

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, tegen C te D
Zaak : Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, lipofilling borst, status
na borstamputatie, beleid ten aanzien van coulancevergoeding
Zaaknummer : 2013.00618
Zittingsdatum : 26 juni 2013

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. P.J.J. Vonk (fungerend voorzitter), mr. H.P.Ch. van Dijk en mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden zorgverzekering 2012, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2012)

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

C te D, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Standaard Zorgverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Deze verzekering is een schadeverzekeringsovereenkomst 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 zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op lipofilling van de rechterborst (hierna: de aanspraak). Bij brief van 28 november 2012 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.

3.2. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 2 januari 2013 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.3. Bij brief van 26 februari 2013 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen ten laste van de zorgverzekering (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 zorgverzekeraar 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 zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 26 april 2013 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 6 mei 2013 aan verzoekster gezonden.

3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 7 mei 2013 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden. De zorgverzekeraar heeft op 17 juni 2013 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen

worden gehoord.

- 3.7. Bij brief van 6 mei 2013 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 4 juni 2013 (zaaknummer 2013059290) heeft het CVZ 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, in verband met een defect na een (al dan niet mammasparende) operatie in verband met borstkanker, niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Een afschrift van het CVZ-advies is op 6 juni 2013 aan partijen gezonden.
- 3.8. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 26 juni 2013 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.9. Bij brief van 28 juni 2013 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of het verslag aanleiding geeft tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 3 juli 2013 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn 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 met betrekking tot verzoekster het volgende verklaard: *“Bij lichamelijk onderzoek is er een goed resultaat van de borstreconstructie zij het dat er een volume verschil bestaat ten nadele van rechts. De prothese zit correct en is omgeven door een soepel kapsel, de bekleding is wel relatief dun. (...) Mammareconstructie expander prothese bij status na amputatie rechts (...) Als behandeling stel ik een lipofilling voor om zo de bekleding van de prothese te verbeteren en de borst meer volume en contour te geven. Dit is de juiste doelmatige oplossing. (...)”*.
 - 4.2. Bij verzoekster is als gevolg van borstkanker de rechterborst geamputeerd. Zij kreeg hiervoor in 2010 een implantaat. Door het herstel na de ziekte is verzoekster in gewicht toegenomen. De linkerborst is hierdoor groter geworden, waardoor een verschil tussen beide borsten is ontstaan. Dit is zeer vervelend. Verzoekster moet de rechterborst opvullen in haar BH, hetgeen irritatie, pijn en schuurplekken veroorzaakt. Een implantaat gedraagt zich anders dan een “echte” borst. De plastisch chirurg heeft goed naar de borst gekeken, en is van mening dat het probleem met lipofilling kan worden verholpen.
 - 4.3. Verzoekster heeft van de ziektekostenverzekeraar tweemaal een afwijzing gekregen. De ziektekostenverzekeraar beroept zich telkens op een andere afwijzingsgrond.
 - 4.4. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat zij na het plaatsen van het implantaat een hormoonkuur moest volgen. Hierdoor is de gezonde borst in omvang toegenomen. Verzoekster benadrukt dat de ziektekostenverzekeraar steeds een andere afwijzingsgrond noemt. Eerst was het verschil tussen beide borsten te klein, daarna was het te groot, en uiteindelijk moest het voor verzoekster maar acceptabel zijn. Verzoekster heeft psychische problemen door de situatie.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

5.1. Lipofilling van de borst is geen zorg conform de stand van de wetenschap en praktijk en daarmee geen verzekerde prestatie onder de zorgverzekering.

5.2. De ziektekostenverzekeraar vergoedt de kosten van lipofilling echter wel, zij het bij uitzondering. Er moet dan sprake zijn van een ingreep in het gelaat of in een borst na reconstructie, indien het te verhelpen defect klein is. De methode is ongeschikt voor het opvullen van grote defecten. Omdat in het geval van verzoekster sprake is van twee cupmaten verschil is lipofilling ondoelmatig.

5.3. Naar aanleiding van het spreekuurbezoek concludeert de zorgverzekeraar dat het verschil tussen beide borsten acceptabel is. De kosten van lipofilling worden daarom niet vergoed.

5.4. Ter zitting is door de zorgverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat inderdaad diverse afwijzingsgronden zijn gebruikt. Het CVZ heeft echter de in de primaire beslissing genoemde afwijzingsgrond – dat de behandeling niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk – bevestigd. De medisch adviseur heeft hieraan toegevoegd dat de effecten op de lange termijn van de onderhavige behandeling nog onbekend zijn. Gevraagd naar het onder 5.2 vermelde vergoedingsbeleid ten aanzien van lipofilling antwoordt de ziektekostenverzekeraar dat hij geen navraag heeft gedaan naar dit beleid.

5.5. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 10 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 gehouden is 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 combinatiepolis, zodat de verzekerde voor bepaalde zorg is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverleners en voor andere zorg kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 tot en met 34 van de zorgverzekering.

- 8.3. Artikel 19 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op behandeling van plastisch-chirurgische aard bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“Omschrijving

Uw recht op geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 14 (Medisch specialistische zorg) omvat behandeling van plastisch-chirurgische aard, als het gaat om correctie van:

- 1. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;*
- 2. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, een ongeval of een geneeskundige verrichting;*
- 3. verlamde of verslachte bovenoogleden die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;*
- 4. aangeboren misvormingen in verband met lip-, kaak- en gehemeldespleten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken en misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;*
- 5. primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transseksualiteit.*

U hebt geen recht op:

- a. behandeling van verlamde of verslachte bovenoogleden als er geen sprake is van een aangeboren afwijking of van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;*
- b. liposuctie van de buik;*
- c. het operatief plaatsen en het operatief vervangen van een borstprothese anders dan na een gehele of gedeeltelijke borstamputatie;*
- d. het operatief verwijderen van een borstprothese zonder medische noodzaak. (...)*

- 8.4. Artikel 1.2 van de zorgverzekering luidt, voor zover hier van belang:

“U hebt recht op (vergoeding van de kosten van) zorg zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden als u op de zorgvorm naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen en als de zorgvorm doelmatig en doeltreffend is. De inhoud en omvang van de zorgvorm wordt mede bepaald door wat de betreffende zorgaanbieders aan zorg ‘plegen te bieden’. Ook wordt de inhoud en omvang bepaald door de stand van de wetenschap en de praktijk. Deze wordt vastgesteld aan de hand van de Evidence Based Medicine (EBM)-methode. Als de stand van de wetenschap en praktijk ontbreekt, wordt de inhoud en vorm van de zorg bepaald door wat binnen het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg.”

- 8.5. De artikelen 1.2 en 19 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2.9 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. 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, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg of 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 zorgverzekeraar 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 is of lipofilling van de borst voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 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 onderzoeksopzet, 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 van de borst is door het CVZ uitgevoerd, en de bevindingen hiervan zijn in het advies van 4 juni 2013 verwoord. De conclusie van het advies is dat deze zorg niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is, omdat thans de veiligheid van de behandeling bij oncologische patiënten niet voldoende vaststaat. Daarmee is het geen verzekerde prestatie op grond van de zorgverzekering. Deze conclusie neemt de commissie over en maakt zij tot de hare.

Beleid

- 9.5. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat hij de kosten van lipofilling - bij uitzondering vergoed - indien sprake is van een ingreep in het gelaat of in een borst na reconstructie, en het een klein te verhelpen defect betreft. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar heeft tijdens het spreekuurbezoek vastgesteld dat het verschil tussen de borsten bij verzoekster acceptabel is. Er is dus sprake van een gering defect. Verzoekster voldoet derhalve aan de door de ziektekostenverzekeraar gestelde voorwaarden voor een coulantvergoeding en heeft daarom aanspraak op vergoeding van lipofilling van haar borst.

Conclusie

- 9.6. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen.
- 9.7. Aangezien het verzoek wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld aan verzoeker te vergoeden.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek toe.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden een bedrag van € 37,--.

Zeist, 17 juli 2013,

Voorzitter