



ANONIEM BINDEND ADVIES



Partijen : Mevrouw A te B, tegen Menzis Zorgverzekeraar N.V. en Menzis N.V., beide te Wageningen
Zaak : Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, lipofilling
Zaaknummer : 201402320
Zittingsdatum : 20 mei 2015

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester, mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden zorgverzekering 2014, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1, 2.4 Bzv, 2.1 Rzv)

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

- 1) Menzis Zorgverzekeraar N.V. te Wageningen, en
 - 2) Menzis N.V. 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 ZorgVerzorgd (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Genoemde zorgverzekering is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De eveneens door verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar afgesloten aanvullende verzekering TandVerzorgd 1 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 plastisch-chirurgische behandeling met lipofilling (hierna: de aanspraak). Bij brief van 20 juni 2014 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 7 augustus 2014 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 brief van 18 december 2014 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).
- 3.5. Verzoekster heeft de commissie bij brief van 4 januari 2015 aanvullende informatie gezonden.
- 3.6. 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.

- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij e-mailbericht van 16 maart 2015 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 18 maart 2015 aan verzoekster gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 24 maart 2015 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 30 april 2015 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.9. Bij brief van 18 maart 2015 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 13 april 2015 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2015034416) 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 op 28 april 2015 aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 20 mei 2015 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.11. Bij brief van 22 mei 2015 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 daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 28 mei 2015 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen geen aanleiding vormen tot aanpassing van het advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
- 4.1. In 2010 is bij verzoekster borstkanker geconstateerd. Na diverse operaties en therapieën ondervindt verzoekster nog steeds fysieke problemen omdat het litteken vastgroeit aan de borstspier. Hierdoor verhardt de borst en heeft verzoekster problemen met het bewegen van haar linkerarm omdat de borstspier niet goed kan strekken. Daarnaast heeft zij pijn. Verzoekster is onder behandeling bij een plastisch chirurg in het UMCG. Deze arts heeft - om het vastgroeien van het litteken tegen te gaan - behandelingen met lipofilling voorgesteld, waarbij buikvetweefsel wordt weggehaald en dit tussen de borstspier en het litteken wordt ingebracht. Voor een optimaal resultaat dient deze behandeling een aantal keren te worden uitgevoerd.
- 4.2. De behandelend plastisch chirurg heeft over verzoekster het volgende verklaard: *"Ingetrokken litteken laterale bovenkwadrant mamma links"*.
- 4.3. Op 13 september 2013 en 19 februari 2014 hebben in het UMCG de behandelingen met lipofilling plaatsgevonden.
- 4.4. Bedoelde behandelingen hebben voor een duidelijke verbetering gezorgd. De linkerborst en het litteken zijn soepeler, de bewegingshoek van de linkerarm is groter, en verzoekster heeft minder pijn bij het heffen van de linkerarm. De behandelend plastisch chirurg heeft op 16 juni 2014 een aanvraag bij de ziektekostenverzekeraar ingediend voor de derde behandeling met lipofilling. Deze aanvraag is afgewezen op de grond dat lipofilling doorgaans een cosmetische operatie is en het resultaat en de doelmatigheid niet zijn bewezen.
- 4.5. Verzoekster stelt dat de ziektekostenverzekeraar de derde en eventueel daaropvolgende noodzakelijke behandelingen met lipofilling dient te vergoeden. Zij heeft veel baat bij lipofilling en de plastisch chirurg onderschrijft dit. Het is onjuist dat de vergoeding voor deze behandelingen lopende het traject wordt gestopt. Afronding van de behandelingen is thans niet mogelijk. Verzoekster benadrukt dat geen sprake is van een cosmetische operatie, maar van een medisch noodzakelijke operatie om te bewerkstelligen dat zij weer enigszins normaal kan functioneren na

een borstkankerperiode van vier jaar. Door de behandelingen met lipofilling verbetert de kwaliteit van leven van verzoekster.

4.6. De ziektekostenverzekeraar stelt dat nooit vergoeding van behandelingen met lipofilling heeft plaatsgevonden, maar dit is pertinent onjuist. Voor verzoekster is het nagenoeg onmogelijk inzage te krijgen in de financiële gegevens. Het UMCG werkt nauwelijks mee en de ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster de toegang tot haar persoonlijke website gedeeltelijk ontzegd. Op een gegeven moment - lopende de bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen - kon verzoekster namelijk het jaar 2013 niet meer raadplegen op de persoonlijke website van de ziektekostenverzekeraar. Andere jaren waren wel raadpleegbaar. Na veel telefonisch contact met de ziektekostenverzekeraar, waarbij verzoekster werd medegedeeld dat het aan haar computer lag, was het uiteindelijk weer mogelijk toegang te krijgen. Toen stond opeens vermeld dat een uitgebreide grote hersteloperatie is vergoed, maar deze is nooit uitgevoerd. Het lijkt er sterk op dat de ziektekostenverzekeraar bedragen en codes met betrekking tot het jaar 2013 heeft veranderd op de persoonlijke website van verzoekster. Verzoekster beschikt evenwel over uitdraaien van zowel vóór (29 september 2014) als ná (1 december 2014) de gedeeltelijke ontzegging van de toegang. Door de gang van zaken bekruipt verzoekster het gevoel dat de ziektekostenverzekeraar een spelletje met haar speelt.

4.7. Ter zitting heeft verzoekster haar standpunt herhaald.

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 voorwaarden die gelden voor de aanspraak op medisch specialistische zorg ten laste van de zorgverzekering zijn als volgt:

- een geldige verwijzing van de huisarts of de medisch-specialist;
- de behandeling is medisch noodzakelijk;
- de behandeling is doelmatig;
- de zorg moet behoren tot de zorg die medisch specialisten op grond van de huidige wetenschap en praktijk gebruikelijk bieden.

5.2. Autologe vettransplantatie, ook wel lipofilling of lipomodelling genoemd, is een chirurgische techniek waarbij lichaamseigen vetcellen worden gebruikt voor reconstructieve en esthetische doeleinden. Bij borstreconstructie zijn er twee indicaties voor het gebruik van autologe vettransplantatie, namelijk bij volledige borstreconstructie in combinatie met het BRAVA-systeem en bij correcties van contour- en volumedefecten na een eerdere borstbesparende therapie of borstreconstructie. Sinds enkele jaren is de zogenaamde 'Voorwaardelijke toelating' opgenomen in het basispakket. Het gaat dan om zorg waarvan de effectiviteit niet is bewezen of waarbij daarover twijfel bestaat. Het Zorginstituut adviseert over de voorwaardelijk toe te laten zorg. Voor 2015 heeft het Zorginstituut voorgesteld de autologe vettransplantatie bij borstreconstructie na borstkanker (lipofilling) op te nemen voor volledige borstreconstructie. Vooralsnog is deze behandeling niet opgenomen. Het zou voor verzoekster ook geen oplossing zijn omdat dit slechts een toelating is bij een volledige borstreconstructie vanaf 2015.

5.3. Voor verzoekster zijn in 2013 en 2014 de volgende behandelingen gedeclareerd:

1. 26 juli 2013 en 27 oktober 2013: beide keren in totaal € 4.887,98, 03/15D181.990004027: Diagnosen algemeen / Reconstructie groot / Met VPLD / Plastische chirurgie;

2. 13 juni 2014: in totaal € 237,17, 03/15D163.990004007: Poli 2-3 / Diagnostisch (zwaar) / Therapeutisch licht / Plastische chirurgie.

Er zijn geen behandelingen gedeclareerd met behandeldatum 13 september 2013 en 19 februari 2014. Navraag bij de geneeskundig adviseur leert dat de lipofilling ook geen onderdeel kon uitmaken van de op 26 juli en 27 oktober 2013 gedeclareerde prestatiecodes.

Bij beide prestaties zijn ook diagnosecodes en beschrijvingen opgenomen. Wat betreft de behandeling die is verricht op 13 juni 2014 is Lipofilling FB vermeld. Er heeft betaling van deze behandeling plaatsgevonden.

Vooropgesteld zij dat het hier geen verzekerde zorg betreft. De zorg is (nog) geen zorg die tot de aanvaarde verzameling van medische onderzoeks- en behandelingsmethoden wordt gerekend.

Hoewel veel medici de behandeling veelbelovend vinden, is er nog onvoldoende onderzoek gedaan. Daarom ook het voorstel van het Zorginstituut voor voorwaardelijke toelating. Het feit dat de lipofilling in onderhavig geval wellicht is toegepast voor andere dan reconstructieve en esthetische doeleinden doet hieraan niet af. Gezien het feit dat gebruik van lipofilling op deze wijze in het geheel niet wordt omschreven maakt slechts dat de behandeling nog ongebruikelijker is. De ziektekostenverzekeraar heeft de behandeling van 13 juni 2014 derhalve onverschuldigd betaald. Het administratiesysteem controleert niet op de diagnose en in een declaratie van ongeveer € 500.000,00 valt deze niet op. Het ziekenhuis had deze behandeling niet bij de ziektekostenverzekeraar in rekening mogen brengen en zal daar op worden aangesproken. Uit het dossier blijkt niet of het geschil gaat over de behandeling van 13 juni 2014 (die reeds is betaald) of een behandeling in de toekomst. De aanvraag is van 16 juni 2014 en de (gewenste) ingangsdatum van de machtiging is 13 juni 2014. Het lijkt er dus op dat men achteraf toestemming heeft willen vragen voor deze behandeling. Wat betreft de toekomst zal een nieuwe aanvraag moeten worden ingediend, die op dat moment beoordeeld moet worden naar de dan geldende voorwaarden en stand van de wetenschap en praktijk.

Er zullen overigens voor verzoekster geen negatieve financiële consequenties worden verbonden aan de betaling die reeds heeft plaatsgevonden.

- 5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat één behandeling met lipofilling abusievelijk is vergoed. Een tweede behandeling - op de aangegeven datum - is niet bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd. De wél ingediende declaraties zien op andere behandelingen. Als er wel lipofilling is uitgevoerd, kan het zijn dat het UMCG de kosten voor zijn rekening heeft genomen. Het mag niet door middel van een code worden gedeclareerd. De ziektekostenverzekeraar zal de kwestie opnemen met het UMCG. Het lijkt er namelijk op dat de aard van de behandeling en de datum waarop deze heeft plaatsgevonden niet kloppen. Voorts stelt de ziektekostenverzekeraar dat zijn standpunt wordt bevestigd door het Zorginstituut.

- 5.5. 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 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 de ziektekostenverzekeraar is gehouden de aanspraak alsnog in te willigen, 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 zorg of diensten is geregeld in de artikelen B9 tot en met B38 van de zorgverzekering.

8.3. Artikel B27 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op plastische chirurgie bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“(…)

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

(…)

Welke zorgaanbieder

U kunt voor plastische chirurgie naar een ziekenhuis en de medisch specialist die daaraan verbonden is. U kunt ook naar een zelfstandig behandelcentrum als daaraan een medisch specialist verbonden is. Menzis heeft zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt uit deze zorgaanbieders kiezen. (...) Als u kiest voor een zorgaanbieder die geen overeenkomst heeft met Menzis, krijgt u de kosten vergoed tot een maximumbedrag per behandeling. (...)

Verwijzing en toestemming

U heeft alleen recht op plastische chirurgie als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van uw huisarts, medisch specialist of specialist ouderengeneeskunde (verpleeghuisarts). U heeft ook voorafgaande toestemming van Menzis nodig.”

8.4. Artikel B4.1 van de zorgverzekering betreft de inhoud en omvang van de zorg, en luidt:

"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 (zie artikel B17) en hulpmiddelen (zie artikel B19). 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."

8.5. De artikelen B4.1 en B27 van de zorgverzekering zijn volgens de artikelen B1 en B6 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.6. 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, als onderdeel van geneeskundige zorg, is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 lid 1 sub b Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.1 Rzv.

8.7. 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 gereuleerde 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. Gelet op het door de ziektekostenverzekeraar ingenomen standpunt is de vraag of de aangevraagde behandeling, te weten lipofilling van de borst, voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en daarmee als verzekerde prestatie in het kader 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 werkwijze waarbij het oordeel omtrent de gebruikelijkheid van medische behandelingen gebaseerd is op de beschikbare 'evidence' (hierna: bewijsvoering) omtrent die behandeling, 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 behandeling bij de indicatie waarvoor de behandeling 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 zorgverzekeraars 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 behandeling in binnen- en buitenland. Bij de selectie en beoordeling van de gevonden artikelen wordt het niveau van de bewijskracht van de bevindingen vastgesteld en vindt een kritische analyse van de gevonden publicaties plaats. Hierbij wordt onder meer bekeken of een onderzoek methodologisch goed genoeg is om conclusies uit te trekken en bij de beslissingen te betrekken. Daarbij wordt er onder meer gelet op onderzoekopzet, onderzoekspopulatie, controlegroep, randomisatie, blinding, mate van behandelingseffect, follow-up en statistische analyse.
- 9.3. Indien uit ten minste twee gerandomiseerd dubbelblind vergelijkend klinische onderzoeken, ? dat zijn wetenschappelijke onderzoeken waarvan de objectiviteit, door willekeurige toepassing van het onderzoeksobject op de doelgroep, is gewaarborgd ? van goede kwaliteit en van voldoende omvang blijkt dat de behandeling in kwestie (meer)waarde heeft ten opzichte van de klassieke behandeling, dan moet worden geconcludeerd dat het een gebruikelijke behandeling betreft in de internationale kring van beroepsgenoten. Indien geen gerandomiseerde studies worden aangetroffen en daarvoor plausibele, zwaarwegende argumenten aanwezig zijn, kunnen bewijsvoeringen van een lagere orde – waaronder vergelijkende studies, publicaties van gezaghebbende meningen van medisch specialisten en (behandel)richtlijnen van nationale en internationale medische beroepsgroepen – bij de beoordeling worden betrokken, waarbij kritisch wordt bekeken of deze bewijsvoering van voldoende gewicht is om een uitspraak te kunnen doen over de (meer)waarde van een behandeling.
- 9.4. Een onderzoek naar dergelijke kwalitatieve onderzoeken met betrekking tot lipofilling is door het Zorginstituut in zijn advies van 13 april 2015 uitgevoerd. De conclusie hiervan is dat lipofilling van de borst 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 deze conclusie over en maakt deze tot de hare.

Aangezien geen sprake is van een verzekerde prestatie, kan de vraag of verzoekster een (verzekerings)indicatie als bedoeld in artikel B27 van de zorgverzekering voor de aangevraagde behandeling heeft, onbeantwoord blijven.

Werking privaatrecht

- 9.5. Door verzoekster is gesteld dat twee reeds door het UMCG uitgevoerde behandelingen met lipofilling door de ziektekostenverzekeraar zijn vergoed. Volgens haar is zij een behandeltraject gestart en met de onderhavige afwijzende beslissing van de ziektekostenverzekeraar is dit behandeltraject voortijdig afgebroken. De ziektekostenverzekeraar heeft het voorgaande bestreden. Van vergoeding van behandelingen met lipofilling is volgens hem geen sprake geweest, zodat niet kan worden gesproken van een voortgezette behandeling. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.
- 9.6. Het UMCG is een door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder. Blijkens de door verzoekster overgelegde uitdraaien van de persoonlijke website van de ziektekostenverzekeraar, zijn voor behandelingen op 27 oktober 2013 dan wel in de periode van 26 juli 2013 tot 26 oktober 2013 dan wel in de periode van 27 oktober 2013 tot 3 april 2014 vergoedingen ten laste van de zorgverzekering verleend. Alle zorgkosten betreffen declaraties van het UMCG, meer specifiek het specialisme plastische chirurgie. Daarnaast zijn door verzoekster verklaringen van de plastisch chirurg overgelegd, waarin melding wordt gemaakt van een '*eerste tempo lipofilling*' op 13 september 2013 en '*tweede tempo lipofilling*' op 19 februari 2014. Naar het oordeel van de commissie is aldus aannemelijk gemaakt dat op 13 september 2013 en 19 februari 2014 behandelingen met lipofilling hebben plaatsgevonden in het UMCG, welke door de ziektekostenverzekeraar zijn vergoed. Gelet hierop, hoefde verzoekster er niet op bedacht te zijn dat een afwijzing van de ziektekostenverzekeraar zou volgen voor de derde behandeling met lipofilling, op de grond dat deze zorg niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Op een andere afwijzingsgrond dan deze heeft de ziektekostenverzekeraar zich niet beroepen, waarbij nog kan worden opgemerkt dat een verzekerde die zich tot een gecontracteerde zorgaanbieder wendt ervan uit mag gaan dat deze zorgaanbieder bekend is met een eventuele aanvraagprocedure en dat over bijvoorbeeld de beoordeling van de indicatie en de doelmatigheid van de gecontracteerde zorg afspraken zijn gemaakt tussen de zorgaanbieder en de verzekeraar. Indien de gecontracteerde zorgaanbieder in afwijking van de gemaakte afspraken handelt, is dit onderwerp van gesprek tussen de verzekeraar en de zorgaanbieder; de verzekerde staat hier buiten.
- 9.7. De commissie is dan ook van oordeel dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is het door de plastisch chirurg voorgeschreven en in gang gezette traject van behandelingen met lipofilling te vergoeden.

Conclusie

- 9.8. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen.
- 9.9. Aangezien het verzoek wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,- 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 het entreegeld van € 37,--.



Zeist, 3 juni 2015,



prof. mr. A.I.M. van Mierlo

