

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C te D
Zaak : Geneeskundige zorg, lymfosuctie
Zaaknummer : 2011.01125
Zittingsdatum : 11 januari 2012

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoekster,

tegen

C te D hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam zorgverzekeraar] Zorg-op-maatpolis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Genoemde verzekering is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster heeft bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van lymfosuctie van haar been, uit te voeren te Leuven (België) (hierna: de aanspraak). Bij brief van 4 maart 2011 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 28 april 2011 heeft de zorgverzekeraar 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 zorgverzekeraar.
- 3.4. Bij brief van 14 september 2011 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 37,- voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar 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 zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 7 november 2011 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 8 november 2011 aan verzoekster ge-

zonden.

3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 14 november 2011 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden. De zorgverzekeraar heeft op 23 november 2011 schriftelijk medegedeeld eveneens niet te willen worden gehoord.

3.8. Bij brief van 8 november 2011 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 29 november 2011 heeft het CVZ (zaaknummer 2011116722) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat lymfosuctie volgens Brorson geen behandeling is conform de stand van de wetenschap en praktijk. Derhalve is geen sprake van verzekerde geneeskundige zorg.

Een afschrift van het CVZ-advies is op 30 november 2011 aan partijen gezonden. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren. Van de geboden mogelijkheid hebben partijen geen gebruik gemaakt.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

4.1. De behandelend chirurg heeft bij verzoekster het volgende vastgesteld: *“Patiënte heeft een lymfoedeem linkerbeen waarvoor zij is behandeld dmv het aanleggen van een lymfoveneuze anastomose. Hierdoor is de toestand gestabiliseerd, maar er blijft nog heel wat subcutane fibrose over, welke niet over de shunten kunnen worden afgevoerd”*, en verzocht om: *“(…) een lymfosuctie volgens Brorson (..)”*.

4.2. Op 6 september 2011 heeft de behandeling waarop verzoekster aanspraak maakt, overeenkomstig de wijze zoals in de aanvraag vermeld, plaatsgevonden.

4.3. Verzoekster stelt dat zij vanaf de leeftijd van 21 jaar een dik been heeft. Door het plaatsen van shunts en twee reducties door middel van lymfosuctie is haar been slanker geworden. De vorm van haar been was weer zichtbaar, zij kon weer lopen en zij kon haar knie weer buigen. Verzoekster stelt dat het oedeem tot nu toe onder controle was door middel van therapie en het dragen van een kous. Thans is echter sprake van overtollig weefsel en het vasthouden van vocht in haar been. Dit is niet te verhelpen door middel van therapie. Het is voor haar lastig kleding te dragen, aangezien deze niet goed past. Bovendien schaamt zij zich voor haar dikke been. Verzoekster voert aan dat haar been door de behandeling beter er uit zal zien, en dat de situatie voor haar meer leefbaar wordt. Voorts stelt verzoekster dat de behandeling zeer doeltreffend is. Deze levert goede resultaten op, zoals in andere landen is gebleken. Tot slot brengt verzoekster in dat de behandeling dertien jaar geleden wel is vergoed.

4.4. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

5.1. De zorgverzekeraar stelt dat de behandeling niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, zodat deze niet voor vergoeding in aanmerking komt. Of sprake is van een gecontracteerde zorgverlener is niet relevant. De zorgverzekeraar verwijst ter onderbouwing van zijn standpunt naar een advies van het CVZ van 23 april 2007.

5.2. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. De commissie is 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 zorgverzekeraar is gehouden de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering.

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. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 18 tot en met 42 van de zorgverzekering. Artikel 20.1 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

“U hebt recht op een opname in de laagste klasse van een ziekenhuis (instelling voor medisch-specialistische zorg) voor maximaal 365 dagen. U hebt hierbij ook recht op de medisch-specialistische behandeling, het verblijf, de verpleging en de verzorging. Ook hebt u tijdens de periode van opname recht op de paramedische zorg (bijvoorbeeld fysiotherapie, oefentherapie, ergotherapie, logopedie of dieetadvisering), de geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen.(...)”

Artikel 18.1 van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

“(...)”

Als u in Nederland woont, hebt u recht op:

- a. verzekerde zorg in het buitenland door een zorgaanbieder of zorginstelling met wie wij een overeenkomst hebben gesloten;*
- b. vergoeding van kosten van verzekerde zorg door een zorgverlener of zorginstelling met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten.*

U krijgt dezelfde vergoeding als wanneer u in Nederland naar een zorgverlener of zorginstelling zou zijn gegaan met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten.(...)”

Artikel 2.5 van de zorgverzekering bepaalt dat de inhoud en omvang van de zorg wordt bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk of door wat in het

betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

- 8.3. De artikelen 2.5, 18.1 en 20.1 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2.1 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.4. 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. Medisch-specialistische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv. Artikel 2.1 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 en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
- 8.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.

9. Beoordeling van het geschil

- 9.1. Mede gelet op het door de zorgverzekeraar ingenomen standpunt, is de vraag of lymfosuctie bij lymfoedeem van het been 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 wille-

keurige 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. Het CVZ heeft in zijn advies van 29 november 2011 een onderzoek naar dergelijke kwalitatieve onderzoeken met betrekking tot lymfosuctie bij lymfoedeem aan het been uitgevoerd. De conclusie hiervan is dat lymfosuctie volgens Brorson geen behandeling is conform de stand van de wetenschap en praktijk en dat derhalve geen sprake is van verzekerde geneeskundige zorg. De commissie neemt deze conclusie over en maakt deze tot de hare.

Conclusie

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

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 11 januari 2012,

Voorzitter