



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A. en OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar U.A., beide te Tilburg

Zaak : Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, autologe vettransplantatie (AFT) borst, voorwaardelijke toelating

Zaaknummer : 201701132

Zittingsdatum : 7 februari 2018

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo)

(Voorwaarden zorgverzekering 2017, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 en 2.2 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2017)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

- 1) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg, en
 - 2) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg,
- 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 CZ Zorg-op-maatpolis (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 Basis Collectief 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 door verzoekster afgesloten aanvullende ziektekostenverzekering Tandarts Collectief is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op autologe vettransplantatie (hierna: AFT) van de borst (hierna: de aanspraak). Bij brieven van 1 en 12 mei 2017 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 12 juni 2017 en 20 juli 2017 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 e-mailbericht van 13 september 2017 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 13 december 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 18 december 2017 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 4 januari 2018 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 24 januari 2018 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord.
- 3.8. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10, negende lid, 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 18 december 2017 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 26 januari 2018 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2017057620) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat uit de beschikbare informatie in het dossier blijkt dat bij verzoekster sprake is van een defect groter dan één kwadrant. Daarom is bij verzoekster geen indicatie aanwezig voor lipofilling en wordt niet toegekomen aan de overige in de zorgverzekering gestelde voorwaarden. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 30 januari 2018 aan partijen gezonden. De ziektekostenverzekeraar is daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen te reageren. De ziektekostenverzekeraar heeft bij e-mailbericht van dezelfde datum medegedeeld alsnog telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.10. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 7 februari 2018 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Zij zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.11. Na de hoorzitting is verzoekster in de gelegenheid gesteld de behandelend arts te vragen om een aanvullende verklaring. Bij e-mailbericht van 27 februari 2018 heeft de behandelend arts zijn standpunt rechtstreeks aan de commissie medegedeeld. Een afschrift hiervan is aan de ziektekostenverzekeraar gezonden. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 9 maart 2018 op de ter zitting overgelegde stukken en op de aanvullende verklaring van de behandelend arts gereageerd. Een afschrift van deze brief is ter kennisname aan verzoekster gezonden.
- 3.12. Bij brief van 20 maart 2018 heeft de commissie het Zorginstituut afschriften van de aantekeningen van de hoorzitting en de nagekomen stukken gezonden met het verzoek mede te delen of deze stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 30 maart 2018 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen en de nagekomen stukken 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 4 mei 2017 namens verzoekster een aanvraag ingediend bij de ziektekostenverzekeraar, en in dat verband het volgende opgemerkt: *"Het betreft een autologe lipofilling, status na mamma-reconstructie vanwege mamma-amputatie en een DIEP. Er is sprake van een asymmetrie van 2 cupmaten verschil. (...)"*.
- 4.2. Verzoekster heeft in het verleden een gedeeltelijke borstampuatie ondergaan in verband met borstkanker. Zij heeft in 2016 een borstcorrectie gehad, maar de linker borst wijkt in volume sterk af van de rechter borst. Het defect dat is ontstaan aan de linker borst wenst verzoekster op te lossen door middel van lipofilling. De plastisch chirurg heeft hiervoor eerder genoemde aanvraag ingediend bij de ziektekostenverzekeraar.

- 4.3. Volgens de ziektekostenverzekeraar is vergoeding mogelijk indien sprake is van verminking als gevolg van een ziekte, waarbij het volumedefect van de borst resulteert in een asymmetrie van twee cupmaten of meer. Een en ander is gebaseerd op het standpunt van het Zorginstituut, waarin wordt geconcludeerd dat AFT bij partiële defecten van de borst voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, mits is voldaan aan de voorwaarde dat een volumedefect van de borst bestaat met een minimale diameter van twee centimeter, waarbij het defect ligt in het decolleté dan wel bij een volumedefect van de borst dat resulteert in een asymmetrie van twee cupmaten of meer. Onder volumedefect wordt verstaan een tekort aan (borst)weefsel met als gevolg een afwijkende borstvorm dan wel een afwijkend borstvolume. AFT is alleen toepasbaar bij beperkte defecten van de borst, dat wil zeggen als het defect niet groter is dan één kwadrant. Verzoekster voldoet aan de voorwaarden die door het Zorginstituut worden gesteld. Omdat de ziektekostenverzekeraar deze voorwaarden anders interpreteert, is de aanvraag echter afgewezen.
- 4.4. Ter zitting is door verzoekster opgemerkt dat het Zorginstituut in zijn advies enkel de stellingen van de ziektekostenverzekeraar herhaalt. Haar standpunten worden niet genoemd. De behandelend plastisch chirurg heeft medegedeeld dat bij verzoekster sprake is van een volumedefect van twee cupmaten. Bovendien is weliswaar sprake van opvulling in alle kwadranten, maar niet aaneengesloten. De plastisch chirurg is zeer ervaren en voert deze ingrepen dagelijks uit. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster dan wel gezien, maar heeft slechts vanaf een afstand naar haar gekeken. In de eerste afwijzing van de ziektekostenverzekeraar stond dat de afwijzingsgrond verminking betrof. Een verschil van twee cupmaten of meer is aan te merken als verminking. Verder merkt verzoekster op dat zij vorig jaar reeds een borstreconstructie heeft ondergaan. Bij haar kan daarom geen sprake zijn van een defect van meer dan één kwadrant.
- 4.5. De behandelend plastisch chirurg heeft bij e-mailbericht van 27 februari 2018 verklaard: *"(...) Het gaat hier om een deuk in [het] bovenste binnenste kwadrant met een diameter van 2 cm. Hierbij gaat het niet om een correctie van het borst-volume maar enkel om correctie van de deuk welke zichtbaar is in het decolleté. Bij gevolg voldoet mevrouw volledig aan de eisen voor autologe vettransplantatie. (...)"*.
- 4.6. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster op 19 juli 2017 gezien en heeft hierover het volgende opgemerkt: *"(...) Lichamelijk onderzoek: Mevrouw trekt shirt uit en trekt beha iets naar beneden om te laten zien dat het defect in het decolleté zit. [Medisch adviseur] meet op en komt tot de conclusie dat het defect in de mediale bovenkwadrant 2 cm bij 0,5 cm diep is en het defect daardoor niet in het decolleté zit. In totaal is er een verschil tussen de linker- en de rechterborst van ongeveer 2 cupmaten. Verzekerde is het met dit laatste eens. Bespreking: De aanvraag van de plastisch chirurg was in eerste instantie voor lipofilling van het defect in de bovenste mediale kwadrant. Na afwijzing gaf aanvrager aan dat het gaat om een veel groter volumedefect, namelijk 2 cupmaten verschil. Dit heeft geleid tot verschillende argumentatie bij de afwijzing. Beoordeling: - Klein defect mediale bovenkwadrant: Volgens [medisch adviseur] zit het grootste gedeelte van het defect niet in het decolleté en het defect voldoet niet aan de afmetingen, is niet meer dan 1 cm diep. - Groot defect van 2 cupmaten verschil: Het deel dat opgevuld moet worden is meer dan een kwadrant en daarmee voldoet verzekerde niet aan de criteria. (...)"*.
- 5.2. De zorgverzekering biedt dekking voor behandelingen van plastisch-chirurgische aard indien sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis dan wel verminking. Het Zorginstituut heeft op 14 december 2016 een standpunt ingenomen over AFT. De behandeling kan onder bepaalde voorwaarden worden vergoed ten laste van de zorgverzekering, namelijk als sprake is van:
- een volumedefect van de borst met een minimale diameter van twee centimeter dat ligt in het decolleté, dan wel

- een volumedefect van de borst dat resulteert in asymmetrie van twee cupmaten of meer, dan wel - (mogelijke) complicaties of ernstige pijnklachten als gevolg van een tekort aan subcutane weefselbedekking na plaatsing van een prothese.

Verder heeft het Zorginstituut toegelicht dat het moet gaan om defecten die niet groter zijn dan één kwadrant. Bij een defect groter dan één kwadrant is AFT geen behandeloptie. Bij verzoekster is sprake van een defect groter dan één kwadrant. Het defect bevindt zich namelijk in het bovenste en onderste mediale kwadrant.

5.3. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt herhaald.

5.4. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar heeft op 9 maart 2018 verklaard: *"(...) Ten tijde van haar aanvraag en onze afwijzing bestond er alleen de duiding van het Zorginstituut. Later is hierop een verduidelijking gekomen in de vorm van een aanpassing van de Werkwijzer Plastische Chirurgie van de VAGZ in samenspraak met de NVPC. Er was behoefte aan verder[e] verduidelijking omdat er in het ZINI standpunt geen diepte was beschreven van het defect. Wel werd 2 cm beschreven en blijft natuurlijk de beschrijving van verminking in de wet van toepassing. Ik heb verzekerde op het spreekuur gezien: Eline meet op en komt tot de conclusie dat het defect in de mediale bovenkwadrant 2 cm bij 0,5 cm diep is en het defect iets daaronder niet in het décolleté zit. In totaal is er een verschil tussen de linker- en rechterborst van ongeveer 2 cupmaten. Verzekerde is het met dit laatste eens. Het defect breidt zich naar onder en lateraal uit buiten het functionele gebied van het décolleté. Het grootste deel van het defect bevindt zich dus buiten het functionele gebied. Bespreking: De aanvraag van de plastisch chirurg was in eerste instantie voor lipofilling van het defect in de bovenste mediale kwadrant. Na afwijzing gaf aanvrager aan dat het gaat om een veel groter volumedefect, namelijk 2 cupmaten verschil. Dit heeft geleid tot verschillende argumentatie bij de afwijzing. Nu wijzigt de plastisch chirurg opnieuw de reden van aanvraag. Conclusie: Afwijzing handhaven. Geen nieuwe informatie aangeleverd. (...)"*

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 A.22. van de zorgverzekering en 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 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 zorg van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen B1. tot en met B.27. van de zorgverzekering.

8.3. Artikel B.4.5. van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op behandeling van plastisch-chirurgische aard bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"Zorg: waar hebt u recht op?"

De zorg omvat behandelingen van plastisch-chirurgische aard volgens de standaard van plastisch chirurgen. Het kan gaan om zorg met of zonder opname. Het gaat om correcties van:

*- afwijkingen in uw uiterlijk die aantoonbare lichamelijke functiestoornissen veroorzaken. Het gaat hierbij om lichamelijke klachten waarvan door onderzoek is vastgesteld (objectief) dat ze zijn ontstaan door de te corrigeren lichamelijke afwijking. Een voorbeeld hiervan is: onbehandelbare, continue aanwezige smetplekken in de huidplooi bij een forse overhang van de buik.
- verminkingen die zijn ontstaan door ziekte, een ongeval of een geneeskundige verrichting (bijvoorbeeld een operatie). Hiervan is sprake als het gaat om een ernstige misvorming die in het dagelijkse leven meteen opvalt, bijvoorbeeld: misvorming door brandwonden en geamputeerde (afgezette) benen, armen of borsten; (...)"*

8.4. Artikel B.4.5. van de zorgverzekering is volgens artikel A.2.4. van de zorgverzekering is gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.5. Artikel 11, eerste lid, Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft. Degene die is verzekerd op basis van een zuivere restitutiepolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten. Degene die is verzekerd op grond van een naturapolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit de zorg of overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Naast zuivere restitutiepolissen en naturapolissen bestaan er combinatiepolissen, waarbij de invulling van de zorgplicht per dekkingsrubriek verschilt. Verzekerden op basis van een zuivere restitutiepolis hebben, op grond van artikel 2.2, tweede lid, onder b, Bzv aanspraak op vergoeding van de betreffende kosten, tenzij deze hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden passend is te achten. Voor de naturapolissen en combinatiepolissen stelt de zorgverzekeraar, overeenkomstig artikel 13, eerste en tweede lid, Zvw, de vergoeding vast in het geval de verzekerde gebruik maakt van een niet door de zorgverzekeraar voor die zorg of dienst gecontracteerde aanbieder, en deze neemt hij op in zijn verzekeringsvoorwaarden. Hierbij houdt de zorgverzekeraar rekening met eventueel van toepassing zijnde eigen bijdragen. Plastische chirurgie is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.1 Rzv.

Artikel 2.2, onder f, Rzv bepaalt dat voorwaardelijk is toegelaten tot 1 april 2020 een borstreconstructie na borstkanker met autologe vet transplantatie, voor zover de verzekerde deelneemt aan onderzoek als bedoeld in het tweede lid, onderdeel a, naar deze zorg.

8.6. 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. Tussen partijen is niet in geschil dat AFT in beginsel niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en daarmee geen aanspraak vormt in het kader van medisch specialistische zorg, waaronder behandelingen van plastisch chirurgische aard. De ingreep vormt onder bepaalde voorwaarden echter wél een verzekerde prestatie, zoals blijkt uit een standpunt van het Zorginstituut van 14 december 2016.

In bedoeld standpunt is over de criteria die gelden voor voorwaardelijke toelating het volgende opgenomen:

- *AFT toegepast in aanvulling op een overgebleven volumedefect na een niet verzekerde behandeling is geen verzekerde basiszorg.*
- *AFT toegepast in aanvulling op een overgebleven volumedefect na een verzekerde behandeling is verzekerde basiszorg, zij het dat dan wel voldaan moet worden aan de wettelijke criteria 'verminking' of 'lichamelijke functiestoornis'.*
- *AFT toegepast als enige behandeling ter correctie van een volumedefect is verzekerde basiszorg, zij het dat dan wel voldaan moet worden aan de wettelijke criteria 'verminking' of 'lichamelijke functiestoornis'.*

Van 'verminking' is sprake in geval van:

- *een volumedefect van de borst dat een minimale diameter van twee centimeter heeft en dat ligt in het decolleté, dan wel*
- *een volumedefect van de borst dat resulteert in asymmetrie van twee cupmaten of meer.*

Onder volumedefect wordt verstaan: een tekort aan (borst)weefsel met als gevolg een afwijkende borstvorm dan wel een afwijkend borstvolume.

Het decolleté is het gebied dat ligt tussen de volgende grenzen:

- *Craniale grens: clavicula*
- *Mediale grens: midsternale lijn*
- *Caudale grens: denkbeeldige lijn tussen het xiphoid, tepelrand en de axillaire plooi; afhankelijk van de grootte van de borst en mate van de ptose, kan deze lijn recht danwel naar beneden afgebogen verlopen*
- *Laterale grens: delto-pectorale groeve (zie bijlage 2).*

Van 'lichamelijke functiestoornis' is sprake in geval van:

- *(mogelijke) complicaties of ernstige pijnklachten als gevolg van een tekort aan subcutane weefselbedekking na plaatsing van een prothese.*

Voor AFT in het algemeen geldt dat de behandeling:

- *alleen toepasbaar is bij beperkte defecten van de borst, d.w.z. als het defect niet groter is dan één kwadrant.*
- *niet eerder dan een half jaar na reconstructie/operatie plaatsvindt (indien AFT wordt toegepast in aanvulling op een overgebleven volumedefect na reconstructie/operatie van de borst)."*

- 9.2. Voor de beoordeling gaat de commissie uit van de oorspronkelijke aanvraag tot lipofilling van het defect in het bovenste mediale kwadrant. Nadien is de aanvraag gewijzigd, met als onderbouwing dat sprake is van meer dan twee cupmaten verschil. De commissie laat dit punt rusten. Gelet op het advies van het Zorginstituut van 26 januari 2018 heeft verzoekster geen indicatie voor AFT omdat bij haar sprake is van een defect groter dan één kwadrant. Daarom wordt aan de overige, door verzoekster aangehaalde voorwaarden, niet toegekomen. Dit advies heeft het Zorginstituut, na ontvangst van de aantekeningen van de hoorzitting en de tijdens en na de zitting ingebrachte stukken, bij brief van 30 maart 2018 gehandhaafd. De commissie neemt deze conclusie van het Zorginstituut over en maakt deze tot de hare. Dit leidt ertoe dat verzoekster geen aanspraak heeft op lipofilling van de borst, ten laste van de zorgverzekering.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.3. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor AFT, zodat het verzoek niet ten laste van die verzekering kan worden toegewezen.

Conclusie

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



10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.



Zeist, 18 april 2018,



A.I.M. van Mierlo

