

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B vs Zilveren C te D
Zaak	: Geneeskundige zorg, hyperbare zuurstoftherapie
Zaaknummer	: ANO08.187
Zittingsdatum	: 23 juli 2008

BINDEND ADVIES

Zaak: ANO08.187 (Geneeskundige zorg, hyperbare zuurstoftherapie)

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2006, art. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 , 2.2 en 2.4 Bzv)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,
tegen

C te D , hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen de beslissingen van de zorgverzekeraar van 16 mei 2006 en 16 november 2006 de kosten van hyperbare zuurstoftherapie door het Hyperbaar zuurstofcentrum Rijnmond (hierna: de zorgverlener) niet te vergoeden.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Beter-af-Polis (hierna: de zorgverzekering). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 BW en betreft een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Tevens is ten behoeve van verzoeker een aanvullende ziektekostenverzekering afgesloten.
- 3.2. De behandelend zorgverlener geeft aan dat verzoeker bekend is met ernstige osteomyelitis van de rechter middenvoet en een chronische ulcus van de rechter voet-zool, waarbij onvoldoende wordt gereageerd op conservatieve therapie. Percutane zuurstofmeting van het rechter onderbeen liet een voldoende doorbloeding zien. In overleg met de chirurg werd besloten tot hyperbare zuurstoftherapie en wondbehandeling om te trachten het onderbeen te behouden.
- 3.3. Verzoeker heeft inmiddels de nodige behandelingen ondergaan. De kosten daarvan worden door de zorgverzekeraar niet vergoed.
- 3.4. Bij op 27 november 2007 ontvangen brief heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is, overeenkomstig artikel 13 Zvw, de kosten van de hyperbare zuurstoftherapie alsnog (gedeeltelijk) te vergoeden (hierna: het verzoek).
- 3.5. Aangezien niet gebleken is dat de zorgverzekeraar reeds de gelegenheid heeft gehad zijn eerdere beslissingen te heroverwegen, is de zorgverzekeraar eerst verzocht daartoe over te gaan. Bij brief van 23 januari 2008 heeft de zorgverzekeraar aan ver-

zoeker meegedeeld zijn beslissing te handhaven.

- 3.6. Bij brief van 12 februari 2008 heeft verzoeker de commissie meegedeeld zijn verzoek om bindend advies te handhaven.
- 3.7. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 37,00 voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren.
- 3.8. De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie bij brief van 14 april 2008 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 21 mei 2008 aan verzoeker gezonden.
- 3.9. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 30 juni 2008 schriftelijk meegedeeld niet gehoord te willen worden. De zorgverzekeraar heeft op 10 juli 2008 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden.
- 3.10. Bij brief van 21 mei 2008 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 26 juni 2008 is het CVZ tot de conclusie gekomen dat hyperbare zuurstoftherapie bij de indicatie van verzoeker gezien kan worden als conform de stand van de wetenschap en praktijk. Verder heeft het CVZ de commissie geadviseerd de toelating van de zorgverlener bij het College Bouw Zorginstellingen te verifiëren en al naar gelang het antwoord het verzoek (gedeeltelijke) toe of af te wijzen. Een afschrift van het CVZ-advies is op 30 juni 2008 aan partijen gezonden.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat ook indien gebruik wordt gemaakt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, ingevolge artikel 13 Zvw, aanspraak kan worden gemaakt op een (gedeeltelijke) vergoeding van de kosten. Voorts stelt verzoeker dat de zorgverlener erkend is als zelfstandig behandelcentrum.
- 4.2. Verzoeker komt tot de conclusie dat zijn verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, primair dat met de zorgverlener geen contract is afgesloten en dat om die reden de kosten van de hyperbare zuurstoftherapie niet voor vergoeding in aanmerking komen. Nadien heeft de zorgverzekeraar zich subsidiair op het standpunt gesteld dat de zorgverlener niet kan worden aangemerkt als zelfstandig behandelcentrum en heeft verzoeker verwezen naar een andere zorgaanbieder. In zijn brief van 14 april 2008 heeft de zorgverzekeraar meer subsidiair gesteld dat ook geen sprake is van zorg die voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk.
- 5.2. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoeker terecht is afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

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

7. De beoordeling van het geschil

7.1. In geschil is de vraag of de kosten van hyperbare zuurstoftherapie verleend door de zorgverlener voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking komen. Ten aanzien hiervan overweegt de commissie het volgende.

7.2. Het betreft hier een natura-polis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg. De aanspraak op zorg en diensten is geregeld in artikel 11 van de “Voorwaarden” van de zorgverzekering en de “Aanspraken” van de zorgverzekering. Medisch specialistische zorg is geregeld in de artikelen 1 tot en met 4 van de “Aanspraken” van de zorgverzekering. In dit geval is geen sprake van ziekenhuisverpleging of dagbehandeling in een ziekenhuis, dan wel van poliklinische medisch-specialistische zorg, zodat de artikelen 1 en 3 van de “Aanspraken” van de zorgverzekering toepassing missen. Artikel 2 van de “Aanspraken” van de zorgverzekering regelt de zorg in een zelfstandig behandelcentrum, terwijl artikel 4 van de “Aanspraken” van de zorgverzekering de zorg door een extramuraal werkende medisch-specialist regelt. Zowel in artikel 2, als in artikel 4 van de “Aanspraken” van de zorgverzekering is geregeld dat de omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen medisch-specialisten als zorg plegen te bieden. Bovendien geldt als voorwaarde dat sprake dient te zijn van een doorverwijzing door een huisarts of een andere medisch-specialist.

De vergoeding van kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder is geregeld in artikel 12.2 van de “Voorwaarden” van de zorgverzekering. Dit artikel luidt als volgt:

“Als u zorg wenst van een persoon of instelling met wie/waarmee wij geen overeenkomst hebben afgesloten en wij voldoende zorg hebben ingekocht die tijdig kan worden geleverd heeft u recht op een (gedeeltelijke) vergoeding van de kosten. Deze vergoeding kan lager zijn dan bij een door ons gecontracteerde zorgverlener. Per aanspraak c.q. vergoeding beschrijven wij, indien van toepassing, de lagere vergoeding of de eigen bijdrage die u verschuldigd bent.”

Verder luidt artikel 2 lid 4 van de “Voorwaarden” van de zorgverzekering, voor zover hier van belang, als volgt:

“De aanspraak op zorg of vergoeding van kosten van zorg als in de zorgpolis omschreven, wordt mede naar inhoud en omvang bepaald door 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. De zorgverzekering is, ingevolge artikel 2 van de “Voorwaarden” van de zorgverzekering, gebaseerd op de Zvw, het Besluit zorgverzekering (Bzv) met de daarbij behorende Regeling zorgverzekering (Rzv), met inbegrip van de daarbij behorende toelichting. Verder volgt uit artikel 1 onder d van de Zvw dat een zorgverzekering niet meer of minder mag bieden dan daaromtrent is bepaald in de wet en de daarop ge-

baseerde regelgeving, met name het Bzv en de Rzv.

- 7.4. De commissie is van oordeel dat de in de verzekeringsvoorwaarden opgenomen regeling, zoals hiervoor aangehaald, strookt met het bepaalde in de artikelen 10,11 en 13 Zvw, de artikelen 2.1, 2.2, 2.4 Bzv.
- 7.5. Gelet op het bepaalde in artikel 13 Zvw en artikel 12.2 van de "Voorwaarden" van de zorgverzekering, is het primaire standpunt van de zorgverzekeraar onjuist.
- 7.6. Ten aanzien van het meer subsidiaire standpunt van de zorgverzekeraar 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.
- 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 aangetroffen worden, wordt bewijsvoering 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 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 inventarisatie naar dergelijke kwalitatieve onderzoeken met betrekking tot hyperbare zuurstoftherapie bij onder andere ernstige hersenbeschadiging ten gevolge van perinataal zuurstoftekort is eind 2005 door het College voor zorgverzekeringen (verder:CVZ) uitgevoerd. De resultaten van deze inventarisatie zijn neergelegd in een brief van het CVZ aan het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 8

december 2005. Het CVZ is tot de conclusie gekomen dat hyperbare zuurstoftherapie verzekerde zorg is voor de volgende indicaties en indien aan de beschreven voorwaarden is voldaan:

“(…)

9. *Diabetische ulcera indien sprake is van onvoldoende effect maximale conventionele behandeling*
10. *Chronische refractaire osteomyelitis (…)*”

Verder is het CVZ tot de conclusie gekomen dat hyperbare zuurstoftherapie geen verzekerde zorg is voor de volgende indicaties:

“(…)

15. *Niet-diabetische ulcera, zoals decubitus, arteriosclerotische en veneuze ulcera (…)*”

- 7.11. Op 26 juni 2008 is door het CVZ advies uitgebracht in de onderhavige zaak. Dit advies is in lijn met bovengenoemde inventarisatie. Door partijen zijn geen feiten of omstandigheden naar voren gebracht die aanleiding geven tot een van het advies afwijkende conclusie. De commissie houdt het advies daarom voor juist. Zij neemt het advies dan ook over en maakt de conclusie tot de hare.
- 7.12. De commissie stelt vast dat hyperbare zuurstoftherapie in geval van de bij verzoeker gestelde indicatie conform de stand van de wetenschap en praktijk is. Derhalve kan geconcludeerd worden dat sprake is van een verzekerde prestatie. Terzijde merkt de commissie hierbij nog op dat blijkbaar de zorgverzekeraar in eerste instantie een vergelijkbaar oordeel was toegedaan. Immers, het zou zeer vreemd zijn indien de zorgverzekeraar een verzekerde verwijst naar een ander behandelcentrum, indien hij de mening is toegedaan dat de verleende zorg niet kan worden gezien als een verzekerde prestatie. Het meer subsidiaire standpunt van de zorgverzekeraar dient derhalve verworpen te worden.
- 7.13. Verder is door de zorgverzekeraar niet gesteld dat verzoeker niet heeft voldaan aan de (administratieve) voorwaarden, anders dan dat de zorg niet is geleverd door een zelfstandig behandelcentrum. Ten aanzien van dat laatste, subsidiaire standpunt van de zorgverzekeraar, overweegt de commissie het volgende.
- 7.14. Volgens de begripsbepalingen (artikel 1 van de zorgverzekering) is een zelfstandig behandelcentrum (ZBC) een centrum voor medisch-specialistische zorg (onderzoek en behandeling) dat als zodanig conform de bij of krachtens wet gestelde regels is toegelaten. De toelating van instellingen wordt geregeld bij en krachtens de Wet toelating zorginstellingen (Wtzi). Op grond van de Wtzi en het uitvoeringsbesluit Wtzi is een toelating vereist voor instellingen voor medisch-specialistische zorg.
- 7.15. Aangezien de zorgverzekeraar zich op het standpunt stelt dat de aan verzoeker verleende zorg niet is verleend door een ZBC, en verzoeker voor het overige aan alle vereisten voldoet om voor een (gedeeltelijke) vergoeding van de gemaakte zorgkosten in aanmerking te komen, dient de zorgverzekeraar haar stelling dienaangaande aannemelijk te maken. Daarbij komt dat de zorgverzekeraar als meest gerede partij, het beste in staat is om haar stellingen met schriftelijke documenten te onderbouwen. Naar het oordeel van de commissie heeft de zorgverzekeraar met de door haar overgelegde documentatie haar stelling onvoldoende aannemelijk gemaakt. Hierbij is mede van belang dat het CVZ in zijn advies in de onderhavige zaak heeft aangegeven

dat in het Gemeenschappelijk Referentie Informatie Programma staat dat onder een met name in het advies genoemde rechtspersoon de zorgverlener valt als ZBC. Een afschrift van het CVZ-advies is op 30 juni 2008 aan de zorgverzekeraar gezonden, waarbij hij in de gelegenheid is gesteld, indien daar aanleiding toe zou bestaan, tot het geven van een reactie. Van deze mogelijkheid heeft de zorgverzekeraar geen gebruik gemaakt. Verder komt op de website van de zorgverlener een registratienummer voor, waarnaar door de zorgverzekeraar geen nader onderzoek is verricht. Voorts is de commissie uit eigen onderzoek gebleken dat de zorgverlener, noch de twee door de zorgverzekeraar in zijn brief van 23 januari 2008 genoemde instellingen voorkomen in het overzicht van op grond van de Wtzi toegelaten instelling, zoals deze raadpleegbaar is via de website van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. De zorgverlener én de beide door de zorgverzekeraar genoemde instellingen komen wel voor op de lijst "Toezicht op de zelfstandige behandelcentra" van de Inspectie voor de gezondheidszorg. De zorgverzekeraar heeft daartegenover gesteld dat de zorgverlener, anders dan door de twee andere door hem genoemde instellingen, niet beschikt over een AGB-code (Algemeen GegevensBeheer). De zorgverzekeraar stelt dat het niet beschikken van een AGB-code in het geval van ZBC's wordt opgevat als het niet beschikken over een ZBC-vergunning. Door de zorgverzekeraar is deze stelling niet door het overleggen van schriftelijke documenten nader onderbouwd. De slotsom van het vorenoverwogene moet zijn dat het gelijk aan de zijde van verzoeker is.

- 7.16. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen, in die zin dat de zorgverzekeraar de kosten dient te vergoeden overeenkomstig de in de zorgverzekering opgenomen regeling ten aanzien van zorg verleend door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder.

8. Het bindend advies

- 8.1. De commissie wijst het verzoek, met inachtneming van hetgeen in overweging 7.16 is overwogen, toe. Het meer of anders verzochte dient te worden afgewezen.
- 8.2. De commissie bepaalt dat de zorgverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden een bedrag ad € 37,00.

Zeist, 31 juli 2008,

Voorzitter