 31 mei 2016 en 13 juni 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 16 augustus 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 17 augustus 2016 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 2 september 2016 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 2 november 2016 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 17 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 23 december 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016106091) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat autologe lipofilling bij borstreconstructie (nog) niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en derhalve geen verzekerde zorg is. In het kader van de voorwaardelijke toelating van autologe lipofilling kan verzoekster niet in de lopende studie worden geïncludeerd vanwege eerdere radiotherapie. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 28 december 2016 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster is op 8 maart 2017 in persoon gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch aan de zitting deelgenomen. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.10. Bij brief van 9 maart 2017 heeft de commissie het Zorginstituut een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie hierop heeft het Zorginstituut bij brief van 28 maart 2017 aan de commissie het definitief advies uitgebracht.
Het Zorginstituut verklaart dat in het voorlopig advies is vermeld dat bij verzoekster sprake is van een totale borstreconstructie. Na het opnieuw bestuderen van de stukken is de medisch adviseur tot de conclusie gekomen dat dit niet juist is. Verzoekster wenst alleen het losmaken van de huis van het borstbeen, waarna lichaamseigen materiaal als tussenlaag wordt aangebracht ten einde het opnieuw vastgroeien van de huid te voorkomen. Het Zorginstituut verklaart: *"Momenteel beoordeelt het Zorginstituut de toepassing van autologe vettransplantatie (AFT) bij de volgende indicaties: defecten in het hoofd-/halsgebied (waaronder begrepen HIV-geassocieerde lipodystrofie van het gelaat) en fibrose (verlittekening) door brandwonden, trauma, chirurgische ingrepen of radiotherapie. Naar verwachting zal het Zorginstituut vóór medio 2017 beoordelen of AFT met betrekking tot bovengenoemde indicaties tot het basispakket behoort. De medisch adviseur is van oordeel dat het met lipofilling behandelen van littekens (fibrotische aandoeningen) tot op heden niet tot de verzekerde zorg behoort. Verweerder heeft de aanspraak om deze reden terecht afgewezen.*
(...) Gelet op het bovenstaande adviseert Zorginstituut Nederland tot afwijzing van het verzoek nu de behandeling van verzoekster (nog) niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk."
Een afschrift van dit advies is op 29 maart 2017 aan partijen gezonden. Zij zijn hierbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op het definitief advies te reageren. Verzoekster heeft op 11 april 2017 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 in 2010 borstkanker gehad en heeft toen een borstsparende operatie ondergaan alsmede 33 radiotherapiebehandelingen. In 2012 bleek zij weer borstkanker te hebben, in dezelfde borst. Toen is besloten een borstamputatie en -reconstructie met prothese uit te voeren. Na de reconstructie is een infectie ontstaan aan de borst en moest de prothese met spoed worden verwijderd. Het gevolg is dat verzoekster nu een (wond)plek heeft waarvan de huid is vastgegroeid aan het borstbeen. Dit leidt tot veel pijn en oedeem rondom de plek en belemmert haar in haar

 bewegingen. Daarnaast krijgt verzoekster, ondanks de begeleiding van een fysiotherapeut en een sportinstructeur, steeds meer pijnklachten aan haar nek en schouder, en hoofdpijn, doordat de vergroeiing haar schouder naar voren trekt.

-  4.2. De behandelend plastisch chirurg heeft ten behoeve van verzoekster een aanvraag ingediend voor lipofilling. De plastisch chirurg licht de aanvraag als volgt toe: *"Bovengenoemde patiënte onderging in 2010 een mammasparende therapie in verband met mamma carcinoom links waarvoor ook radiotherapie. In 2012 werd in verband met een recidief alsnog een ablatie uitgevoerd. Een directe reconstructie poging werd uitgevoerd, maar strandde op de radiotherapie. Huidig uitgangspunt is een onregelmatige borstkas wand rechts hetgeen lastig is te corrigeren met een externe borstprothese en een plakprothese. De onregelmatigheden zijn te behandelen middels liposuctie/lipofilling van dit gebied. Echter wordt deze inmiddels wereldwijd als normatief beschouwde therapie in Nederland nog steeds afgedaan als "experimenteel". Wel is er inmiddels een DBC 230 en een verrichtingencode 033974."*
-  4.3. Verzoekster merkt op dat haar medische probleem kan worden verholpen als een gespecialiseerde en ervaren arts voorzichtig de huid van haar borstbeen lossnijdt en opvult. Als de ruimte tussen de huid en het borstbeen niet wordt opgevuld, is te verwachten dat de huid weer snel aan het borstbeen zal vastgroeien en dat hetzelfde probleem zich weer zal voordoen. Het herhaaldelijk lossnijden van de huid is geen optie, omdat deze ter plaatse niet meer goed doorbloed is, als gevolg van de radiotherapie in 2010. Zij heeft hierover zeven artsen geraadpleegd, en deze hebben allen gezegd dat voornoemde behandeling voor verzoekster de beste oplossing is. Zij benadrukt dat het niet om een "contoureffect" gaat, maar om een structurele oplossing van een medisch probleem.
-  4.4. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster telefonisch medegedeeld dat zij wel aanspraak heeft op een nieuwe borstreconstructie. Verzoekster heeft dit aanbod direct afgewezen, omdat een dergelijke behandeling niet meer mogelijk is vanwege de bestraalde huid. Bovendien wil verzoekster geen reconstructie meer. Een dergelijke reconstructie kost ongeveer € 25.000,--. De ten behoeve van verzoekster aangevraagde behandeling kost ongeveer € 2.500,--. Verzoekster acht het redelijk en billijk dat de kleinere en goedkopere ingreep wordt vergoed. Zij merkt hierbij op dat de ziektekostenverzekeraar geen bezwaar kan hebben tegen het lossnijden van de huid, dus het betreft slechts de vergoeding van de lipofilling.
-  4.5. De ziektekostenverzekeraar is verplicht medische problemen van zijn verzekerden naar behoren op te lossen. De ziektekostenverzekeraar kan zich - voor de afwijzing van het verzoek - niet (blijven) verschuilen achter wet- en regelgeving, die kennelijk niet zo spijkerhard is, dat het onmogelijke wordt gevraagd. Het is immers niet absoluut verboden om lipofilling toe te staan. Dit blijkt uit de voorwaardelijke toelating tot het verzekerde pakket van de onderhavige behandeling. Kennelijk zit hier beweging in. Ook is een code vastgesteld waarmee de kosten worden gefactureerd. Bovendien wil de minister plastische chirurgie met een medische noodzaak mogelijk weer opnemen in de zorgverzekering.
-  4.6. De afwijzing door de ziektekostenverzekeraar is des te wranger omdat in de directe omgeving van verzoekster enkele patiënten wél met lipofilling zijn behandeld, na een operatie waarbij een borst is geamputeerd en een reconstructie heeft plaatsgevonden, zonder dat zij aan een speciale studie deelnemen en zonder dat zij daar expliciet om hebben moeten vragen. In deze gevallen is door de artsen een andere code gebruikt om de patiënten te kunnen helpen en het halsstarrig weigeren van zorgverzekeraars om autologe vettransplantatie toe te staan te omzeilen. De medisch specialist van verzoekster werkt evenwel volgens de regels en past deze omzeiling niet toe. Verzoekster merkt op dat haar expliciet is gevraagd de namen van de betreffende patiënten, de naam van het ziekenhuis, en de namen van de behandelende artsen niet bekend te maken.
-  4.7. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat zij een medisch probleem heeft dat anderszins niet kan worden opgelost. Zij heeft haar voorgeschiedenis in het kort toegelicht. Verzoekster heeft uitgelegd dat op de plek van de wond een deuk zit die is vergroeid met het borstbeen. De arts kan het weefsel losmaken van het borstbeen, maar om te voorkomen dat het

opnieuw vastgroeit, moet er 'iets' tussen. De arts heeft voorgesteld hiervoor lichaamseigen materiaal te gebruiken. Deze ingreep wordt echter niet vergoed door de ziektekostenverzekeraar. Verzoekster heeft tot op heden zeven medisch specialisten om advies gevraagd, en allen zijn van oordeel dat dit de beste behandeling is.

Verzoekster is in verband met de ernstige pijnklachten inmiddels onder behandeling bij een fysiotherapeut die het hele schoudergebied behandelt.

Verzoekster merkt op dat lipofilling intussen wel wordt toegepast. Met ingang van 2016 wordt deze behandeling uitgevoerd bij partiële problemen van de borst. Verzoekster heeft echter geen borst meer, en wil evenmin een nieuwe borst. Zij wil alleen dat het vastzittende weefsel wordt losgemaakt, zodat de spanning wordt weggenomen en de pijnklachten verminderen.

Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar verzocht coullance te betrachten, maar dit verzoek is afgewezen omdat dan ook aan anderen een vergoeding moet worden verleend. Zij vraagt zich af hoeveel mensen deze specifieke klachten hebben.

In het advies voorlopig van het Zorginstituut wordt vermeld dat een volledige borstreconstructie is aangevraagd, maar dat is niet correct.

- 4.8. Verzoekster heeft op 11 april 2017 haar reactie op het definitieve advies van het Zorginstituut aan de commissie gezonden. Verzoekster leest in voornoemd advies niet dat de ziektekostenverzekeraar ter zitting heeft medegedeeld dat zij aanspraak heeft op plastische chirurgie ten laste van de zorgverzekering. Ook vindt zij in het advies haar verzoek om een coullancevergoeding niet terug.

- 4.9. 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, en is daarmee geen verzekerde prestatie onder de zorgverzekering. Het Zorginstituut heeft onderzoek gedaan, en is tot de conclusie gekomen dat er nog onvoldoende bewijs voor de effectiviteit van de behandeling is. Verzoekster heeft dan ook geen aanspraak op deze ingreep, ten laste van de zorgverzekering.

- 5.2. Met ingang van 1 oktober 2015 is de autologe vettransplantatie (AFT) voorwaardelijk toegelaten tot de zorgverzekering. Hiervoor gelden de volgende voorwaarden:

"• AFT wordt voorwaardelijk toegelaten met ingang van 1 oktober 2015, voor de duur van 4,5 jaar.

• De AFT zal tijdens de periode van voorwaardelijke toelating niet beschikbaar zijn voor alle patiënten met een medische indicatie voor deze zorg. De belangrijkste redenen hiervoor zijn dat de veiligheid en (kosten)effectiviteit van AFT nog moeten worden aangetoond, terwijl er op dit moment voldoende aanbod is van alternatieve reconstructietechnieken voor patiënten die niet kunnen of willen deelnemen aan het hoofdonderzoek. Er zullen in totaal 196 patiënten in het hoofdonderzoek worden geïnccludeerd, waarvan 50% zal worden behandeld met de standaardbehandeling en 50% AFT zal krijgen.

• Deelnemende centra AFT: AZM, Maastricht - VUmc, Amsterdam - Alexander Monri ziekenhuis, Bilthoven - Bronovo ziekenhuis, Wassenaar - ZGT, Hengelo/Almelo."

De ziektekostenverzekeraar kan niet afdwingen dat verzoekster tot het onderzoek wordt toegelaten. De beslissing hierover is aan de aan het onderzoek deelnemende ziekenhuizen. Verzoekster kan zelf contact opnemen met de deelnemende ziekenhuizen om te vragen of zij in aanmerking kan komen voor deelname aan het onderzoek. Als bepaald is dat zij voldoet aan de voorwaarden voor deelname, dan zullen de kosten hiervan worden vergoed.

- 5.3. Het feit dat er voor de behandeling een DBC code en een verrichtingencode zijn, zegt niets over de mogelijkheid van vergoeding van de kosten.

- 5.4. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor de aangevraagde behandeling.

- 5.5. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar desgevraagd bevestigd dat verzoekster een (verzekerings)indicatie heeft voor plastische chirurgie, te weten op basis van een aantoonbare

lichamelijke functiestoornis dan wel verminking. De keuze voor de behandeling is voorbehouden aan de arts. De zorg die is aangevraagd, voldoet echter niet aan de stand van de wetenschap en praktijk, en komt daarom niet voor vergoeding in aanmerking.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel A17 van de algemene voorwaarden 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 gehouden is 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 naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de voorwaarden van de zorgverzekering.

8.3. Op bladzijde 33 van de zorgverzekering is bepaald wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op plastische chirurgie of reconstructieve chirurgie bestaat. De betreffende passage luidt, voor zover hier van belang:

“Plastische chirurgie is een chirurgisch specialisme waarin men zich richt op het uit functioneel (soms esthetisch) oogpunt aanpassen van het uiterlijk, bijvoorbeeld het herstellen van aangeboren of opgelopen verminkingen. Plastische chirurgie is zeer beperkt opgenomen in de Basisverzekering.

Welke zorg

U heeft recht op behandelingen van plastische chirurgische aard als het gaat om correctie van:

- *afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen,*
- *verminkingen die gevolg zijn van een ziekte, ongeval of een geneeskundige verrichting, (...)*

8.4. De bladzijden 47 en 48 van de zorgverzekering gaat over de aanspraak op voorwaardelijk toegelaten behandelingen. De betreffende passage luidt:

“Sommige vormen van zorg zijn voorwaardelijk tot de Basisverzekering toegelaten. Het gaat dan om zorg waarbij twijfel bestaat over de effectiviteit of waarvan de effectiviteit niet of nog niet bewezen is. Dit kunnen nieuwe behandelmethoden zijn, maar ook zorg die al in de Basisverzekering zit, maar waarover twijfel bestaat of is ontstaan.

Voor het jaar 2015 is voorwaardelijk toegelaten:

- a. behandeling van chronische aspecifieke lage rugklachten met toepassing van anaesthesiologische pijnbestrijdingstechnieken,*
- b. behandeling van therapieresistente hypertensie (hoge bloeddruk waarbij de standaardbehandeling niet voldoende effectief is) met toepassing van percutane renale denervatie,*

c. behandeling door middel van transluminale endoscopische step-up benadering van een geïnfecteerde pancreasnecrose,
d. het verrichten van een autologe stamceltransplantatie bij een ernstige therapierefractaire morbus Crohn.

De zorg onder a, b, c en d is alleen verzekerd als u deelneemt aan:

- hoofdonderzoek naar de effectiviteit van de zorg dat door ZonMw wordt betaald, of
- aanvullend landelijk observationeel onderzoek naar de zorg dat in samenwerking met het hoofdonderzoek wordt opgezet en verricht indien:

1. u behoudens de zorginhoudelijke criteria, niet voldoet aan de criteria voor deelname aan het hoofdonderzoek, of
2. u niet heeft deelgenomen aan het hoofdonderzoek en de inclusie voor dat hoofdonderzoek is beëindigd, of
3. u heeft deelgenomen aan het hoofdonderzoek zonder de zorg te hebben ontvangen en de deelname aan het hoofdonderzoek voor u is voltooid.

Voor 2015 is ook de behandeling van:

e. een herseninfarct met toepassing van intra-arteriële thrombolysen voorwaardelijk toegelaten. Deze behandeling is alleen verzekerd als u deelneemt aan de gerandomiseerde multicenter studie "Multicenter Randomized Clinical trial of Endovascular treatment for Acute ischemic stroke in the Netherlands (MR CLEAN)", of als u deelneemt aan aanvullend landelijk observationeel onderzoek naar de zorg dat in samenwerking met het hoofdonderzoek wordt opgezet en verricht indien:

1. u, behoudens de zorginhoudelijke criteria, niet voldoet aan de criteria voor deelname aan het hoofdonderzoek, of
2. u niet heeft deelgenomen aan het hoofdonderzoek en de inclusie voor dat hoofdonderzoek is beëindigd, of
3. u heeft deelgenomen aan het hoofdonderzoek zonder de zorg te hebben ontvangen en de deelname aan het hoofdonderzoek voor u is voltooid."

8.5. Op bladzijde 7 van de zorgverzekering is, voor zover hier van belang, het volgende bepaald:

"De inhoud en omvang van de zorg

De inhoud en omvang van de zorg in deze verzekeringsvoorwaarden wordt bepaald door wat zorgaanbieders 'plegen te bieden' en de stand van de wetenschap en de praktijk. Veel vormen van zorg zijn in de wet niet gedetailleerd omschreven. Deze vormen van zorg zijn aangeduid als zorg zoals een bepaalde beroepsgroep pleegt te bieden. Hiermee wordt de soort zorg aangegeven. Of een behandeling onder een verzekerde zorgvorm valt, wordt mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk.

Het voorgaande betekent dat u verzekerd bent voor die zorg die de betrokken beroepsgroep tot de aanvaarde verzameling van medische onderzoeks- en behandelingsmethoden rekent. Andere zorgvormen zijn wel gedetailleerd omschreven, zoals geneesmiddelen en hulpmiddelen. Ook hiervoor geldt dat deze zorgvormen alleen tot de verzekerde zorg behoren voor zover ze voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Bij sommige vormen van zorg ontbreekt een 'stand van de wetenschap', bijvoorbeeld bij zittend ziekenvervoer. Dan geldt een iets andere regel: u bent verzekerd voor hulp die in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten."

8.6. In de voorwaarden van de zorgverzekering is bepaald dat deze zijn gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.7. 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.
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. In lid 1 onder a van laatstgenoemd artikel is bepaald dat een borstreconstructie na borstkanker met autologe vettransplantatie vanaf 1 oktober 2015 tevens behoort tot de zorg bedoeld in artikel 2.4 Bzv, voor zover de verzekerde deelneemt aan onderzoek als bedoeld in het tweede lid naar deze zorg. 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.

- 8.8. 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. Ten behoeve van verzoekster is op 9 juli 2015 een aanvraag ingediend voor een borstreconstructie met lipofilling na borstamputatie (zorgactiviteitcode 033974). Lopende de procedure is gebleken dat verzoekster geen borstreconstructie wenst, maar het losmaken van de huid van het borstbeen, waarna lichaamseigen materiaal als tussenlaag wordt aangebracht om zo het opnieuw vastgroeien van de huid te voorkomen. Gelet op het door de ziektekostenverzekeraar ingenomen standpunt is de vraag of de door verzoekster gewenste behandeling 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 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 lipofilling is door het Zorginstituut uitgevoerd, en de bevindingen hiervan zijn in het definitieve advies van 28 maart 2017 verwoord. De conclusie van het definitieve advies is dat het behandelen van littekens (fibrotische aandoeningen) met lipofilling (nog) geen behandeling is conform de stand van de wetenschap en praktijk en dat derhalve geen sprake is van een verzekerde prestatie op grond van de zorgverzekering. De commissie neemt het advies van het Zorginstituut over en maakt de conclusie hiervan tot de hare.
- 9.5. Artikel 2.2 Rzv bepaalt dat de zorg, zoals bedoeld in artikel 2.4 Bzv, tevens een aantal aangewezen behandelingen omvat voor zover de verzekerde deelneemt aan een onderzoek als bedoeld in het tweede lid van dit artikel. Een borstreconstructie na borstkanker met autologe vettransplantatie - zoals aanvankelijk is aangevraagd ten behoeve van verzoekster - is hierin eerst vanaf 1 oktober 2015 opgenomen, hetgeen verklaart waarom de behandeling niet wordt genoemd op bladzijden 47 en 48 van de zorgverzekering. De door de ziektekostenverzekeraar afgewezen aanvraag dateert van 9 juli 2015. Ten tijde van de aanvraag was dus nog geen sprake van voorwaardelijke toelating van de onderhavige behandeling. Daarnaast blijkt uit het advies van het Zorginstituut van 23 december 2016 dat verzoekster ook na 1 oktober 2015 niet in het lopende onderzoek kan worden geïncorporeerd vanwege de eerder ondergane radiotherapie. Om die reden is hierop terecht afwijzend beslist.
- Uit het advies van het Zorginstituut valt voorts op te maken dat medio 2017 naar verwachting een beoordeling zal worden afgerond, waarna zal worden besloten of lipofilling (AFT) met betrekking tot bepaalde indicaties tot de verzekerde zorg behoort. De commissie geeft verzoekster in overweging deze ontwikkelingen te blijven volgen en alsdan eventueel een nieuwe aanvraag in te dienen.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

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

Werking privaatrecht

- 
- 
- 
- 9.7. Verzoekster stelt dat medisch specialisten vaak wel lipofilling toepassen, maar deze behandeling anders coderen, omdat de kosten anders niet worden vergoed door de zorgverzekeraars. Verzoekster heeft haar stelling niet onderbouwd, zodat deze moet worden gepasseerd. Voor zover verzoekster hiermee bedoelt te stellen dat verzekerden verschillend worden behandeld omdat de kosten niet worden vergoed indien de specialist wel correct codeert, treft het argument geen doel. Zoals zij zelf al toelicht, worden de behandelingen onder een andere code gedeclareerd, zodat de zorgverzekeraars bij de vergoeding van deze kosten niet ervan op de hoogte zijn dat in feite lipofilling is toegepast. Aan het verschil ligt derhalve onwetendheid ten grondslag en geen - bewust - verschil in behandeling..



Coulance

- 
- 9.8. Voor zover het verzoek betrekking heeft op de mogelijkheid van een coulancevergoeding, is de commissie niet bevoegd. Het al dan niet toekennen van een zodanige vergoeding behoort in beginsel tot het eigen beleid van de ziektekostenverzekeraar, tenzij sprake zou zijn van willekeur. Dit laatste is echter gesteld noch gebleken.



Conclusie

- 9.9. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.



Zeist, 10 mei 2017,



J.A.M. Strens-Meulemeester

