

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B tegen C te D
Zaak	: Geneeskundige zorg; Plastische chirurgie; Pure Tumescence Liposuctie met gebruikmaking van vibrerende microcanules
Zaaknummer	: 2008.01770
Zittingsdatum	: 25 februari 2009

BINDEND ADVIES

Zaak: 2008.01770 Geneeskundige zorg; Plastische chirurgie; Pure Tumescence Liposuctie met gebruikmaking van vibrerende microcanules

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2008, art. 10, 11 Zvw, 2.4 Bzv, voorwaarden aanvullende verzekering 2008)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

C te D, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 22 mei 2008 de aanvraag voor een behandeling met Pure Tumescence Liposuctie met gebruikmaking van vibrerende microcanules niet te honoreren.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorg Zeker Polis (hierna: de zorgverzekering). Dit betreft een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering AV Top afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. De behandelend dermatoloog heeft bij verzoekster de volgende diagnose gesteld: "Ernstig progressief congenitaal lipoedeem. Zowel anamnese als klinisch beeld zijn bij patiënte geheel typerend voor het lipoedeem". De dermatoloog heeft naar aanleiding van de gestelde diagnose bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op "behandeling van het lipoedeem door middel van Pure Tumescence Liposuctie met gebruikmaking van vibrerende microcanules en uit te voeren onder plaatselijke verdoving" ten laste van de zorgverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 22 mei 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat haar aanspraak is afgewezen.
- 3.3. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 18 juli 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn standpunt te handhaven.

- 3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.5. Bij brief van 16 oktober 2008 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen (hierna: het verzoek).
- 3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 37,00 voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek is een afschrift van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief van 29 december 2008 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 7 januari 2009 aan verzoekster gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 12 januari 2009 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.9. Bij brief van 7 januari 2009 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 23 januari 2009 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 Pure Tumescence Liposuctie van de benen bij lipoedeem geen behandeling is conform de wetenschap en de praktijk. Een afschrift van het CVZ-advies is op 6 februari 2009 aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 25 februari 2009 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.11. Bij brief van 25 februari 2009 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 voorlopige advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 25 februari 2009 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopige advies als definitief kan worden beschouwd.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
- 4.1. Verzoekster stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat zij sinds zeven jaar last heeft van spataderen in haar benen. In het Goois Medisch Centrum is vastgesteld dat bij haar sprake was van lipoedeem in zowel de armen als de benen. De behandelend arts heeft aan verzoekster aangegeven dat, indien zij het lipoedeem niet laat behandelen, de druk op haar benen zal toenemen, zij moeite zal krijgen haar beroep uit te oefenen en uiteindelijk haar mobiliteit zal verliezen. Verzoekster is van mening dat het niet kan én mag dat voor haar besloten wordt dat zij in een rolstoel zal terechtkomen.

- 4.2. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling het volgende aangevoerd. Zij geeft aan dat zij niet begrijpt hoe de zorgverzekeraar over haar heeft kunnen oordelen zonder haar ooit gezien te hebben. Verzoekster heeft ernstige lipoedeem, erg veel last van spataderen en vaak last van ontstekingen aan de scheenbenen. Zonder behandeling wordt het lipoedeem steeds erger. Bovendien begrijpt verzoekster niet dat de behandeling niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Op het internet heeft zij vele resultaten gevonden waaruit blijkt dat het een veilige behandeling betreft. Het CVZ heeft zich echter op andere documenten gebaseerd. Een deel van de door het college aangehaalde wetenschappelijke publicaties geeft overigens een positief beeld van de behandeling. Voorts benadrukt verzoekster dat het hier een medische behandeling betreft en geen cosmetische.
- 4.3. Verzoekster komt tot de conclusie dat haar verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat de bij verzoekster gestelde diagnose niet wordt betwist, maar dat de aangevraagde plastisch chirurgische behandeling is afgewezen omdat die niet als een behandeling conform de wetenschap en de wetenschap kan worden aangemerkt. De afwijzing is derhalve niet alleen op het doelmatigheidscriterium gebaseerd, maar ook ter bescherming van verzekerde. De effectiviteit en veiligheid van een behandeling die niet kan worden aangemerkt als een behandeling conform de wetenschap en de praktijk, staan immers (nog) niet vast.
- 5.2. Daarnaast ontbeert verzoekster een indicatie voor plastische chirurgie.
- 5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat verzekerden alleen bij twijfel op het spreekuur worden opgeroepen. Bovendien wordt de diagnose niet bestreden. Het probleem is dat geen aanspraak op deze behandeling mogelijk is ten laste van de zorgverzekering. Oproepen voor het spreekuur is dan zinloos en zou slechts tot hoop leiden, die niet kan worden waargemaakt. Een alternatief is evenmin voorhanden nu verzoekster zelf heeft aangegeven dat dit de laatste mogelijkheid is.
- 5.4. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoekster terecht is afgewezen.
6. De bevoegdheid van de commissie
- Gezien de verzekeringsvoorwaarden, het reglement van de commissie en/of de door de ziektekostenverzekeraar ondertekende verklaring, 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. De beoordeling van het geschil
- 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is aan verzoekster de kosten verbonden aan de Pure Tumescence Liposuctie bij lipoedeem te vergoeden. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 7.2. Het betreft hier een combinatienpolis, waarbij de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. Artikel 2 lid 5 van de zorgverzekering bepaalt:

“De aanspraak op zorg of vergoeding van kosten van zorg zoals in de zorgpolis omschreven, wordt naar inhoud en omvang bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk, dan wel, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten;”

De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in artikel 3 van de zorgverzekering. Artikel 7 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op geneeskundige zorg bestaat en bepaalt in het eerste lid, voor zover thans van belang:

“De omvang van deze te verlenen hulp wordt begrensd door hetgeen medisch specialisten als zorg plegen te bieden en hetgeen gebruikelijk is.”

- 7.3. De artikelen 2 lid 5 en 7 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 lid 1 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 7.4. 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 verzekerd risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft of vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. In artikel 2.4 lid 1 onder b Bzv is bepaald dat een plastisch-chirurgische ingreep slechts onder de geneeskundige zorg valt indien die strekt tot de correctie van de onder sub 1 tot en met 5 genoemde aandoeningen. In artikel 2.4 lid 2 Bzv wordt bepaald dat bij ministeriële regeling bepaalde vormen van zorg kunnen worden uitgezonderd.
- 7.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.6. Bij de beantwoording van de onder 7.1 geformuleerde vraag sluit de commissie aan bij de in de medische wereld gangbare werkwijze waarbij het oordeel omtrent de gebruikelijkheid van medische behandelingen is gebaseerd 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 onder meer gelet op onderzoeksopzet, onderzoekspopulatie, controlegroep, randomisatie, blinding, mate van behandelingseffect, follow-up en statistische analyse.

- 7.7. 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.

- 7.8. Een onderzoek naar dergelijke kwalitatieve onderzoeken met betrekking tot Pure Tumescence Liposuctie bij lipoedeem is door het CVZ in zijn advies van 26 februari 2007 uitgevoerd. De daarbij door het CVZ getrokken conclusie neemt de commissie over en maakt zij tot de hare. Hoewel uit enkele publicaties blijkt dat positieve resultaten zijn behaald bij kleine patiëntengroepen, zijn sindsdien de wetenschappelijke inzichten ten aanzien van de behandeling niet veranderd. De commissie komt op basis hiervan tot de conclusie dat de aangevraagde behandeling niet conform de stand van de wetenschap en de praktijk is en daarom niet behoort tot de zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden als bedoeld in artikel 7 lid 1 van de zorgverzekering. Nu het hier geen verzekerde prestatie betreft, komt de commissie niet toe aan de vraag of verzoekster al dan niet een indicatie voor plastische chirurgie heeft.
- 7.9. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, dient te worden afgewezen.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 7.10. Artikel 9.7 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering, regelt voor zover hier van belang:

“Bijdrage bij medisch-specialistische zorg die niet is gedekt volgens het basispakket

Naast de korting onder 9.6 kunt u in aanmerking komen voor een bijdrage in de kosten bij flapoorcorrecties en ooglidcorrecties”

- 7.11. De door verzoekster gewenste zorg valt hier niet onder.

- 7.12. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek, voor zover dat ziet op de aanvullende ziektekostenverzekering, dient te worden af gewezen.

Slotsom

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

8. Het bindend advies

- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 11 maart 2009,

Voorzitter