

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B vs. C te D
Zaak	: Plastische chirurgie, liposuctie bovenbenen
Zaaknummer	: 2008.02885
Zittingsdatum	: 9 september 2009

Zaak: 2008.02885 (Plastische chirurgie, liposuctie bovenbenen)

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, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv)

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 26 november 2008 waarin de aanvraag voor een liposuctie aan beide bovenbenen wordt afgewezen.

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 ZorgVerzorgd-verzekering (hierna: de zorgverzekering). Dit betreft een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). De zorgverzekering is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. De behandelend plastisch-chirurg heeft bij verzoekster de volgende diagnose gesteld: "zeer forse lipodystrophische lymphangiomateuze zwellingen aan beide bovenbenen, met name aan de medio ventrale zijde van beide bovenbenen". Verder schrijft de plastisch-chirurg: "(...) Dermatologisch onderzoek liet ook veel toename van teleangiëctasiën zien aan de binnenzijde van beide bovenbenen. (...) Einddiagnose luidde: zeer fors lipoeedeem". Naar aanleiding van de gestelde diagnose is bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op "liposuctie beiderzijds aan de mediale zijde van de bovenbenen" ten laste van de zorgverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 26 november 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.3. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 5 december 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft ertoe geleid dat de ziektekostenverzekeraar besloten heeft de motivering van zijn beslissing te wijzigingen, doch zijn afwijzende standpunt te handhaven.
- 3.5. Bij brief van 16 februari 2009 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 (hierna: het verzoek).

- 3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 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.
- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief van 18 mei 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 3 juni 2009 aan verzoekster gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 4 juni 2009 schriftelijk meegedeeld telefonisch gehoord te willen worden.
- 3.9. Bij brief van 4 juni 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 25 juni 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 het uitvoeren van liposuctie van de (boven)benen bij lipoedeem geen zorg is conform de stand van de wetenschap en praktijk. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 21 juli 2009 aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 9 september 2009 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.11. Bij brief van 10 september 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 14 september 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 door de zwellingen aan haar bovenbenen erg belemmerd is in haar functioneren. Zij verklaart in een rolstoel te zitten en niet meer de bovenverdieping van haar huis te kunnen bereiken, waardoor douchen niet meer mogelijk is. Verzoekster is bang haar benen kwijt te raken.
- 4.2. Verder geeft verzoekster aan dat elastische therapeutische maatkousen onvoldoende resultaat geven omdat deze kousen de neiging hebben in te snoeren en daardoor geen goede drukverdeling geven.
- 4.3. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling het volgende aangevoerd. Zij heeft oedeem in haar benen en dat met name de binnenkant erg is opgezet. Verzoekster heeft gehoord dat andere ziektekostenverzekeraars deze kosten wel vergoeden. Zij

heeft intussen ook met de Minister van VWS gebeld; hij deelde haar mede dat het hier verzekerde zorg betreft, in tegenstelling tot behandelingen van de buik.

4.4. 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 tumescente liposuctie bij de indicatie zoals bij verzoekster gesteld, niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Liposuctie is volgens de ziektekostenverzekeraar bij deze aandoening geen verzekerde prestatie als bedoeld in de polisvoorwaarden en komt derhalve niet voor vergoeding in aanmerking.

5.2. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat het hier geen verzekerde prestatie betreft. Dat een behandeling plaatsvindt, betekent niet dat deze ook onder de dekking van de ziektekostenverzekering valt. Wellicht vergoeden andere verzekeraars deze kosten vanuit een aanvullende verzekering. Desgevraagd geeft de ziektekostenverzekeraar aan dat de term “tumescente” waarschijnlijk gebruikt te hebben, omdat deze ook in de jurisprudentie is gebruikt. Hierbij merkt de ziektekostenverzekeraar op dat volgens de medisch adviseur het voor de beoordeling van de aanvraag geen verschil maakt of het tumescente liposuctie betreft, dan wel liposuctie zonder meer.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

De commissie acht zich bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. De beoordeling van het geschil

7.1. In geschil is of verzoekster aanspraak kan maken op liposuctie van de beide bovenbenen ten laste van de zorgverzekering. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.

7.2. De zorgverzekering betreft, gezien onder meer artikel B2 daarvan, een natura-polis, met enkele restitutie-aanspraken. De aanspraak op plastische-chirurgie is geregeld in artikel B27 van de zorgverzekering. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

“B27 Plastische chirurgie

Plastische chirurgie is een chirurgisch specialisme waarin men zich richt op het uit functioneel (soms esthetisch) oogpunt aanpassen van het uiterlijk, bijvoorbeeld het herstellen van aangeboren of opgelopen verminkingen. Plastische chirurgie is zeer beperkt opgenomen in de Basisverzekering.

Welke zorg

U heeft recht op behandelingen van plastische chirurgische aard als het gaat om correctie van:

– afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen,

– verminkingen die gevolg zijn van een ziekte, ongeval of een geneeskundige verrichting, (...)”

Verder is in artikel B4 van de zorgverzekering geregeld:

“B4 Stand van de wetenschap en praktijk

Veel vormen van zorg zijn in de wet niet gedetailleerd omschreven maar zijn aangeduid als zorg zoals de desbetreffende beroepsgroepen ‘plegen te bieden’. Daarmee wordt de soort zorg aangegeven. Omdat vaak een gedetailleerde omschrijving ontbreekt, geldt er een algemene regel. Die regel houdt in dat de verzekerde zorg mede wordt bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk. Dat betekent dat u verzekerd bent voor die zorg die de betrokken beroepsgroep tot het aanvaarde arsenaal van medische onderzoeks- en behandelingsmethoden rekent. (...)”

- 7.3. De zorgverzekering is gebaseerd op de Zvw, het Besluit zorgverzekering (verder: Bzv) met de daarbij behorende Regeling zorgverzekering (verder: Rzv). Ingevolge artikel 1 sub d van de Zvw mag een zorgverzekering – samengevat – niet “meer of minder” bieden dan bij of krachtens de wet is geregeld. Verder bepaalt artikel B1 van de zorgverzekering:

“B1 Uw Basisverzekering

De overheid stelt het verzekerde pakket van de Basisverzekering vast. De Zorgverzekeringswet en de daarbij horende regelgeving, schrijft voor waarvoor u verzekerd moet zijn. Elke zorgverzekerder moet zich strikt aan de wet houden. In deze verzekeringsvoorwaarden hebben wij zo duidelijk mogelijk aangegeven waarvoor u verzekerd bent. Als er iets in deze verzekeringsvoorwaarden onverhoopt niet helemaal overeenkomt met de wettelijke regeling, dan geldt voor u wat in die wettelijke regeling staat.”

terwijl artikel B6 bepaalt:

“B6 Verzekeringsreglement

In de voorwaarden wordt verwezen naar het Verzekeringsreglement, het Besluit zorgverzekering of de Regeling zorgverzekering. Deze maken onderdeel uit van deze verzekeringsvoorwaarden. Het Verzekeringsreglement kunt u downloaden op onze website. U kunt hem ook opvragen bij onze Klantenservice [telefoonnummer].”

- 7.4. De in de zorgverzekering opgenomen regeling voor plastische chirurgie strookt met de geest van de artikelen 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv en 2.1 Rzv.
- 7.5. Allereerst dient de vraag beantwoord te worden of liposuctie van de bovenbenen bij lipoedeem, beoordeeld naar de internationale stand van de wetenschap en praktijk, heeft te gelden als een verzekerde prestatie op basis van de zorgverzekering, dit mede gezien het feit dat de ziektekostenverzekerder zulks heeft bestreden.
- 7.6. 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 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 liposuctie van beide bovenbenen aan de mediale zijde bij lipoedeem is door het CVZ in zijn advies van 25 juni 2009 uitgevoerd. De daarbij door het CVZ getrokken conclusie, te weten dat de gevraagde behandeling niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is, zodat het gevraagde niet kan worden beschouwd als verzekerde zorg in de zin van de zorgverzekering, neemt de commissie over en maakt zij tot de hare.
- 7.9. Het voorgaande leidt tot de conclusie dat de aangevraagde behandeling niet conform de stand van de wetenschap en de praktijk is als bedoeld in artikel B4 van de zorgverzekering. Het verzoek dient daarom te worden afgewezen.
- 7.10. Tijdens de hoorzitting heeft verzoekster aangevoerd dat andere ziektekostenverzekeraars deze kosten wel vergoeden. De commissie is van oordeel dat dit is aan te merken als een beroep op het gelijkheidsbeginsel. Dit beroep op het gelijkheidsbeginsel kan echter niet slagen. Zorgverzekeraars dienen op basis van de polisvoorwaarden te toetsen of een verzekerde in aanmerking komt voor (vergoeding van) zorg of overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Alle zorgverzekeraars in Nederland zijn voor wat betreft de inhoud van de zorgverzekering gebonden aan dezelfde wet- en regelgeving. Zij mogen niet meer of minder bieden dan de regelgeving hen toestaat. Zulks brengt met zich dat een zorgverzekeraar niet gehouden is over te gaan tot vergoeding of verstrekking van zorg als de polisvoorwaarden van de zorgverzekering daarvoor geen dekking bieden, ook niet als andere zorgverzekeraars dat - om welke reden ook - wel doen. Slechts indien een zorgverzekeraar een beleid voert waarbij meer wordt vergoed of verstrekt dan volgens de regelgeving inzake de zorgverzeke-

ring is toegestaan kan een verzekerde van die zorgverzekeraar op dat beleid een beroep doen. Aangezien verzoekster zich slechts beroept op het beleid van een andere zorgverzekeraar, kan haar dat - zo al van een dergelijk beleid aldaar sprake is - niet baten.

8. Het bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 23 september 2009,

Voorzitter