



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, tegen C te D en E te F
Zaak : Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, pure tumescente liposuctie bij lipoedeem, stand wetenschap en praktijk
Zaaknummer : 201301796
Zittingsdatum : 2 april 2014

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

1) C te D, en

2) E te F,

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 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 Extra 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 pure tumescente liposuctie in verband met lipodeem (hierna: de aanspraak). Bij brief van 7 maart 2013 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 24 april 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft verzoekster bij brief van 31 juli 2013 medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling.

3.4. Bij brief van 10 oktober 2013 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 20 januari 2014 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 22 januari 2014 aan verzoekster gezonden.

- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 1 februari 2014 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 22 januari 2014 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 10 februari 2014 heeft het CVZ (zaaknummer 2014008819) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat pure tumescente liposculpture bij de indicatie van verzoekster geen zorg is conform de stand van de wetenschap en praktijk en daarmee geen verzekerde prestatie onder de zorgverzekering. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 2 april 2014 in persoon respectievelijk telefonische gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 4 april 2014 heeft de commissie het CVZ (thans: Zorginstituut Nederland) 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 CVZ bij brief van 14 april 2014 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen geen aanleiding vormen 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 dermatoloog heeft ten aanzien van verzoekster het volgende verklaard: *“Patiënte heeft in de puberteit gemerkt dat haar benen zwaarder werden ten opzichte van het bovenlichaam. Dit is na de overgang toegenomen. Tevens heeft patiënte een sterk toenemende vetophoping bij de heupen, met name rechts. Patiënte heeft een moe gevoel in de benen en in toenemende mate pijnklachten. Ze heeft diverse diëten gevolgd zonder effect. Gewichtsvermindering heeft geen invloed op de consistentie en omvang van de benen. Patiënte wordt belemmer[d] in haar sociale leven. Fietsen gaat niet meer en na 10 minuten wandelen moet ze stoppen. Stoepen kan ze bijna niet meer op en af. Ook het zitten in stoelen wordt steeds moeilijker waardoor zij nu niet meer kan autorijden. Patiënte draagt steunkousen, dit heeft weinig effect. In de familie heeft haar moeder dezelfde klachten. (...) Aan de bovenbenen en billen is een extreem verdikte subcutane vetlaag aanwezig met een onregelmatig oppervlak. Het surplus aan weefsel is over het gehele bovenbeen van proximaal tot distaal, en geheel circulair aanwezig. De vetophopingen eindigen lateraal boven het heup gebied en distaal loopt het vetsurplus door tot aan de enkels, waarbij de onderbenen proximaal sterk zijn aangedaan en distaal nauwelijks. De heupen vertonen rechts meer dan links lumpvorming. De boven- en onderarmen doen in het proces mee. Bij de armen is het "manchet" fenomeen waarneembaar. Proximaal van de pols. Alle aangedane gebieden zijn zeer drukpijnlijk. Diagnose: Progressief ernstig invaliderend Lipoedeem. (...)”.*
- 4.2. Verzoekster is van mening dat de afwijzing van de ziektekostenverzekeraar in strijd is met de aard van de zorgverzekering, aangezien deze dekking biedt voor de behandeling van ziekten en aandoeningen, die het zelfstandig uitvoeren van de algemene dagelijkse levensverrichtingen lichamelijk en geestelijk in de weg staan dan wel onmogelijk maken. De ziektekostenverzekeraar vergoedt ook de kosten van behandelingen gericht op het voorkomen van aandoeningen en ziekten, die het zelfstandig uitvoeren van de algemene dagelijkse levensverrichtingen kunnen belemmeren of verhinderen.
- 4.3. Vele, op gewichtsvermindering gerichte diëten en een maagverkleining, hebben bij verzoekster niet kunnen verhinderen dat een aanzienlijke disproportie is ontstaan tussen haar boven- en onderlichaam. Haar onderlichaam is ongeveer drie confectiematen groter dan haar bovenlichaam. Het is kenmerkend voor de ziekte van Allen-Hines (lipoedeem) dat afslankdiëten en ook bariatrische ingrepen geen effect hebben. Liposuctie is de enige mogelijkheid de klachten weg te nemen. Deze behandelmethode voldoet weliswaar (nog) niet aan de criteria voor evidence based medicine, maar is in de afgelopen 20 jaar wel zeer effectief gebleken. De behandeling wordt op twee plaatsen in Nederland toegepast, en ook in Duitsland en de Verenigde Staten. Overigens vergoedt de ziektekostenverzekeraar vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering ook de kosten van Moermantherapie. De effectiviteit hiervan is nooit volgens de criteria van evidence based medicine aangetoond. Verzoekster begrijpt dan

ook niet waarom de ziektekostenverzekeraar bij de beoordeling van pure tumescente liposuctie bij lipoedeem zo strak vasthoudt aan deze criteria.

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 medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar heeft de aanvraag voor pure tumescente liposuctie bij de indicatie lipoedeem onderzocht, en is tot de conclusie gekomen dat deze zorg niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is en daarmee geen verzekerde prestatie vormt onder de zorgverzekering. Verzoekster heeft dan ook geen aanspraak op deze zorg, ten laste van de zorgverzekering. De ziektekostenverzekeraar baseert zich op twee adviezen van het CVZ van 27 februari en 9 maart 2007. Uit het bindend advies van de commissie van 6 maart 2013 volgt dat in het standpunt van het CVZ nog geen verandering is gekomen.

5.2. De aanvraag tot vergoeding is aangevraagd door een arts waarmee de ziektekostenverzekeraar geen overeenkomst heeft gesloten. Indien de commissie tot de conclusie komt dat verzoekster wel aanspraak heeft op de onderhavige behandeling, wenst de ziektekostenverzekeraar een redelijke termijn om verzoekster te bemiddelen naar een zorgaanbieder waarmee wel een contract is gesloten.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 15 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 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 de artikelen 16 tot en met 35 van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 17.2d van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op plastisch-chirurgische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"Op behandeling van plastisch-chirurgische aard bestaat, als binnen minstens drie weken vooraf schriftelijk toestemming bij [naam ziektekostenverzekeraar] is aangevraagd en deze door [naam ziektekostenverzekeraar] is verleend, slechts aanspraak als die strekt ter correctie van:

- afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;*
- verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;*
- verlamde of verslapte bovenoogleden die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;*
- de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemeltespelten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urinewegen geslachtsorganen;*
- primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transsexualiteit;*

• de buikwand (het zogenaamde abdominoplastiek). Op het abdominoplastiek bestaat uitsluitend aanspraak als er sprake is van een verminking die in ernst te vergelijken is met een derdegraads verbranding, van onbehandelbare smetten in huidplooiën of van een zeer ernstige beperking van de bewegingsvrijheid."

8.4. Artikel 2.5a van de zorgverzekering luidt, voor zover hier van belang:

"De inhoud en omvang van de zorg in de [naam ziektekostenverzekeraar] Zorgverzekering wordt bepaald door wat zorgaanbieders 'plegen te bieden' en de stand van de wetenschap en de praktijk. Veel vormen van zorg zijn in de wet niet gedetailleerd omschreven. Deze vormen van zorg zijn aangeduid als zorg zoals een bepaalde beroepsgroep pleegt te bieden. Hiermee wordt de soort zorg aangegeven. Of een behandeling onder een verzekerde zorgvorm valt, wordt mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk. Het voorgaande betekent dat u verzekerd bent voor die zorg die de betrokken beroepsgroep tot het aanvaarde arsenaal van medische onderzoeks- en behandelingsmethoden rekent. Andere zorgvormen zijn wel gedetailleerd omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden, zoals farmaceutische zorg en hulpmiddelenzorg. Ook hiervoor geldt dat deze zorgvormen alleen tot de verzekerde zorg behoren voor zover ze voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Bij sommige vormen van zorg ontbreekt een 'stand van de wetenschap', bijvoorbeeld bij zittend ziekenvervoer. Dan geldt een iets andere regel: u bent verzekerd voor hulp die in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten."

8.5. De artikelen 2.5a en 17.2d van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2.2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.6. Artikel 11, lid 1, onderdeel 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 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. Mede gelet op het door de ziektekostenverzekeraar ingenomen standpunt, is de centrale vraag thans of pure tumescente liposuctie bij lipoedeem 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 de onderhavige behandeling is door het CVZ uitgevoerd, en de bevindingen hiervan zijn in het advies van 10 februari 2014 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. Deze commissie neemt de conclusie over en maakt deze tot de hare.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.5. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor pure tumescente liposuctie, zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden toegewezen.

Criterium 'stand wetenschap en praktijk'

- 9.6. Verzoekster heeft aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering behandelingen vergoedt die niet conform de stand van de wetenschap en praktijk zijn, zodat het haar bevreemdt dat haar dit criterium wordt tegengeworpen. Hierbij moet worden opgemerkt dat de zorgverzekering is gebaseerd op regelgeving die precies voorschrijft welke prestaties op basis hiervan moeten zijn verzekerd. Tevens is in de regelgeving vastgelegd dat de aanspraak op medisch-specialistische zorg - waaronder behandeling van plastisch-chirurgische aard - naar aard en omvang mede wordt bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk. De zorgverzekering mag niet meer of minder vergoeden, aangezien deze dan niet meer kan worden aangeduid als 'zorgverzekering' in de zin van de Zorgverzekeringswet. Voor de aanvullende ziektekostenverzekering is dit anders aangezien bij deze verzekering geen sprake is van onderliggende regelgeving die bepaalt wat tot de te verzekeren prestaties behoort. Het betreft een 'gewone' verzekeringsovereenkomst tussen de ziektekostenverzekeraar en de verzekerde, waarbij de ziektekostenverzekeraar vrij is bij de invulling van de dekking, en derhalve ook kan besluiten een behandeling te vergoeden die niet wetenschappelijk is bewezen. Dat hij ervoor kiest dit voor een bepaalde behandeling te doen, betekent niet dat de dekking van de verzekering wordt opgerekt tot iedere vorm van zorg die weliswaar medisch geïndiceerd is, maar niet aan het criterium 'stand van de wetenschap en praktijk' voldoet, zoals verzoekster lijkt te suggereren. De overeengekomen dekking heeft per definitie een limitatief karakter, en de premie is hierop afgestemd.

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, 14 mei 2014,



Voorzitter

