



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen Onderlinge Waarborgmaatschappij DSW Zorgverzekeraar U.A. te Schiedam
Zaak : Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, lipofilling borst, stand wetenschap en praktijk
Zaaknummer : 201600235
Zittingsdatum : 8 juni 2016

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. P.J.J. Vonk)

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

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,
tegen

Onderlinge Waarborgmaatschappij DSW Zorgverzekeraar U.A. te Schiedam, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Basisverzekering (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 AV Top 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).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op lipofilling van haar borsten (hierna: de aanspraak). Bij brief van 10 december 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 8 januari 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.3. Bij e-mailbericht van 10 februari 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).

3.4. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 24 maart 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 29 maart 2016 aan verzoekster gezonden.

3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar hebben op respectievelijk 18 april en 23 mei 2016 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.

- 3.7. 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.
- 3.8. Bij brief van 29 maart 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 29 april 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016038310) 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 18 mei 2016 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 8 juni 2016 telefonisch gehoord en zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.10. Bij brief van 9 juni 2016 heeft de commissie het Zorginstituut 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 13 juni 2016 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. Verzoekster is draagster van het BRCA1 gen en heeft daarom een verhoogde kans op borstkanker. Om die reden zijn in januari 2015 beide borsten preventief geamputeerd. Tevens is destijds een eerste borstreconstructie uitgevoerd. Volgens de behandelend arts dienen nog meerdere operaties plaats te vinden om het gewenste resultaat te behalen. Om die reden zijn eind 2014 een tepel(hof) reconstructie en een lipofilling behandeling aangevraagd. De eerste ingreep is door de ziektekostenverzekeraar goedgekeurd, maar de tweede niet. Verzoekster meent dat de aanvraag voor de behandeling met lipofilling niet los kan worden gezien van de reeds uitgevoerde borstreconstructie. Er is volgens haar sprake van verminking.
- 4.2. Verder wenst verzoekster nog op te merken dat haar kinderen mogelijk ook drager zijn van het hiervoor bedoelde gen. Daarom worden zij door haar zoveel mogelijk betrokken in het gehele proces. Zeker voor de oudste dochter van verzoekster is het resultaat van de uiteindelijke behandelingen van groot belang voor een eventuele beslissing die zij in de toekomst wellicht ook moet gaan nemen. Een afwijzende beslissing zal ertoe leiden dat zij niet voor de onderhavige behandeling kiest.
- 4.3. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat zij in 2015 is gestart met de eerste borstreconstructie. Voorafgaand aan deze ingreep heeft verzoekster een voortraject doorlopen. Dit voortraject bestaat uit onder meer stoppen met roken en afvallen. a de operatie zag het er in eerste instantie heel mooi uit, maar na een aantal maanden was een deel van de borsten verdwenen. Wat daarvan de reden is, is niet bekend, maar verzoekster ziet dit als een verminking. Weliswaar heeft nadien een hersteloperatie plaatsgevonden, maar het heeft nog niet het wenste resultaat.
- 4.4. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. Verzoekster heeft in januari 2015 haar borsten preventief laten verwijderen omdat zij een verhoogde kans op borstkanker heeft. Daarnaast is destijds een borstreconstructie uitgevoerd. Verzoekster meent dat de onderhavige behandeling met lipofilling niet los kan worden gezien van deze

borstreconstructie. In reactie op deze stelling stelt de ziektekostenverzekeraar dat iedere plastisch-chirurgische ingreep apart door hem wordt getoetst aan de voorwaarden.

5.2. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar heeft het dossier van verzoekster in dat verband beoordeeld. Hij heeft de ziektekostenverzekeraar medegedeeld dat lipofilling ter behandeling van contourdefecten geen zorg is conform de stand van de wetenschap en praktijk en daarmee geen verzekerde prestatie onder de zorgverzekering.

5.3. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt herhaald.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 14 van de zorgverzekering en artikel 13 van 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 15 e.v. van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 18a lid 3 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op vergoeding van behandelingen van plastisch-chirurgische aard bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"lid 3.1 Te vergoeden zorgkosten

Wij vergoeden behandelingen die plastisch-chirurgisch van aard zijn, als deze zijn bedoeld om de volgende zaken te corrigeren:

- a. afwijkingen in uw uiterlijk die aantoonbare lichamelijke functiestoornissen veroorzaken;*
- b. verminkingen die zijn ontstaan door ziekte, een ongeval of een geneeskundige verrichting;*
- (...)"*

8.4. Artikel 2 lid 5 van de zorgverzekering bepaalt dat de inhoud en omvang van de 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.

8.5. De artikelen 2 lid 5 en 18a lid 3 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 leden 1 en 2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.6. 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.

Plastische chirurgie is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.1 Rzv.

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.

- 8.7. 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 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. Op 9 december 2015 is namens verzoekster een aanvraag ingediend voor vergoeding van een bilaterale borstreconstructie door middel van lipofilling. Door verzoekster is gesteld dat deze aanvraag in samenhang moet worden gezien met de eerder uitgevoerde borstreconstructie. De commissie deelt deze visie niet. Met de eerder uitgevoerde ingreep is het beoogde en naar medisch inzicht te verwachten resultaat behaald. De aangevraagde behandeling met lipofilling dient daarom zelfstandig te worden beoordeeld. Dienaangaande overweegt de commissie het volgende.
- 9.2. Mede gelet op het door de ziektekostenverzekeraar ingenomen standpunt, is alvorens aan de beoordeling van de (verzekerings)indicatie wordt toegekomen, de vraag aan de orde of een bilaterale borstcorrectie door middel van lipofilling in verband met contourdefecten voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk als bedoeld in artikel 2 lid 5 van de zorgverzekering.
- 9.3. 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 onderzoeksopzet, onderzoekspopulatie, controlegroep, randomisatie, blinding, mate van behandelingseffect, follow-up en statistische analyse.
- 9.4. 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.

- 9.5. Een onderzoek naar dergelijke kwalitatieve onderzoeken met betrekking tot de onderhavige behandeling is door het Zorginstituut uitgevoerd, en de bevindingen hiervan zijn in het advies van 29 april 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. Dit betekent dat verzoekster geen aanspraak heeft op de gevraagde behandeling, ten laste van de zorgverzekering.

Hetgeen door verzoekster is aangevoerd met betrekking tot de door haar kinderen, en dan met name haar oudste dochter, te maken afweging ten aanzien van een eventuele toekomstige behandeling, kan niet leiden tot een andere uitkomst.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.6. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde, zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden toegewezen.

Conclusie

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

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 22 juni 2016,

P.J.J. Vonk