



Partijen : A te B vertegenwoordigd door C te D, tegen OWM Centrale Zorgverzekeraars groep  
Zorgverzekeraar U.A. en OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering  
Zorgverzekeraar U.A. beide te Tilburg

Zaak : EU/EER, België, medisch-specialistische zorg, plastische chirurgie, liposuctie bij lipodeem,  
stand van de wetenschap en praktijk

Zaaknummer : 201701495

Zittingsdatum : 9 mei 2018



Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester, mr. L. Ritzema)

(Voorwaarden zorgverzekering 2016, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2016, artikel 20 Vo. nr. 883/2004)

---

1. Partijen

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

tegen

- 1) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A., en
  - 2) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar U.A., beide te Tilburg,
- 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 verzekering CZdirect (natura direct) (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 CZdirect Basic afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De eveneens afgesloten aanvullende verzekering Tand 1 is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op liposuctie ter hoogte van de heupen in verband met lipoedeem, uit te voeren te Brugge (België) (hierna: de aanspraak). Bij brief van 22 november 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 9 januari 2017 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 7 januari 2018 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 14 maart 2018 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 15 maart 2018 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar hebben op respectievelijk 23 en 28 maart 2018 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 15 maart 2018 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 13 april 2018 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2018012984) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat liposuctie bij lipoedeem niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en om die reden geen verzekerde zorg is. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 18 april 2018 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 9 mei 2018 gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.10. Verzoekster heeft kort voor de hoorzitting aanvullende informatie gestuurd. Een afschrift hiervan is bij brief van 15 mei 2018 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden, waarbij hij in de gelegenheid is gesteld hierop schriftelijk te reageren. Van deze mogelijkheid heeft de ziektekostenverzekeraar op 18 mei 2018 gebruik gemaakt. Een afschrift van de brief van de ziektekostenverzekeraar is ter kennisname aan verzoekster gestuurd.
- 3.11. Bij brief van 22 mei 2018 heeft de commissie het Zorginstituut afschriften gestuurd van de aantekeningen van de hoorzitting en de nagekomen stukken gezonden met het verzoek mede te delen of deze aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. Tevens zijn aan het Zorginstituut vragen voorgelegd over de door verschillende beroepsverenigingen gehanteerde richtlijn. Bij brief van 15 juni 2018 heeft het Zorginstituut aan de commissie het definitief advies uitgebracht. Een afschrift van dit advies is op 15 juni 2018 aan partijen gezonden. Zij zijn hierbij in de gelegenheid gesteld binnen tien dagen op het definitief advies te reageren. Verzoekster heeft op 4 juli 2018 op het definitief advies gereageerd. Een afschrift van deze is ter kennisname aan de wederpartij gestuurd.

#### 4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Door de behandelend arts is op 9 november 2016 met betrekking tot verzoekster het volgende verklaard: *"In voorgeschiedenis van patiënte weerhouden we een lipoedeem voornamelijk thv. de dijen waarvoor in 2015 een liposuctiebehandeling. (...) Jammer genoeg recidief van het lipoedeem, welke zich fors manifesteert thv. de dijen. Progressieve toename over het voorbije jaar, met voornamelijk verergering van de klachten van pijn en zwaarte thv. de onderste ledematen. Vroegere behandeling met liposuctie kon een debulking teweegbrengen, welke een goed resultaat gaf van zowel objectieve afmetingen, alsook van de pijnklachten. Het recidief kan terug met liposuctie behandeld worden. Wel zal dit mijns inziens, gezien vrij snel recidief, best aangevuld worden met blijvende en intensieve oedeem behandeling (massage, compressiekledij) om zo langdurige intervallen te bereiken."*
- 4.2. Uit de aanvullende verklaring van de behandelend arts van 30 december 2016 volgt dat verzoekster door de liposuctiebehandeling langere tijd klachtenvrij is geweest. Verzoekster ondervond geen gespannen gevoel, warmtestraling en pijn meer. Deze klachten zijn nu teruggekomen. Gezien het succesvolle resultaat van de liposuctiebehandeling in het verleden, waarbij een duidelijke verbetering optrad van de subjectieve klachten, lijkt ook ditmaal liposuctie de aangewezen

behandeling. Voorts geldt dat lipoedeem een aandoening is, waarvoor geen curatieve behandeling bestaat, doch enkel een symptomatische behandeling, waarbij liposuctie de meest doeltreffende is.

- 4.3. De aanvraag is door de ziektekostenverzekeraar afgewezen, omdat de behandeling niet zou voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Verzoekster heeft dit betwist en in dit kader gewezen op de wetenschappelijke artikelen 'Liposuction in the Treatment of Lipedema: A Longitudinal Study' en 'S1 guidelines: Lipedema', beide gepubliceerd in juli 2017. De ziektekostenverzekeraar heeft geen blijk ervan gegeven dat hij deze artikelen heeft gebruikt bij de beoordeling of de behandeling voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk.
- 4.4. Voorts volgt uit de brief van 12 oktober 2017 van de ziektekostenverzekeraar dat hij bij de beoordeling of de aangevraagde behandeling voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, gebruik heeft gemaakt van het rapport 'Beoordeling stand van de wetenschap en praktijk' van Zorginstituut Nederland, gepubliceerd in januari 2015. Op welke wijze de beoordeling precies heeft plaatsgevonden, is echter niet duidelijk. Ook is niet weergegeven op welke wijze, met welke zoektermen en in welke talen in 'Pubmed' is gezocht. Dit is in strijd met het motiveringsbeginsel en een ontoelaatbaar zorgvuldigheidsgebrek.
- 4.5. Verder wijst verzoekster op het bindend advies van de Geschillencommissie Zorgverzekeringen van 6 juli 2015 (SKGZ201501395), waarin de commissie het verzoek om vergoeding van liposuctie bij lipoedeem heeft toegewezen. Net als in die kwestie is liposuctie voor verzoekster de enige effectieve behandeling. Ook wijst verzoekster op het bindend advies van 22 maart 2017 (SKGZ201600841). Op het punt van de afwijzing is dit laatste bindend advies niet vergelijkbaar, omdat het ging om een vervolgbehandeling. De twee daaraan voorafgaande behandelingen zijn echter wél vergoed en in die zin wordt een beroep gedaan op dit advies voor zover het de vergelijkbaarheid en toewijzing betreft.
- 4.6. Direct voorafgaand aan de hoorzitting zijn door verzoekster (wetenschappelijke) artikelen overgelegd met betrekking tot liposuctie bij lipoedeem. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat een individuele zorgvuldigheidstoets had moeten plaatsvinden. Zij is echter niet gezien door de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar. Verzoekster heeft verder benadrukt dat de onderhavige behandeling de enige manier is om haar klachten weg te nemen en daarbij de meest effectieve behandeling hiervan vormt. Voorts heeft verzoekers gesteld dat niet enkel moet worden gekeken naar de stand van de wetenschap en praktijk. In dit kader wijst zij erop dat de onderhavige behandeling in de internationale kring van beroepsbeoefenaars gebruikelijk is. Ook dit moet worden meegenomen in de beoordeling.
- 4.7. Bij brief van 4 juli 2018 heeft verzoekster gereageerd op het definitief advies van het Zorginstituut. Zij heeft ter aanvulling aangevoerd dat de gevraagde behandeling dient te worden uitgevoerd om puur medisch noodzakelijke redenen. Het is voor haar het verschil tussen kunnen lopen of in een rolstoel terecht komen. Ook het verschil tussen veel pijn en bijna pijnvrij. Daarnaast het verschil tussen wel of niet meer kunnen traplopen, fietsen en lang staan. Tevens het verschil tussen niet meer of nog wel op vakantie kunnen en het verschil tussen geen of heel veel psychische klachten. Verzoekster heeft verder aangevoerd dat de gevraagde behandeling er bovendien toe zal leiden dat in de toekomst andere noodzakelijke zorg niet voor rekening hoeft te komen van de ziektekostenverzekeraar. Tevens heeft de behandelend arts verklaard dat de gevraagde behandeling tegenwoordig een gebruikelijke behandeling is. Zoals dat zo vaak het geval is, bestaat ook over deze behandelmethode onder wetenschappers verschil van mening. Dit betekent echter niet dat de behandelmethode wetenschappelijk niet aanvaard is.
- 4.8. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. Het is aan een medisch specialist te beoordelen of een verzekerde voor een bepaalde behandeling in aanmerking komt (medische indicatie) en aan de ziektekostenverzekeraar te beoordelen of de behandeling ook moet worden vergoed (verzekeringsindicatie). In verband hiermee kunnen bepaalde klachten tot een medische indicatie leiden, maar geen verzekeringsindicatie opleveren. Zo ook in de situatie van verzoekster.
- 5.2. Op grond van artikel B.4.5. van de zorgverzekering bestaat aanspraak op een behandeling van plastisch-chirurgische aard, waartoe liposuctie bij lipoedeem moet worden gerekend, indien sprake is van verminking of een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. Ingevolge artikel A.3.2. van de zorgverzekering bestaat enkel aanspraak op zorg, indien een verzekerde hierop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen en de aangevraagde behandeling voldoet aan het criterium 'stand van de wetenschap en praktijk'. Dit betekent dat er voldoende wetenschappelijk bewijs moet zijn dat de behandeling op de lange termijn veilig en effectief is.
- 5.3. Om te kunnen spreken van zorg die voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, moeten er minstens enkele relevante wetenschappelijke publicaties met consistente (objectieve) resultaten van een grotere groep patiënten aanwezig zijn. Teneinde dit te onderzoeken is 'Pubmed' geraadpleegd en is gezocht naar alle internationale clinical trials en 'Randomized Controlled Trials' (RCT's). Een en ander conform het rapport 'Beoordeling stand van de wetenschap en praktijk' van Zorginstituut Nederland. Op 'Pubmed' zijn in de periode van maart 2017 tot oktober 2017 geen publicaties gevonden waaruit blijkt dat liposuctie bij lipoedeem inmiddels voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Met name de doelmatigheid van de behandeling blijft onvoldoende onderbouwd.  
De publicaties die door verzoekster zijn ingebracht, zijn niet van een dermate hoge wetenschappelijk kwaliteit dat deze tot een ander standpunt kunnen leiden.
- 5.4. Zorginstituut Nederland heeft op 9 maart 2007 vastgesteld dat liposuctie bij lipoedeem niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en derhalve geen verzekerde prestatie is. Sindsdien zijn geen publicaties van niveau verschenen die tot een andere conclusie leiden. Ook de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) heeft recent nog meerdere malen geoordeeld dat liposuctie bij lipoedeem niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk.
- 5.5. In het bindend advies van de commissie van 6 juli 2015, dat door verzoekster is aangehaald, is het advies van het Zorginstituut terzijde geschoven, omdat het Zorginstituut enkel had gezocht op publicaties in het Engels en Nederlands, terwijl moet worden getoetst aan de internationale stand van de wetenschap en praktijk. Hierop volgend zijn meerdere bindende adviezen uitgebracht, waarbij door het Zorginstituut op de juiste wijze aan de (internationale) stand van de wetenschap en praktijk was getoetst en waarin de commissie het advies van het Zorginstituut, dat liposuctie bij lipoedeem niet aan de stand van de wetenschap en praktijk voldoet, wél heeft overgenomen (GcZ, bindend advies van 14 december 2016, SKGZ201600711; GcZ, bindend advies van 21 december 2016, SKGZ201600881; GcZ, bindend advies van 22 maart 2017, SKGZ201600841).
- 5.6. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat als de behandeling al zou voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk, er alsnog geen verzekeringsindicatie is. Evenwel wordt tevens de doelmatigheid van de behandeling in twijfel getrokken, omdat de ingreep eerder is uitgevoerd en de aandoening hierna is teruggekomen. Verder voert de ziektekostenverzekeraar aan dat verzoekster niet is uitgenodigd op het spreekuur van zijn medisch adviseur, omdat reeds vast stond dat de behandeling niet voldeed aan de stand van de wetenschap en praktijk.
- 5.7. Bij brief van 18 mei 2018 is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat de door verzoekster aangedragen publicaties van een zeer matige tot slechte kwaliteit zijn, terwijl voorts niet

wordt ingegaan op de doelmatigheid. Daarnaast is door verzoekster verwezen naar artikelen die zijn gepubliceerd op de websites van verschillende zorgaanbieders. Dit betreft geen wetenschappelijke literatuur. Daarbij dient te worden opgemerkt dat op de betreffende websites is vermeld dat de ingreep niet voor vergoeding in aanmerking komt ten laste van de zorgverzekering en "de behandeling nog niet een binnen de beroepsgroep algemeen geaccepteerde behandelmethode betreft".

5.8. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel A.22. van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekeringen 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 naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op zorg van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen B.1. tot en met B.26. van de zorgverzekering.

8.3. Artikel B.4.5. van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op een behandeling van plastisch-chirurgische aard bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

**"B.4.5. Plastische chirurgie met of zonder opname**

**Zorg: waar hebt u recht op?**

*De zorg omvat behandelingen van plastisch-chirurgische aard volgens de standaard van plastisch chirurgen. Het kan gaan om zorg met of zonder opname. Het gaat om correcties van:*

*- afwijkingen in uw uiterlijk die aantoonbare lichamelijke functiestoornissen veroorzaken.*

*Het gaat hierbij om lichamelijke klachten waarvan door onderzoek is vastgesteld (objectief) dat ze zijn ontstaan door de te corrigeren lichamelijke afwijking. Een voorbeeld hiervan is: onbehandelbare, continue aanwezige smetplekken in de huidplooi bij een forse overhang van de buik.*

*- verminkingen die zijn ontstaan door ziekte, een ongeval of een geneeskundige verrichting (bijvoorbeeld een operatie). Hiervan is sprake als het gaat om een ernstige misvorming die in het dagelijkse leven meteen opvalt, bijvoorbeeld: misvorming door brandwonden en geamputeerde (afgezette) benen, armen of borsten; (...)"*

8.4. Artikel A.3. van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering bepaalt de inhoud en omvang van de zorgverzekering en luidt, voor zover hier van belang:

"(...)



### **A.3.2. Inhoud en omvang van zorg**

*De inhoud van uw zorgverzekering wordt bepaald door de overheid. Wij bepalen de inhoud van de ziektekostenverzekering en de aanvullende verzekeringen. In deze verzekeringsvoorwaarden staat op welke dekking u recht hebt. Deze dekking omvat zorg die voldoet aan de volgende eisen:*

*- de inhoud en omvang van zorg worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk of door wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten; en  
- het is zorg zoals zorgverleners van de betreffende beroepsgroep die naar hun standaarden en normen plegen te bieden en als aanvaarde zorg beschouwen; en  
(...)*

*- u bent - gelet op uw indicatie - naar inhoud en omvang redelijkerwijs aangewezen op die zorg. De te verlenen zorg moet doelmatig zijn.*

#### *Toelichting:*

*Er moet genoeg (goed) bewijs zijn waaruit duidelijk wordt dat de zorg (op de lange termijn) goed en veilig is. Wij kijken hierbij naar alle wetenschappelijke informatie die er is.*

*Ook moet sprake zijn van doelmatige zorg. Dit wil zeggen dat het moet gaan om de adequate zorg in uw situatie. Er moet bijvoorbeeld een indicatie voor de zorg zijn en het mag geen onnodig dure zorg zijn. Te dure zorg in uw situatie is dus geen adequate zorg. Die zorg valt dus niet onder uw verzekering. Ook niet als u een deel zelf bijbetaalt. (...)"*

- 8.5. De artikelen A.3.2. en B.4.5. van de zorgverzekering zijn volgens artikel A.2.4 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.6. Artikel 11, eerste lid, Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft. Degene die is verzekerd op basis van een zuivere restitutiepolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten. Degene die is verzekerd op grond van een naturapolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit de zorg of overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Naast zuivere restitutiepolissen en naturapolissen bestaan er combinatiepolissen, waarbij de invulling van de zorgplicht per dekkingsrubriek verschilt. Verzekerden op basis van een zuivere restitutiepolis hebben, op grond van artikel 2.2, tweede lid, onder b, Bzv aanspraak op vergoeding van de betreffende kosten, tenzij deze hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden passend is te achten. Voor de naturapolissen en combinatiepolissen stelt de zorgverzekeraar, overeenkomstig artikel 13, eerste en tweede lid, Zvw, de vergoeding vast in het geval de verzekerde gebruik maakt van een niet door de zorgverzekeraar voor die zorg of dienst gecontracteerde aanbieder, en deze neemt hij op in zijn verzekeringsvoorwaarden. Hierbij houdt de zorgverzekeraar rekening met eventueel van toepassing zijnde eigen bijdragen. Plastische chirurgie is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.1 Rzv. Artikel 2.1, tweede lid, Bzv regelt dat de inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten mede wordt bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij het 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 20 Vo. nr. 883/2004 luidt, voor zover hier van belang:

*"1. Tenzij in deze verordening anders is bepaald, moet een verzekerde die naar een andere lidstaat reist met het oogmerk gedurende zijn verblijf verstrekkingen te ontvangen, daarvoor toestemming van het bevoegde orgaan vragen.*

*2. Een verzekerde die van het bevoegde orgaan toestemming heeft gekregen om zich naar een andere lidstaat te begeven met het oogmerk om daar een voor zijn gezondheidstoestand passende behandeling te ondergaan, heeft recht op verstrekkingen die voor rekening van het bevoegde orgaan worden verleend door het orgaan van de verblijfplaats, volgens de door dit orgaan toegepaste wetgeving, alsof hij krachtens die wetgeving verzekerd was. De toestemming mag niet worden geweigerd wanneer de desbetreffende behandeling behoort tot de prestaties waarin de wetgeving van de lidstaat waar betrokkene woont, voorziet, en die behandeling hem, gelet op zijn gezondheidstoestand van dat moment en het te verwachten ziekteverloop, in laatstbedoelde lidstaat niet kan worden gegeven binnen een termijn die medisch verantwoord is. (...)"*

9. Beoordeling van het geschil

### **Ten aanzien van de zorgverzekering**

9.1. Verzoekster maakt aanspraak op liposuctie in verband met lipoedeem ter hoogte van de heupen en is naar een andere EU-lidstaat, te weten België, gegaan met het doel deze zorg te verkrijgen. Derhalve is sprake van planbare zorg. Op deze situatie ziet artikel 20 van Vo. nr. 883/2004. Verzoekster heeft voorafgaand aan de behandeling de ziektekostenverzekeraar om toestemming gevraagd. De ziektekostenverzekeraar heeft tijdig aan verzoekster medegedeeld dat het hier geen verzekerde zorg betreft, omdat de zorg niet voldoet aan het criterium 'stand van de wetenschap en praktijk' zodat noch op grond van de verordening, noch op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering hierop aanspraak bestaat. Het geschil spitst zich toe op de vraag of de ziektekostenverzekeraar terecht tot dit oordeel is gekomen.

9.2. Bij de beantwoording van deze vraag of een behandeling voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk 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 is 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 (dit staat voor: Patient, Intervention, Comparison, Outcome, Time) 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 liposuctie van de heupen bij lipoedeem is door het Zorginstituut uitgevoerd en de bevindingen hiervan zijn in het advies van 13 april 2018 verwoord. Tevens is daarbij ingegaan op de door verzoekster genoemde richtlijn. 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. Geadviseerd wordt daarom tot afwijzing van het verzoek. De commissie neemt de conclusies van het Zorginstituut over en maakt deze tot de hare. Dit betekent dat de gevraagde toestemming op grond van de verordening terecht is geweigerd en dat voorts op basis van de zorgverzekering geen aanspraak op vergoeding bestaat.
- 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 B.4.5. van de zorgverzekering - hetzij in de vorm van verminking dan wel een aantoonbare lichamelijke functiestoornis - onbeantwoord blijven.
- 9.5. De verwijzing naar eerdere bindende adviezen van de commissie treft geen doel. In de zaak waarin de commissie op 6 juli 2015 een bindend advies heeft uitgebracht (SKGZ201501395), werd door de betrokken verzekerde aannemelijk gemaakt dat Duits- en Franstalige wetenschappelijke publicaties beschikbaar waren en dat deze door het Zorginstituut ten onrechte niet bij de beoordeling aan de hand van de internationale stand van de wetenschap en praktijk waren betrokken, terwijl de betreffende verzekeraar volstond met een verwijzing naar het standpunt van het Zorginstituut. Die situatie is hier niet aan de orde, aangezien de ziektekostenverzekeraar zelfstandig onderzoek heeft uitgevoerd. Niet is gebleken dat hij zich hierbij heeft beperkt tot publicaties in één enkele taal of dat door verzoekster aangehaalde publicaties buiten beschouwing zijn gelaten. Anders dan in de aangehaalde zaak is de ziektekostenverzekeraar derhalve niet tekort geschoten in zijn verweer. In het bindend advies van 22 maart 2017 (SKGZ201600841) was inderdaad sprake van vergoeding van een tweetal behandelingen door de verzekeraar, echter ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. Voor een dergelijke verzekering gelden andere, door de verzekeraar zelf opgestelde voorwaarden. Het verzoek werd in die zaak overigens afgewezen.
- 9.6. Hetgeen overigens door verzoekster is aangevoerd, met name de stelling dat de behandeling de enige effectieve methode is voor haar en door de behandeling in de toekomst zorgkosten kunnen worden vermeden, kan niet leiden tot een andere uitkomst.

### Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.7. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde, zodat het verzoek op grond van deze verzekering niet kan worden toegewezen.

#### **Motivering beslissing door de ziektekostenverzekeraar**

- 9.8. Verzoekster heeft nog aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar zijn beslissing niet goed heeft gemotiveerd, onzorgvuldig is geweest bij zijn beoordeling en daarmee in strijd heeft gehandeld met het motiveringsbeginsel, en dat sprake is van een ontoelaatbaar zorgvuldigheidsgebrek. Dienaangaande overweegt de commissie dat de ziektekostenverzekeraar geen bestuursorgaan is in de zin van de Algemene wet bestuursrecht en dat de beginselen die in deze wet zijn opgenomen, waaronder het motiveringsbeginsel en het zorgvuldigheidsbeginsel, niet op hem van toepassing zijn. De rechtsverhouding tussen de ziektekostenverzekeraar en verzoekster wordt in beginsel beheerst door de regels van het privaatrecht. Op grond van artikel 20 van de 'Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten' (TH/NR-007) van de Nederlandse Zorgautoriteit dient de ziektekostenverzekeraar bij het afwijzen van een aanvraag om vergoeding onder andere schriftelijk te onderbouwen waarom de aanvraag is afgewezen, hetgeen hij op zodanige wijze moet doen dat dit voor de verzekerde begrijpelijk is en de verzekerde op grond van de informatie in de afwijzingsbrief kan nagaan of de afwijzing terecht is. De commissie oordeelt dat de ziektekostenverzekeraar in dit geval heeft voldaan aan deze vereisten.

#### **Conclusie**

- 9.9. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 29 augustus 2018,

G.R.J. de Groot