



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw 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 : EU/EER, België, geneeskundige zorg, plastische chirurgie, bilaterale  
borstcorrectie met lipofilling in verband met een contourdefect

Zaaknummer : 201401979

Zittingsdatum : 29 april 2015

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. drs. P.J.J. Vonk, en mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden zorgverzekering 2014, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2014, art. 20 Vo. nr. 883/2004)

---

1. Partijen

Mevrouw 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 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 Top Collectief 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). De eveneens afgesloten verzekering Uitgebreide Tandarts Collectief is niet in geschil en blijft daarom in het vervolg buiten beschouwing.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een 'bilaterale correctie contourdeformiteiten met lipofilling', uit te voeren in twee operaties te Gent, België (hierna: de aanspraak). Bij brief van 24 april 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 30 mei 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 7 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 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 25 februari 2015 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 26 februari 2015 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 10 maart 2015 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 9 april 2015 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 26 februari 2015 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 26 maart 2015 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2015025027) 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 een status na borstkanker geen zorg is conform de stand van de wetenschap en praktijk en daarmee geen verzekerde prestatie onder de zorgverzekering. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 29 april 2015 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.10. Bij brief van 5 mei 2015 heeft de commissie het Zorginstituut een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of deze aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 11 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. De behandelend plastisch chirurg heeft op 26 juni 2013 het volgende verklaard: *"Deze patiënte is in behandeling in het Universitair Ziekenhuis te Gent in het kader van een bilaterale borstreconstructie. In de voorgeschiedenis van de patiënte weerhouden we een bilaterale mastectomie wegens borstcarcinoom in 2012. Dit werd tevens behandeld met adjuvante radio- en chemotherapie. Op 21/03/2013 onderging de patiënte een bilaterale secundaire borstreconstructie door middel van een bilaterale DIEAP-flap. Hierbij wordt huid en vetweefsel ter hoogte van de buik gepreleveerd en met microscopische vaatverbinding getransplanteerd naar de plaats van de mastectomie. Met dit weefsel werd dan een nieuwe borst gereconstrueerd. Postoperatief werd een partiële necrose gezien ter hoogte van de mediale zijde van de rechter borst waarvoor debridement op 04/04/2013 en remodellage van de rechter borst. De patiënte verbleef hiervoor in het UZ Gent van 20/03/2013 tot 07/04/2013. Op poliklinische controle werd opnieuw een partiële necrose en dehiscentie gezien ter hoogte van de mediale zijde van de rechter borst. De patiënte werd opgenomen en op 17/04/2013 werd onder algemene narcose een debridement verricht en vacuüm wondtherapie gestart. Op 10/05/2013 werd een bijkomend debridement verricht en het resterend lateraal gedeelte van de rechter borst verschoven naar mediaal. Lateraal werd verder behandeld met vacuüm wondtherapie. Ten slotte werd op 05/06/2013 onder algemene anesthesie een gesteelde latissimus dorsi flap verricht teneinde het laterale defect te sluiten. Postoperatief verloop was echter onderbroken door een abcesvorming lateraal, waarvoor grondige spoeling en drainage. Na uithelen van de flap zullen zeker nog secundaire correcties nodig zijn ter remodellage van de rechter borst. (...)"*
- 4.2. Bij verzoekster zijn in 2012 beide borsten geamputeerd om recidive van borstkanker te voorkomen. Door de bestralingen was de rechterborst steeds ontstoken. Ook was sprake van veel littekenweefsel. Een reconstructie met behulp van siliconenprothesen behoorde niet tot de mogelijkheden. Verzoekster is daarom naar Gent gegaan, waar een borstreconstructie

met de DIEAP-flap methode is voorgesteld. De bedoeling was hiermee twee symmetrische borsten te creëren, maar dit liep anders door een infectie van de rechterborst. Hiervoor is verzoekster gedurende drie maanden opgenomen geweest, in welke periode zes operaties hebben plaatsgevonden. Uiteindelijk resulteerde dit erin dat haar borsten nog verder werden verminkt. Daarna stelde de arts voor een en ander door middel van lipofilling te corrigeren. Hiervoor is bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend. Deze aanvraag is op 20 februari 2013 door de ziektekostenverzekeraar goedgekeurd. Aanvullend is een aanvraag gedaan voor een 'remodelling li. borst + RF Re. borst', welke door de ziektekostenverzekeraar akkoord is bevonden op 16 januari 2014.

4.3. De eerste behandeling met lipofilling vond plaats op 24 januari 2014. De avond vóór deze operatie werd verzoekster telefonisch benaderd door een medewerker van de ziektekostenverzekeraar, die haar mededeelde dat geen vergoeding zou worden verleend. Een reden daarvoor werd niet gegeven. Verzoekster heeft toen veel moeite moeten doen het benodigde geld bij elkaar te krijgen, zodat de operatie alsnog kon worden uitgevoerd. De medewerker van de ziektekostenverzekeraar heeft de weigering de volgende dag ongedaan gemaakt, en na veel telefoongesprekken heeft verzoekster het door haar betaalde bedrag van € 4.800,-- retour ontvangen. Op 24 april 2014 zou de volgende behandeling plaatsvinden. De aanvraag voor vergoeding van deze kosten werd op de dag van de operatie telefonisch geweigerd. Later is dit bevestigd in een brief. Op dat moment kon verzoekster niet anders dan haar excuses aanbieden aan de arts in het UZ Gent, waar een operatiekamer was gereserveerd. Aangezien de hechtingen van de vorige operatie nog verwijderd moesten worden, en verzoekster erg veel pijn had, heeft haar familie besloten haar het benodigde bedrag te lenen, zodat zij de behandeling op 6 juni 2014 alsnog kon voortzetten.

4.4. Verzoekster heeft hierna nog één behandeling gehad met lipofilling, die niet door de ziektekostenverzekeraar is vergoed. De hierop volgende tepelreconstructie werd wel vergoed. Het lijkt erop dat de ziektekostenverzekeraar zijn beleid en standpunten rondom de vergoedingen steeds verandert, waardoor verzoekster in een financieel benarde situatie is gekomen. Verzoekster is van mening dat de ziektekostenverzekeraar de door haar betaalde kosten voor de ingrepen, ten bedrage van totaal € 7.000,--, aan haar dient te vergoeden.

4.5. Ter zitting is door verzoekster herhaald dat na de behandeling op 6 juni 2014 nog een lipofilling en een tepelreconstructie hebben plaatsgevonden. De tepelreconstructie wordt door de ziektekostenverzekeraar vergoed. De kosten die niet zijn vergoed belopen € 3.000,-- tot € 4.000,--. In 2013 is voor de onderhavige behandeling toestemming gevraagd en verkregen. Halverwege het traject is verzoekster er verminkt uitgekomen. De situatie was toen slechter dan na de amputatie. Eerst nu is een acceptabel resultaat bereikt.

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. Verzoekster heeft op 20 februari 2013 een akkoordverklaring gekregen voor de DIEAP-flapoperatie, op 29 april 2013 voor het debrideren en VAC-therapie van de rechterborst, en op 16 januari 2014 voor een lipofilling, littekencorrectie en remodelage van de rechterborst. De borstreconstructie vond plaats in april 2013. Verzoekster heeft een eerste nacorrectie met lipofilling ondergaan in januari 2014. Het onderhavige geschil betreft de beoordeling van de volgende nacorrecties.

5.2. Iedere plastisch-chirurgische ingreep wordt apart door de ziektekostenverzekeraar getoetst aan de voorwaarden. Een verzekeringsindicatie bestaat indien sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis dan wel verminking. Verminking is een ernstige, direct in het oog springende misvorming. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar heeft het dossier van verzoekster beoordeeld. Hij deelt mede dat lipofilling ter behandeling van contourdefecten en mamma-

augmentatie (ook na borstamputatie) geen zorg is conform de stand van de wetenschap en praktijk en daarmee geen verzekerde prestatie onder de zorgverzekering.

5.3. De ziektekostenverzekeraar kiest ervoor om bij een status na borstkanker een behandeling met lipofilling te vergoeden indien sprake is van een contourdefect, de behandeling plaatsvindt binnen twee jaar na de amputatie, en het de eerste nacorrectie betreft. Indien sprake is van de tweede nacorrectie, zoals bij verzoekster het geval is, dan beoordeelt de ziektekostenverzekeraar de aanvraag op het algemene toetsingscriterium van verminking. In dat geval moet sprake zijn van een ernstig contourdefect. Hiervan is bij verzoekster niet gebleken, zodat zij een tweede nacorrectie niet op basis van de coulancregeling vergoed krijgt. Asymmetrie tussen de borsten is enkel als verminking te duiden indien het gaat om een verschil van ten minste twee cupmaten.

5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat hij de situatie van verzoekster begrijpt. Anderzijds proeft hij weinig waardering voor zijn inspanningen. Zoals uit het advies van het Zorginstituut blijkt, is de behandeling niet conform de stand van de wetenschap en praktijk. De ziektekostenverzekeraar hoeft daarom geen vergoeding te verlenen. Door een coulancevergoeding toe te kennen is de ziektekostenverzekeraar reeds verder gegaan dan waartoe hij op grond van de verzekeringsvoorwaarden verplicht was. Een verdergaande vergoeding is niet aan de orde. Aan de vraag naar de indicatie wordt niet toegekomen, aangezien het hier om niet verzekerde zorg gaat.

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 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 gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in 'Hoofdstuk B' 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:

*“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.*

- *verminderingen 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 A.3.2. van de zorgverzekering bepaalt, voor zover hier van belang:

*"De inhoud van uw zorgverzekering wordt bepaald door de overheid. Wij bepalen de inhoud van de ziektekostenverzekering en de aanvullende verzekeringen.*

*In deze verzekeringsvoorwaarden staat op welke dekking u recht hebt. Deze dekking omvat zorg die voldoet aan de volgende eisen:*

- *de inhoud en omvang van 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 A.3.2. en B.4.5. van de zorgverzekering zijn volgens artikel A.2.4. 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, indien een dergelijke maatstaf ontbreekt, 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.

8.8. 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 is naar een andere EU-lidstaat, namelijk België, gegaan met het doel daar de onderhavige zorg te verkrijgen. Derhalve is sprake van planbare zorg. Op deze situatie ziet artikel 20 van Vo. nr. 883/2004.
- 9.2. 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. Met betrekking tot de vraag of sprake is van een verzekerde prestatie geldt het volgende.
- 9.3. Mede gelet op het door de ziektekostenverzekeraar ingenomen standpunt, is de vraag of een bilaterale borstcorrectie door middel van lipofilling in verband met contourdefecten voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 9.4. 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.
- 9.5. 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.

- 9.6. 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 26 maart 2015 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 daarvan tot de hare. Het voorgaande leidt ertoe dat de gevraagde toestemming op grond van de verordening verzoekster terecht is onthouden, en dat zij geen aanspraak heeft op vergoeding van de door haar ondergane behandeling, ten laste van de zorgverzekering

#### **Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering**

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

#### **Coulancebeleid ziektekostenverzekeraar**

- 9.8. De ziektekostenverzekeraar kent een coulancebeleid, dat inhoudt dat bij een status na borstamputatie een behandeling met lipofilling wordt vergoed, indien sprake is van een contourdefect, de behandeling plaatsvindt binnen twee jaar na de amputatie, en het de eerste nacorrectie betreft. Indien sprake is van een tweede nacorrectie, beoordeelt de ziektekostenverzekeraar de aanvraag daartoe op het algemene toetsingscriterium van verminking. In dat geval moet sprake zijn van een ernstig contourdefect.
- 9.9. Daarnaast gevraagd, heeft verzoekster verklaard dat de door haar overgelegde foto's de situatie weergeven na de behandeling op 6 juni 2014. Op basis van deze foto's deelt de commissie het standpunt van verzoekster dat toen – nog steeds – een contourdefect bestond. Verzoekster heeft verder verklaard dat pas met de behandeling in oktober 2014 een zodanig resultaat werd bereikt dat haar borst er weer enigszins normaal uitzag. De ziektekostenverzekeraar heeft dit laatste niet gemotiveerd bestreden. Daarom concludeert de commissie dat tot aan de behandeling in oktober 2014 kon worden gesproken van een ernstig contourdefect. De ziektekostenverzekeraar is om die reden gehouden de tot en met oktober 2014 uitgevoerde behandelingen met lipofilling op basis van het door hem geformuleerde coulancebeleid te vergoeden. Over de tepelcorrectie bestaat tussen partijen geen geschil.

#### **Conclusie**

- 9.10. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen.
- 9.11. Aangezien het verzoek wordt toegewezen, is de ziektekostenverzekeraar gehouden het entreegeld van € 37,-- aan verzoekster te vergoeden.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek toe.

Zeist, 20 mei 2015,

mr. drs. P.J.J. Vonk