

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C te D
Zaak : Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, fysiotherapie, endermologie
Zaaknummer : 2009.01568
Zittingsdatum : 24 maart 2010

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2009, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2009)

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 28 mei 2009 behandelingen “endermologie” (hierna: de aanspraak) af te wijzen.

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 het [naam ziektekostenverzekeraar] Basispakket, variant Natura (hierna: de zorgverzekering), wat een verzekering is als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Basisaanvullende regeling en Regeling aanvullende vergoedingen, pakket afgesloten (hierna gezamenlijk te noemen: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. Bij brief van 28 mei 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.3. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 6 juli 2009 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 15 november 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 dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (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 stuk-

ken gevoegd.

- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief van 11 februari 2010 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 16 februari 2010 aan verzoekster gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 18 februari 2010 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.9. Bij brief van 16 februari 2010 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 9 maart 2010 heeft het CVZ (zaaknummer 2010026015) 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 toepassen van endermologie ter voorkoming van kapselvorming na het plaatsen van borstprothesen niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is, en daarmee geen verzekerde prestatie. Een afschrift van het CVZ-advies is op 16 maart 2010 aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 24 maart 2010 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.11. Bij brief van 16 februari 2010 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. Bij brief van 14 mei 2010 heeft het CVZ aan de commissie zijn definitieve advies uitgebracht. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op het advies te reageren, maar hebben hiervan geen gebruik gemaakt.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. De behandelend plastisch chirurg heeft bij verzoekster de volgende diagnose gesteld: "Baker II kapselvorming bij oude siliconen, borstimplanten vanwege aplasie".
- 4.2. Verzoekster stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat bij haar na enkele operaties aan de borst kapselvorming is ontstaan. Zij heeft daarom bij de ziektekostenverzekeraar na de jongste behandeling aanspraak gemaakt op een nabehandeling, bestaande uit behandelingen "endermologie". Deze nabehandeling bestaat uit een mechanische gymnastiek op de huid en het onderliggende weefsel, aldus verzoekster. Het voorkomt misvorming door kapselvorming en de daarmee gepaard gaande pijnklachten. De resultaten van de reeds ondergane behandelingen endermologie zijn zeer positief en volgens verzoekster bij haar noodzakelijk. De linkerborst blijft zacht en de behandeling vindt nog eenmaal per twee maanden plaats. Aan de rechterborst kampte verzoekster met een ontsteking. De wond moet daar eerst tot rust komen voordat een nieuwe prothese kan worden geplaatst. Verzoekster is ermee bekend dat de verzekeringsvoorwaarden geen dekking bieden voor de nabehandeling. Daarom doet zij een beroep op coulance.
- 4.3. Ter zitting is door verzoekster aangevoerd dat zij vanaf haar 20^e tien borstcorrecties heeft ondergaan. Met de behandelingen endermologie blijven de littekens zacht en

treedt geen kapselvorming op. Na 32 jaar is er eindelijk een positief resultaat. In het begin werd zij twee keer per week behandeld, nu nog maar eens per acht tot twaalf weken.

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 ziektekostenverzekeraar stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat de door verzoekster ondergane behandelingen geen verzekerde prestatie vormen ingevolge de zorgverzekering. De toepasselijke wet- en regelgeving biedt niet de mogelijkheid een behandeling die niet in de verzekeringsvoorwaarden is opgenomen uit een oogpunt van kostenbesparing te vergoeden. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt eveneens geen dekking voor deze behandelingen.

5.2. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat de behandelingen niet conform de stand van de wetenschap en praktijk zijn. Daarom bestaat geen dekking onder de zorgverzekering. De aanvullende ziektekostenverzekering kent evenmin dekking, nu het niet gaat om plastische chirurgie of huidbehandelingen.

5.3. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag terecht is 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 ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten verbonden aan behandelingen “endermologie” aan verzoekster te vergoeden, 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 (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 12 tot en met 36 van de zorgverzekering.
Artikel 19 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op plastische chirurgie bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“Omschrijving:

geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 14 (Medisch specialistische zorg) omvat behandeling van plastisch-chirurgische aard, uitsluitend als deze strekt ter correctie van:

1. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;
2. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, een ongeval of een geneeskundige verandering;
3. (...)”

Artikel 11.4 van de zorgverzekering regelt de hoogte van de vergoeding indien wordt gekozen voor een niet door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder. Het artikel luidt, voor zover hier van belang:

“als de verzekerde gebruik maakt van zorgaanbieders met wie [de ziektekostenverzekeraar] geen overeenkomst heeft gesloten, dan bestaat recht op vergoeding van de kosten van zorg tot ten hoogste 80% van de gemiddelde tarieven voor 2009, zoals deze voor de betreffende vormen van zorg zijn overeengekomen tussen [de ziektekostenverzekeraar] en de betreffende zorgaanbieders. (...)

Uitzondering:

de kosten van de volgende vormen van zorg worden vergoed tot ten hoogste 100% van de gemiddelde tarieven 2009, zoals deze voor de desbetreffende vormen van zorg zijn overeengekomen tussen [de ziektekostenverzekeraar] en de betreffende zorgaanbieders:

(...)

- *Medisch specialistische zorg (artikel 14 tot en met 20) die geleverd wordt door een medisch specialist die verbonden is aan een ziekenhuis, en het eventueel medisch noodzakelijk verblijf (artikel 34);*

(...)”

- 8.3. Artikel 19 van de zorgverzekering is 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. Plastische chirurgie is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.1 Rzv. Artikel 13 Zvw regelt de aanspraak op zorg indien wordt gekozen voor een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverlener.
- 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

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. De vraag is of endermologie bij kapselvorming voldoet aan de stand van de wetenschap en de 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: bewijsvoe-

ring) 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 behandelingen endermologie is door het CVZ in zijn advies van 9 maart 2010 uitgevoerd en de conclusie daarvan, namelijk dat endermologie ter voorkoming van kapselvorming na het plaatsen van borstprothesen niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is, neemt de commissie over en maakt zij tot de hare.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.5. De commissie is gebleken dat de aanvullende ziektekostenverzekering geen dekking biedt voor de onderhavige behandelingen, zodat deze geen bespreking behoeft.

Coulance

- 9.6. Verzoekster stelt ten slotte dat de ziektekostenverzekeraar de aanspraak moet toewijzen op basis van coulance, inhoudende dat tegemoet moet worden gekomen aan een zich in het onderhavige geval voordoende onbillijkheid van overwegende aard. Dit beroep faalt echter. Toepassing van coulance is een beleidsbeslissing tot vergoeding anders dan op basis van de zorgverzekering en is als zodanig voorbehouden aan de ziektekostenverzekeraar. Een beroep daarop kan dan ook niet met vrucht aan de commissie worden voorgelegd, ook niet voor zover deze een beroep op onbillijkheid van de regelgeving impliceert. Het is de commissie immers niet toegestaan de innerlijke waarde van de regelgeving op dit punt te beoordelen. Een wijziging van deze regeling kan slechts de wetgever bewerkstelligen. Ook in zoverre dient het verzoek te worden afgewezen.

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, 9 juni 2010,

Voorzitter