



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V. en ONVZ
Aanvullende Verzekering N.V., beide te Houten

Zaak : EU/EER, België, bilaterale borstcorrectie met lipofilling, stand van de wetenschap en praktijk

Zaaknummer : 201502700

Zittingsdatum : 20 april 2016

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden zorgverzekering 2015, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2015, art. 20 Vo. nr. 883/2004)

1. Partijen

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

- 1) ONVZ Ziektekostenverzekeringen N.V. te Houten, en
- 2) ONVZ Aanvullende Verzekering N.V. te Houten,
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 grond van de ONVZ Vrije Keuze 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 ONVZ Vrije Keuze Extrafit 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 vergoeding van de kosten van een bilaterale borstcorrectie met lipofilling, uit te voeren te Roeselare, België (hierna: de aanspraak). Bij brief van 17 april 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 brieven van 28 mei en 31 augustus 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft verzoekster op 21 oktober 2015 medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling.
- 3.4. Bij brief van 7 januari 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 5 februari 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 16 februari 2016 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 18 februari 2016 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 18 april 2016 telefonisch medegedeeld 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 16 februari 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 17 maart 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016021127) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat een bilaterale borstcorrectie met lipofilling 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 29 maart 2016 aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoekster is op 20 april 2016 telefonisch gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft in persoon aan de zitting deelgenomen. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.11. Bij brief van 21 april 2016 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 26 april 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. De behandelend plastisch chirurg heeft op 7 mei 2015 het volgende verklaard: *"Probleemstelling: Deze 19-jarige dame heeft een uitgesproken borstasymmetrie waarbij de rechter borst enerzijds onderontwikkeld is en anderzijds ook een tubereuze ontwikkeling heeft doorgemaakt. De afstand tepel manubrium sternum aan de linker zijde is 25 cm, aan de rechter zijde 22 cm. Verder is de cupmaat aan de linker zijde een D cup en aan de rechter zijde een A cup. Bespreking: Best kan een correctie van het volume- en hoogteverschil gebeuren door enerzijds een tepellift van de linker borst samen met lipofilling links en uitgesproken lipofilling rechts. Enkel op deze manier kan min of meer een correctie bekomen worden van het volumeverschil alsook van de tubereuze vorm van de borst. Dit dient door te gaan onder algemene anesthesie."*
- 4.2. Ter aanvulling op hetgeen de plastisch chirurg heeft verklaard stelt verzoekster dat sprake is van een medische noodzaak, omdat zij emotioneel gezien niet kan leven met twee ongelijke borsten. Verzoekster meent dat psychische klachten ook zijn aan te merken als medische problemen.
- 4.3. Ter zitting is door verzoekster herhaald dat zij veel problemen heeft met het verschil in grootte tussen haar borsten. De huisarts heeft de problemen erkend en gezegd dat verzoeker er gelijk werk van moest maken. In het vervolg zijn foto's van de borsten gemaakt die ook naar de ziektekostenverzekeraar zijn gestuurd. Inmiddels hebben de eerste behandelingen plaatsgevonden en wordt het resultaat zichtbaar.
- 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. De ziektekostenverzekeraar stelt dat hij op 15 april 2015 van verzoekster een aanvraag heeft ontvangen voor een borstvergroting vanwege een asymmetrie van de borsten. In geval van een asymmetrie van de borsten bestaat op grond van de zorgverzekering enkel aanspraak op een borstverkleining. Deze informatie is op 17 april 2015 aan verzoekster medegedeeld.
- 5.2. Op 7 mei 2015 ontving de ziektekostenverzekeraar meer informatie over de gewenste behandeling. Uit deze informatie is het de ziektekostenverzekeraar gebleken dat het om een borstvergroting met lipofilling gaat. De ziektekostenverzekeraar wijst erop dat de overheid de regels bepaalt van de basisverzekering en dat een behandeling met lipofilling hierin niet is opgenomen. De reden hiervan is dat een behandeling met lipofilling niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Ter onderbouwing van zijn stelling verwijst de ziektekostenverzekeraar naar een uitspraak van de commissie (GcZ, 2009.01376).
- 5.3. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar zijn eerdere standpunten 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 10 van 'Deel A' van de zorgverzekering 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 restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen 1 e.v. van 'Deel B' van de zorgverzekering.
- 8.3. Artikel 6 van 'Deel B' de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"c. Behandelingen van plastisch-chirurgische aard

De kosten van behandeling van plastisch-chirurgische aard vallen alleen onder de aanspraak als de behandeling is bestemd voor correctie van:

- 1. afwijkingen van het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;*
 - 2. verminkingen als gevolg van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;*
- (...)"*

- 8.4. Artikel 25 van 'Deel B' de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland, en luidt, voor zover hier van belang:

"Buitenland

Als u voor kortere of langere tijd vertrekt naar het buitenland of als u in het buitenland een behandeling wilt ondergaan, adviseert ONVZ u om vooraf na te gaan of u het juiste verzekeringsbewijs in uw bezit heeft en of u vooraf een formulier moet aanvragen. Voor meer informatie kunt u contact opnemen met het ONVZ Service Center of raadpleeg www.onvz.nl/buitenland.

lid 1 U heeft aanspraak op vergoeding van de kosten voor de hiervoor genoemde zorg door een zorgverlener of instelling buiten Nederland. ONVZ vergoedt de kosten tot maximaal de bedragen als bedoeld in artikel 1 lid 2.

Niet alle zorg in het buitenland voldoet aan het gestelde in artikel 2, lid 3 van de Algemene bepalingen (deel A-1) van de Basisverzekering. Voor meer informatie kunt u contact opnemen met het ONVZ Service Center of kunt u de toelichting Grens aan zorg in het buitenland raadplegen op www.onvz.nl/polisvoorwaarden.

lid 2 Als u woont of verblijft in een ander EU/EER-land of een verdragsland heeft u naar keuze:

- 1. aanspraak op vergoeding van de kosten voor zorg volgens de wettelijke regeling van datland op grond van de EU-sociale zekerheidsverordening of het betreffende verdrag, of*
- 2. aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg volgens deze verzekering. ONVZ vergoedt de kosten tot maximaal de bedragen als bedoeld in artikel 1 lid 2.*

*Dit geldt ook als u in een ander EU/EER-land of een verdragsland woont en tijdelijk verblijft in Nederland, een ander EU/EER-land of een verdragsland.
(...)"*

8.5. Artikel 2 lid 3 van 'Deel A' van de zorgverzekering bepaalt, voor zover hier van belang:

"De aanspraak op vergoeding van kosten volgens de Basisverzekering wordt naar inhoud en omvang ook bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk. Als deze maatstaf er niet is, worden inhoud en omvang van de aanspraak bepaald door wat binnen het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.(...)"

8.6. De artikelen 6 en 25 van 'Deel B' en artikel 2 lid 3 van 'Deel A' van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 lid 1 van 'Deel A' van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.7. 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 dan wel, indien een dergelijke maatstaf ontbreekt, 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.

8.9. Artikel 20 van Vo. nr. 883/2004 luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

“1. Tenzij in deze verordening anders is bepaald, moet een verzekerde die naar een andere lidstaat reist met het oogmerk gedurende zijn verblijf verstrekkingen te ontvangen, daarvoor toestemming van het bevoegde orgaan vragen.

*2. Een verzekerde die van het bevoegde orgaan toestemming heeft gekregen om zich naar een andere lidstaat te begeven met het oogmerk om daar een voor zijn gezondheidstoestand passende behandeling te ondergaan, heeft recht op verstrekkingen die voor rekening van het bevoegde orgaan worden verleend door het orgaan van de verblijfplaats, volgens de door dit orgaan toegepaste wetgeving, alsof hij krachtens die wetgeving verzekerd was. De toestemming mag niet worden geweigerd wanneer de desbetreffende behandeling behoort tot de prestaties waarin de wetgeving van de lidstaat waar betrokkene woont, voorziet, en die behandeling hem, gelet op zijn gezondheidstoestand van dat moment en het te verwachten ziekteverloop, in laatstbedoelde lidstaat niet kan worden gegeven binnen een termijn die medisch verantwoord is.
(...)”*

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

9.1. Verzoekster maakt aanspraak op zorg in een andere EU-lidstaat, namelijk België. Er is sprake van planbare zorg. Op deze situatie ziet artikel 20 van Vo. nr. 883/2004. Verzoekster heeft voorafgaand aan de behandeling de ziektekostenverzekeraar om toestemming gevraagd. De ziektekostenverzekeraar heeft tijdig aan verzoekster medegedeeld dat hij van mening is dat geen sprake is van een verzekerde prestatie, zodat noch op grond van de verordening noch op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering aanspraak op de zorg bestaat.

9.2. Gelet op het door de ziektekostenverzekeraar ingenomen standpunt is de vraag of de aangevraagde behandeling, te weten een bilaterale borstcorrectie met lipofilling, voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en daarmee als verzekerde prestatie in het kader van de zorgverzekering is te beschouwen.

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 onderzoekopzet, 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

onderzoeksubject 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 een bilaterale borstcorrectie met lipofilling is door het Zorginstituut in zijn advies van 17 maart 2016 uitgevoerd. De conclusie hiervan is dat een bilaterale borstcorrectie met lipofilling 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 het hier geen verzekerde prestatie betreft, is de gevraagde toestemming op grond van Vo. nr. 883/2004 verzoekster terecht onthouden en bestaat voorts geen recht op vergoeding ten laste van de zorgverzekering. De vraag of verzoekster al dan niet een (verzekerings)indicatie als bedoeld in artikel 6 van 'Deel B' van de zorgverzekering voor de gewenste behandeling heeft, kan dan ook onbeantwoord blijven.

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, 11 mei 2016,

J.A.M. Strens-Meulemeester