

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B, in deze vertegenwoordigd door C vs D te E
Zaak	: Geneeskundige zorg, medisch-specialistische zorg, pijnbehandeling aan polsen, buitenland
Zaaknummer	: ANO07.261
Zittingsdatum	: 5 september 2007

Zaak: ANO07.261 (Geneeskundige zorg, medisch-specialistische zorg, pijnbehandeling aan polsen, buitenland)

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. T. Hartlief (voorzitter), mr. J.H.A. Teulings en mr. drs. P.J.J. Vonk)

(Voorwaarden zorgverzekering 2006, art. 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen verzoekster, in deze vertegenwoordigd door C,
tegen

D te E, hierna te noemen de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen het besluit van de zorgverzekeraar van 18 januari 2007 inzake het niet vergoeden van een behandeling in de Schmerzklinik Am Arkauwald te Bad Mergentheim (Duitsland).

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de ZorgVerzorgd Polis, een verzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw) (hierna: de zorgverzekering), alsmede op basis van een tweetal aanvullende verzekeringen.
- 3.2. Bij brief van 18 januari 2007 heeft de zorgverzekeraar verzoekster bericht dat de aangevraagde behandeling in de Schmerzklinik Am Arkauwald te Bad Mergentheim niet voor vergoeding in aanmerking komt.
- 3.3. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 24 april 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster meegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. Bij brief van 29 juni 2007 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de door verzoekster gemaakte kosten voor de behandeling in de Schmerzklinik Am Arkauwald te Bad Mergentheim, alsmede de reis- en verblijfkosten, alsnog te vergoeden.
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 37,00 voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren.
- 3.6. De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie op 13 juli 2007 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 26 juli 2007

aan verzoekster gezonden.

- 3.7. Bij brief van 1 augustus 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen verzocht om advies, een en ander conform artikel 114 van de Zvw.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Van de mogelijkheid zich te doen horen is door verzoekster en de zorgverzekeraar gebruik gemaakt. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 5 september 2007 in persoon gehoord.
- 3.9. Het College voor zorgverzekeringen heeft op 17 augustus 2007, op de voet van artikel 114 lid 3 van de Zvw, zijn advies gegeven. Een afschrift hiervan is op 23 augustus 2007 aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 5 september 2007 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het College voor zorgverzekeringen. Verzoekster heeft van deze mogelijkheid gebruik gemaakt en haar standpunt nog eens herhaald. De zorgverzekeraar heeft geen aanleiding gezien tot het geven van een reactie.
- 3.11. Bij brief van 6 september 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden. In vervolg hierop heeft het College voor zorgverzekeringen de commissie meegedeeld dat hetgeen in de hoorzitting naar voren is gebracht geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies.

4. Het standpunt van verzoekster

- 4.1. Verzoekster is een 21-jarige vrouw. De huisarts heeft haar naar de Schmerzklinik Am Arkauwald te Bad Mergentheim verwezen, daar verzoekster al jarenlang pijn had in beide polsen. Arthralgieën in de polsen en tendomyogene pijnen in de onderarmen zijn waargenomen zonder aanwijzing voor een inflammatoir reumatische aandoening. Op de botscans die door medisch-specialisten werden aangevraagd, waren ook geen afwijkingen te zien.
- 4.2. Verzoekster stelt dat de onderhavige kliniek gespecialiseerd is in behandelingen tegen pijnsyndromen. Verzoekster heeft in verscheidene (academische) ziekenhuizen onderzoeken ondergaan, maar zonder resultaat. Voorts geeft verzoekster aan dat zij volledig arbeidsongeschikt was en dat zij nergens meer toe in staat was.
- 4.3. In januari en februari 2007 heeft verzoekster, ondanks dat de zorgverzekeraar haar over zijn afwijzing had geïnformeerd, de betreffende behandeling ondergaan. Verzoekster stelt dat zij inmiddels weer arbeidsgeschikt is en geen pijn meer in haar polsen heeft.
- 4.4. Verzoekster stelt dat verzekeraars in Duitsland en heel Europa de behandeling in de onderhavige kliniek erkennen. Verzoekster is het niet eens met het standpunt van de zorgverzekeraar dat de behandeling onder experimenteel onderzoek valt. Zij is bovendien van mening dat deze behandeling op grond van Europese wet- en regelgeving vergoed dient te worden.

5. Het standpunt van de zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar stelt dat hij, wegens het ontbreken van een afdoend medisch dossier, onvoldoende heeft kunnen vaststellen of de onderhavige behandeling voldoet aan het criterium “stand van de wetenschap en de praktijk” en derhalve tot de verzekerde zorg behoort. Gelet op de aanvraag en de offerte heeft de medisch adviseur van de zorgverzekeraar moeten constateren dat geen sprake is van een behandeling die voldoet aan voornoemd criterium. De zorgverzekeraar stelt dat verzoekster tot op heden in gebreke blijft nadere informatie te overleggen waaruit het tegendeel zou kunnen blijken. Nu verzoekster niet aan haar stelplicht voldoet, dient haar verzoek afgewezen te worden, aldus de zorgverzekeraar.
- 5.2. Tevens stelt de zorgverzekeraar dat in de situatie van verzoekster geen sprake is van een operatie-indicatie als bedoeld in de polisvoorwaarden. Er is daarover althans geen informatie aanwezig van behandelend artsen. De zorgverzekeraar concludeert dat verzoekster naar inhoud, omvang, en vanuit het oogpunt van doelmatigheid, redelijkerwijs niet op de operatie was aangewezen. Kennelijk waren er alleen pijnklachten en was dit voldoende voor verzoekster om zich tot de Duitse kliniek te wenden.
- 5.3. De zorgverzekeraar stelt vervolgens dat een beroep het EG-verdrag verzoekster niet baat, nu de gevraagde behandeling niet onder de dekking van de zorgverzekering valt.
- 5.4. Verder stelt de zorgverzekeraar dat er geen tarief op grond van de polisvoorwaarden valt vast te stellen nu onduidelijk is welke behandeling verzoekster heeft ondergaan.
- 5.5. De zorgverzekeraar stelt tot slot dat nu verzoekster geen recht op vergoeding van de behandeling heeft, de reiskosten ook niet voor vergoeding in aanmerking komen. Overigens is vergoeding van de reiskosten maar zeer beperkt. Verblijfkosten worden nimmer vergoed.

6. De bevoegdheid van de commissie

Voor zover het onderhavige geschil betrekking heeft op de zorgverzekering, acht de commissie zich bevoegd daarvan kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. De commissie is daarentegen niet bevoegd ten aanzien van de aanvullende verzekeringen.

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. De relatie tussen partijen wordt beheerst door een verzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het BW. Deze verzekeringsovereenkomst betreft een zorgverzekering. Een ‘zorgverzekering’ in de zin van artikel 1 onder d van de Zvw, dient te voldoen aan de wettelijke eisen van de Zorgverzekeringswet. De aard en omvang van de in de zorgverzekering op te nemen verzekerde prestaties zijn omschreven in Hoofdstuk 3, de artikelen 10 tot en met 14a van de Zvw en de daarop gebaseerde regelgeving, met name het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv). Slechts voor zover de verzekering voldoet aan de wettelijke eisen – dat wil zeggen niet meer en niet minder biedt – is sprake van een zorgverze-

kering en heeft de verzekerde, door deze verzekering te sluiten, voldaan aan de op hem rustende verzekeringsplicht.

- 7.2. Het betreft hier een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg. Geneeskundige zorg staat vermeld in artikel 8.4 van de zorgverzekering. Artikel 8.2 bepaalt dat de inhoud en omvang van de zorgvormen ter zake waarvan recht op zorg bestaat, 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.
- 7.3. Artikel 10 sub a van de zorgverzekering bepaalt dat, onverminderd hetgeen in artikel 8 is bepaald, verzekerde slechts recht op een zorgvorm heeft voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
- 7.4. Artikel 11 van de zorgverzekering regelt de zorg in natura en de vergoeding van kosten. Voor zover hier van belang, bepaalt sub b van dat artikel:

“Voor zover verzekerde die zorg of een andere dienst betreft van een niet-gecontracteerde aanbieder, heeft hij recht op vergoeding van de kosten van deze zorg of andere dienst overeenkomstig hetgeen hieronder bij ‘Vergoeding bij niet gecontracteerde aanbieder’ is bepaald.”

- 7.5. Sub 3 regelt de vergoeding bij niet gecontracteerde aanbieders:

“Zorgverzekeraar vergoedt de kosten van zorg die is verleend door een ter zake van die zorg niet gecontracteerde aanbieder overeenkomstig het WTG-tarief, en bij het ontbreken daarvan de kosten voor zover deze de Nederlandse marktomstandigheden passend zijn te achten. Zorgverzekeraar betreft in zijn vaststelling de gebruikelijke kosten zoals de betrokken aanbieder die in rekening brengt, de gangbare kosten die soortgelijke aanbieders in rekening brengen, en de redelijkheid gegeven de omstandigheden.”

- 7.6. Artikel 13 sub d van de zorgverzekering bepaalt wanneer aanspraak op niet-spoedeisende zorg in het buitenland bestaat en onder welke voorwaarden. Dit artikel stelt, voor zover hier van belang:

“De verzekerde die tijdelijk verblijft in een ander land dan het woonland, heeft voor niet-spoedeisende zorg naar keuze aanspraak op:
i zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de EG Verordening 1408/71 of een sociale zekerheidsverdrag, indien voor verzekerde van toepassing;
ii zorg door een instelling of aanbieder die door zorgverzekeraar in dat land is gecontracteerd;
iii vergoeding van kosten van zorg van een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde aanbieder of instelling, volgens het bepaalde in artikel 11.

- 7.7. De artikelen 8.2, 8.4, 10, 11 en 13 zijn volgens artikel 2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Bzv en de Rzv.
- 7.8. In het kader van het onderhavige geschil is de volgende regelgeving relevant. Artikel 11 lid 1 onderdeel a van de Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde in voorkomend geval, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Geneeskundige zorg is naar aard en omvang omschreven in de artikelen 2.1 lid 1 en 2.4 van het Bzv. In artikel 2.1 lid 2 is bepaald dat de aanspraak op zorg of vergoeding van de kosten van

zorg als in de zorgpolis omschreven, naar inhoud en omvang mede bepaald worden door de stand van de wetenschap en de praktijk, dan wel, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. Uit de Memorie van toelichting op artikel 2.1 van het Bzv blijkt het hier om het gebruikelijkheidscriterium te gaan, zoals dat onder de Ziekenfondswet gold, zij het dat onder de Zvw de stand van de wetenschap én de praktijk bepalend is. Artikel 13 lid 1 van de Zvw regelt voorts dat indien een verzekerde bepaalde vormen van zorg van een andere zorgaanbieder betreft, dan de zorgaanbieder waarmee de zorgverzekeraar een overeenkomst tot het leveren van zorg gesloten heeft, het de zorgverzekeraar is die de vergoeding van de voor deze zorg gemaakte kosten vaststelt.

- 7.9. De commissie constateert dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.10. De vraag is of de onderhavige behandeling, beoordeeld naar de internationale stand van de wetenschap en de praktijk, te gelden heeft als zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 7.11. De commissie sluit in deze aan bij de in de medische wereld gangbare benadering volgens welke het principe van “Evidence Based Medicine” leidend is. Dit is het 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 op deze wijze gevonden artikelen wordt het niveau van bewijskracht 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.
- 7.12. Indien uit tenminste twee “gerandomiseerd dubbelblind vergelijkend klinische onderzoeken” – wetenschappelijk onderzoek 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 beroeps- genoten.
- 7.13. Een onderzoek naar dergelijke kwalitatieve onderzoeken met betrekking tot de onderhavige behandeling is door het CVZ in zijn advies van 17 augustus 2007 uitge-

voerd. Het CVZ concludeert dat de onderhavige behandeling niet voldoet aan het criterium van de stand van de wetenschap en praktijk en deze niet kan worden aangemerkt als een verzekerde prestatie. De commissie neemt deze conclusie over en maakt deze tot de hare.

7.14. Met betrekking tot de reis- en verblijfkosten merkt de commissie tot slot op dat deze niet voor vergoeding in aanmerking komen, nu de behandeling geen gebruikelijke zorg is en derhalve geen verzekerde prestatie.

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

8. Het bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 10 oktober 2007

Voorzitter