



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen ASR Basis Ziektekostenverzekeringen N.V. en
ASR Aanvullende Ziektekostenverzekeringen N.V., beide te Amersfoort
Zaak : Medisch-specialistische zorg, plastische chirurgie, lipodeem benen en bovenarmen, Pure
Tumescente liposuctie
Zaaknummer : 201600841
Zittingsdatum : 8 februari 2017

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden zorgverzekering 2016, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2016)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door C te D,
tegen

- 1) ASR Basis Ziektekostenverzekeringen N.V. te Amersfoort, en
- 2) ASR Aanvullende Ziektekostenverzekeringen N.V. te Amersfoort,
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 Aanvulling Uitgebreid 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 vergoeding van de kosten van Pure Tumescence liposuctie met gebruikmaking van vibrerende microcanules van de boven- en onderbenen en bovenarmen (hierna: de aanspraak). Bij brief van 1 februari 2016 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 1 april 2016 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 8 augustus 2016 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 24 november 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 1 december 2016 aan verzoekster gezonden.
- 
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 8 december 2016 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 21 december 2016 schriftelijk medegedeeld eveneens in persoon te willen worden gehoord.
- 
- 3.8. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10 lid 9 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 1 december 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 5 januari 2017 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016135004) 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 liposuctie met gebruikmaking van vibrerende microcanules bij lipoedeem niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 
- 3.10. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 8 februari 2017 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 
- 3.11. Bij brief van 16 februari 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar het besprekingsverslag van het medisch spreekuur toegezonden. Een afschrift hiervan is op 20 februari 2017 aan verzoekster gezonden. Bij e-mailbericht van 22 februari 2017 heeft verzoekster medegedeeld niet inhoudelijk te willen reageren.
- 
- 3.12. Bij brief van 27 februari 2017 heeft de commissie het Zorginstituut afschriften van de aantekeningen van de hoorzitting en nagekomen stukken gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen en nagekomen stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 7 maart 2017 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen en 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. Verzoekster is bekend met lipoedeem. Sinds de puberteit heeft zij, in vergelijking met de rest van haar lichaam, 'dikke' benen. Omdat zij veel pijn aan haar benen en knieën had, besloot verzoekster te gaan afvallen. Zij is inmiddels dertig kilogram afgevallen, echter haar benen bleven fors en pijnlijk. De huisarts heeft verzoekster verwezen naar een oedeemtherapeut, waar zij is behandeld. Deze behandelingen hadden echter geen resultaat. De klachten van verzoekster verergerden, waardoor zij pijn had bij het fietsen, traplopen, wandelen en sporten. Na enig research kwam verzoekster terecht bij de behandelend dermatoloog. Deze is tot de conclusie gekomen dat bij verzoekster sprake is van lipoedeem. Progressie hiervan zal leiden tot toenemende klachten, secundaire ziekteverschijnselen en verminderde mobiliteit. Volgens de behandelend dermatoloog is Pure Tumescente liposuctie met gebruikmaking van vibrerende microcanules de enige effectieve behandeling bij lipoedeem. Na deze behandeling zal de mobiliteit van verzoekster toenemen en is een duidelijke vermindering van de pijnklachten te verwachten. Niet behandelen zal daarentegen zeker leiden tot een verdere bewegingsbeperking en toename van secundair lymfoedeem. Indien een andere vorm van liposuctie wordt toegepast, bestaat de kans dat het lymfeweefsel extra wordt beschadigd, waardoor een secundair lymfoedeem (versneld) kan optreden.
- 
- 
- 
- 

- 4.2. De behandelend dermatoloog heeft over verzoekster verklaard: "(...) Patiënte met lipoedeem komt, conform de multidisciplinaire richtlijn lipoedeem, in aanmerking voor behandeling van het lipoedeem middels Pure Tumescence liposuctie met gebruikmaking van vibrerende microcanules en uit te voeren onder plaatselijke verdoving. Aangezien er voor patiënte geen alternatieven zijn hoop ik dat u tot vergoeding van de behandeling zal overgaan. Voor deze behandeling bestaat momenteel geen DBC code. Wellicht kan internationale literatuur eventuele onbekendheid rondom de ingreep wegnemen. (...)"
- 4.3. Verzoekster is uitgenodigd voor het spreekuur van de medisch adviseur waarna de ziektekostenverzekeraar de aanvraag voor liposuctie heeft toegewezen. Uit de toewijzing bleek dat op basis van de aanvullende ziektekostenverzekering twee behandelingen worden betaald tot maximaal € 5.500,- per behandeling. Tijdens het spreekuurbezoek heeft de medisch adviseur verklaard dat voor eventuele vervolghandelingen verder wordt gekeken. De door de ziektekostenverzekeraar gemachtigde behandelingen zijn uitgevoerd aan de buiten- en binnenzijde van de bovenbenen en de binnenzijde van de knieën. Verzoekster is tevreden met het resultaat. Zij kan veel beter lopen, mede doordat de behandelde gebieden minder pijnlijk zijn. Zij wil dan ook in aanmerking komen voor vergoeding van behandelingen met Pure Tumescence liposuctie van de nog niet behandelde gebieden, met name de voorzijde van de boven- en onderbenen en de bovenarmen. De behandelend dermatoloog heeft voorgaande aangevraagd.
- 4.4. De ziektekostenverzekeraar heeft de aanvraag voor de vervolghandeling afgewezen. Uit de afwijzing blijkt dat de ziektekostenverzekeraar zich op het standpunt stelt dat volgens het Zorginstituut Pure Tumescence liposuctie niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, en om die reden niet wordt vergoed ten laste van de zorgverzekering, en dat eveneens geen vergoeding mogelijk is op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 4.5. Verzoekster verklaart dat de pijn aan de onbehandelde gebieden almaar erger wordt. Tevens zijn haar onderbenen forser geworden waardoor zij last heeft bij het lopen, fietsen, autorijden, traplopen en sporten. Haar bovenarmen belemmeren haar bij huishoudelijke taken, autorijden, het doen van boodschappen en computerwerkzaamheden. Het standpunt van de ziektekostenverzekeraar dat verergering van de klachten op korte termijn niet aannemelijk is, verbaast verzoekster ten zeerste. De aandoening wordt omschreven als chronisch progressief invaliderend lipoedeem, gepaard gaande met exacerbaties zonder remissies, waardoor haar functioneren in de toekomst nog beperkter kan worden. Gelet op haar jonge leeftijd is dit geen fijn vooruitzicht. De behandelend dermatoloog heeft daarbij verklaard dat de ondergane behandelingen duidelijke verbeteringen hebben opgeleverd en dat het noodzakelijk is ook de overige gebieden te behandelen. Verzoekster vindt het spijtig te moeten constateren dat er veel is gecorrespondeerd over de afwijzing, zonder dat de medisch adviseur haar klachten en beperkingen opnieuw heeft beoordeeld.
- 4.6. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat in eerdere correspondentie of tijdens het gesprek met de medisch adviseur niet is gesproken over een coulancevergoeding. Bovendien was het destijds voor de medisch adviseur al bekend dat alleen al voor de bovenbenen meer dan twee behandelingen noodzakelijk zijn. Aangezien verzoekster de eerste behandelingen vergoed heeft gekregen vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering, heeft zij het idee gekregen dat verdere behandelingen ook zouden worden vergoed .
- 4.7. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. De ziektekostenverzekeraar verwijst naar artikel 2 leden 4 en 5 van de voorwaarden van de zorgverzekering en artikel 2 van de aanvullende ziektekostenverzekering. Hierin is geregeld dat de zorg moet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk en doelmatig moet zijn. Het Zorginstituut heeft het standpunt ingenomen dat Pure Tumescence liposuctie door middel van vibrerende microcanules niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Dit betekent dat

de kosten van de aangevraagde behandeling niet voor vergoeding in aanmerking komen vanuit de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

- 5.2. In artikel 3.34 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering is opgenomen dat recht bestaat op vergoeding van 100 percent van de kosten van behandelingen van plastisch chirurgische aard bij een aantoonbare lichamelijke functiestoornis of verminking. Verzoekster is in augustus 2015 op het spreekuur van de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar geweest. De medisch adviseur verklaarde over verzoekster het volgende: *"Spreekuurverslag 25-8-2015*
Akkoord op AV 2 behandelingen lipoeedeem bovenbenen tot max. € 5.500,- per behandeling. SU: A/ Stekende pijn bovenbenen, toenemend sinds lftd 14 jr. Afgevallen van 110 tot 80 kg., sporten zeer beperkt/niet. Fysiotherapie lymphdrainage therapie werkt niet. Sinds laatste paar jaar verergering pijn, ook in onderbenen en sinds 3 mnd bovenarmen. O/ Benen forse kolomvormige benen met scherpe begrenzing onderbeen/voet, pasteus aanvoelend, geen cellulitisbeeld, geen blauwe plekken. Vergoedinsindicatie AV."
Op grond hiervan is besloten de eerder aanvraag toe te wijzen ondanks dat de behandeling ook toen niet voldeed aan de stand van de wetenschap en praktijk. In feite was hier sprake van een beslissing op basis van coulance, waarbij de bewegingsbeperking een grote rol speelde.
- 5.3. In januari 2016 is een aanvraag ingediend voor behandelingen met Pure Tumescence liposuctie van de voorzijde van de boven- en onderbenen en bovenarmen. Uit de verklaring van verzoekster bleek dat zij nog herstellende was van de voorgaande behandelingen en dat zij nog niet helemaal van de pijn af was. De medisch adviseur heeft de aanvraag om die reden én vanwege de korte tijd tussen het spreekuurbezoek en de aanvraag voor een vervolgbehandeling afgewezen. Verergering van de klachten in de tijdspanne tussen eind augustus 2015 en januari 2016 is niet aannemelijk. Het goede resultaat van de reeds behandelde gebieden betekent dat op dit moment geen sprake meer is van verminking of van een dusdanig ernstige lichamelijke functiestoornis dat de ziektekostenverzekeraar de uitspraak van het Zorginstituut naast zich neer kan leggen.
- 5.4. De stelling van verzoekster dat de medisch adviseur heeft medegedeeld dat de eerste twee behandelingen akkoord zijn en dat voor eventuele vervolgbehandelingen verder wordt gekeken, is voorgelegd aan de medisch adviseur. Deze heeft verklaard dat de betreffende stelling voor rekening moet blijven van verzoekster. De enige reden voor vergoeding van vervolgbehandelingen is een toename van het volume van de bovenbenen en de binnenkant van de knieën. Dit is op korte termijn niet te verwachten.
- 5.5. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar de standpunten herhaald. Bij brief van 16 februari 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar het besprekingsverslag van het medisch spreekuur toegezonden. Hieruit blijkt niet van een toezegging voor behandelingen van de gehele benen en de bovenarmen.
- 5.6. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.
6. De bevoegdheid van de commissie
- 6.1. Gelet op artikel 17 van de zorgverzekering en artikel 18 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 restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen 18 tot en met 18.23 van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 18.11 lid 2 onder d van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op behandelingen van plastisch-chirurgische aard bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"Op behandeling van plastisch-chirurgische aard bestaat slechts aanspraak op de vergoeding van kosten, indien 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; (...)

Deze zorg komt uitsluitend voor vergoeding in aanmerking als vooraf schriftelijk toestemming is gegeven door de zorgverzekeraar. Aanvragen voor behandelingen van plastisch chirurgische aard worden beoordeeld aan de hand van de "Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch chirurgische aard". (...)"

8.4. Artikel 2 lid 4 van de zorgverzekering luidt, voor zover hier van belang:

"De aanspraak op vergoeding van kosten van zorg als in deze 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."

8.5. De artikelen 2 lid 4 en 18.11 lid 2 onder d van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 lid 1 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.6. 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 verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit vergoeding van de kosten van 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.

- 8.8. Artikel 3.34 van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op plastische chirurgie en luidt, voor zover hier van belang:

"(...)

Uitgebreid: 100% flapoorcorrectie en behandelingen van plastisch chirurgische aard (...)

Voorwaarden:

- *Vergoeding voor flapoorcorrectie en behandelingen van plastisch chirurgische aard als u een aantoonbare lichamelijke functiestoornis heeft of als er sprake is van verminking.*
- *De behandeling wordt niet op uw zorgverzekering vergoed.*
- *U heeft vooraf onze toestemming nodig.*
- *Voor de beoordeling hebben wij nodig:*
 - *Een schriftelijke aanvraag van de uw behandelend specialist, inclusief foto's.*
 - *Uw schriftelijke verklaring van de klachten.*
 - *U wordt behandeld door een medisch specialist in een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum.*
- *We vergoeden geen:*
 - *Behandelingen waarbij de aanleiding voortvloeit uit persoonlijke behoefte, noodzaak of omstandigheid."*

- 8.9. Artikel 2 van de aanvullende ziektekostenverzekering luidt, voor zover hier van belang:

"Medische grondslag

De aanspraak op vergoeding van kosten op deze aanvullende verzekering wordt naar inhoud en omvang bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk. Als deze maatstaf er niet is, wordt dit bepaald door wat binnen het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. Er bestaat alleen recht op vergoeding als u redelijkerwijs bent aangewezen op de betreffende zorg. Dit wordt mede bepaald door doelmatigheid en kwaliteit. De zorg mag niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd zijn."

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Verzoekster maakt aanspraak op Pure Tumescence liposuctie van de boven- en onderbenen en bovenarmen. De ziektekostenverzekeraar heeft de aanvraag afgewezen op de grond dat liposuctie niet voldoet aan het criterium van stand van de wetenschap en praktijk als bedoeld in artikel 2 lid 4 van de zorgverzekering. Het geschil spitst zich dus toe op de vraag of liposuctie van de benen en armen bij lipoedeem aan dit criterium voldoet, en daarmee een verzekerde prestatie vormt in het kader van de zorgverzekering.
- 9.2. Bij de beantwoording van deze vraag sluit de commissie aan bij de in de medische wereld gangbare en internationaal aanvaarde werkwijze waarbij het oordeel omtrent de effectiviteit van medische interventies is gebaseerd op de beschikbare 'evidence' omtrent die interventie, 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 interventie bij de indicatie waarvoor de interventie 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 ziektekostenverzekeraars 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 interventie in binnen- en buitenland. In het kader van 'evidence-based medicine' geldt als uitgangspunt dat wetenschappelijk onderzoek van hoge kwaliteit – zoals een randomised controlled clinical trial (RCT) – in de afweging het zwaarst weegt.

Bij het zoeken en selecteren van informatie (stap 1) wordt gebruik gemaakt van zogenoemde PICOT-vragen om beargumenteerd te bepalen welke aspecten relevant zijn om de effectiviteit van de te beoordelen interventie vast te stellen. Aan de hand van de PICOT-vragen wordt in bibliografische databases gezocht naar relevante literatuur.

Bij de selectie en beoordeling van de gevonden literatuur (stap 2) wordt het niveau van de bewijskracht van de bevindingen vastgesteld en vindt een kritische analyse van de gevonden publicaties plaats. Hierbij wordt onder meer gekeken naar methodologische aspecten, belang van de resultaten, generaliseerbaarheid, en gebruikte onderzoeksmethodiek. Voor de beoordeling wordt - waar mogelijk – aangesloten bij recente internationale ontwikkelingen en wordt de zogenoemde GRADE-methode toegepast, waarbij GRADE staat voor 'Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation'. Een belangrijk kenmerk van de GRADE-methode is dat per uitkomstmaat de zogenoemde 'body of evidence' wordt bepaald en beoordeeld. Daarbij kan de kwaliteit van de 'body of evidence' waarin een RCT is opgenomen worden afgewaardeerd ('downgraden') respectievelijk die waarin een observationele studie is opgenomen worden opgewaardeerd ('upgraden'), afhankelijk van bepaalde, omschreven beoordelingsgronden. De GRADE-methode bevordert – meer dan voorheen de EBRO-methodiek – een systematische, integrale en transparante beoordeling van de literatuur. Hierbij kan worden aangetekend dat de GRADE-methode nog in ontwikkeling is en dat de toepasbaarheid per zorgvorm kan verschillen. Als derde en laatste stap dient te worden bepaald welke conclusie kan worden getrokken met betrekking tot de effectiviteit van de interventie, op basis van de beoordeelde literatuur. Daarbij gaat het om de Comparative Effectiveness dan wel Relative Effectiveness, oftewel de 'netto toevoeging' van de nieuwe interventie in vergelijking met de al bestaande zorg.

- 9.3. Een onderzoek, op basis van de hiervoor geformuleerde uitgangspunten, met betrekking tot Pure Tumescence liposuctie met gebruikmaking van vibrerende microcanules van de boven- en onderbenen en bovenarmen bij lipoedeem is door het Zorginstituut uitgevoerd, en de bevindingen hiervan zijn in het advies van 5 januari 2017 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 hiervan tot de hare.
- 9.4. Aangezien geen sprake is van een verzekerde prestatie op grond van de zorgverzekering, kan de vraag of verzoekster beschikt over een (verzekerings)indicatie voor de behandeling als bedoeld in artikel 18.11 lid 2 onder d van de zorgverzekering - hetzij in de vorm van verminking dan wel een aantoonbare lichamelijke functiestoornis - onbeantwoord blijven. Hetzelfde geldt voor de vraag naar de doelmatigheid. Het voorgaande leidt ertoe dat de aanvraag voor vergoeding van de kosten van Pure Tumescence liposuctie van de boven- en onderbenen en de bovenarmen ten laste van de zorgverzekering terecht door de ziektekostenverzekeraar is afgewezen.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.5. De aanvullende ziektekostenverzekering wordt geacht een aanvulling te zijn op de zorgverzekering. In artikel 2 van de aanvullende ziektekostenverzekering is het criterium stand van de wetenschap en praktijk opgenomen, maar dit is verder niet ingevuld. De commissie gaat daarom ervan uit dat wordt aangesloten bij de invulling volgens de zorgverzekering. Hiervoor is geconcludeerd dat onder de zorgverzekering niet is voldaan aan de stand van de wetenschap en praktijk, zodat geen recht bestaat op vergoeding vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering.



Conclusie

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



10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.



Zeist, 22 maart 2017,



J.A.M. Strens-Meulemeester

