



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen OHRA Zorgverzekeringen N.V. en OHRA
Ziektekostenverzekeringen N.V., beide te Tilburg

Zaak : EU/EER, België, geneeskundige zorg, onderzoeken en behandelingen bij verdenking op
het chronisch vermoeidheidssyndroom (CVS), diagnose hypofysaire insufficiëntie, stand
wetenschap en praktijk

Zaaknummer : 201502607

Zittingsdatum : 21 juli 2016



Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)



(Voorwaarden zorgverzekering 2014, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2014, art. 20 Vo. nr. 883/2004)

1. Partijen



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

- 
- 1) OHRA Zorgverzekeringen N.V. te Tilburg, en
 - 2) OHRA Ziektekostenverzekeringen N.V. te Tilburg,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 
- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de OHRA Zorgverzekering Restitutie (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 OHRA Aanvullend afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De eveneens afgesloten aanvullende verzekering OHRA TandenGaaf 250 is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 
- 3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van onderzoeken en een behandeling, ondergaan te Sint-Gillis-Waas, België (hierna: de aanspraak). Bij brief van 20 februari 2015 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 29 april 2015 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 23 februari 2016 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 9 mei 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 10 mei 2016 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 19 mei 2016 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 23 mei 2016 schriftelijk medegedeeld eveneens niet te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 10 mei 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 23 juni 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016059107) de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat verzoekster redelijkerwijs niet was aangewezen op het uitgevoerde diagnostisch onderzoek of op de ingezette therapie. De CBO richtlijn uit 2013 geeft aan welke diagnostische onderzoeken zijn aangewezen bij het vermoeden van CVS. Er is geen wetenschappelijke ondersteuning voor het screenen van patiënten meer dan twaalf maanden na traumatische hersenbeschadiging. De uitgevoerde diagnostiek was daarbij ook niet specifiek gericht op het vermoeden van hypofysaire insufficiëntie. Als therapie voor CVS wordt verder medicamenteuze therapie niet aanbevolen evenmin als het gebruik van (dieet)supplementen. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 24 juni 2016 aan partijen gezonden. Zij zijn daarbij in de gelegenheid gesteld op dit advies te reageren. Verzoekster heeft op 8 juli 2016 op het advies van het Zorginstituut gereageerd. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de wederpartij gezonden. De ziektekostenverzekeraar heeft van de geboden gelegenheid geen gebruik gemaakt.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. De huisarts heeft op 30 mei 2014 een verwijzing opgesteld voor verzoekster, gericht aan de 'afdeling Interne Geneeskunde', en hierbij het volgende verklaard: *"Gaarne uw onderzoek en behandeling van chronische vermoeidheidssyndroom. (...) onder behandeling bij psyq voor chronisch vermoeidheidssyndroom, heeft nu interview gezien met belgische dokter die verder zoekt naar lichamelijke oorzaken, wil hier graag naartoe ter uitsluiting van lichamelijke oorzaak. (...) wil eerst overleg met eigen verzekering of dit vergoed wordt. (...)".*
- 4.2. De behandelend endocrinoloog in België heeft op 18 november 2014 ten aanzien van verzoekster verklaard: *"Patiënte komt wegens jarenlange vermoeidheid. Zij heeft een commotio cerebri gehad in 2011. Patiënte heeft ernstige klierkoorts gehad toen zij 20 was. De laatste tijd gaat het echt bergaf. Zij is vermoeid(...), heeft spierpijnen. Bij labo-onderzoek zien we een verhoogde EBV, doch, niet geplafonneerd. Er is een vrij normaal immuunsysteem. Darm toont massale schimmels. Dit wordt ondertussen opgelost door strikt dieet en ook door het gebruik van itraconazole en metronidazole. Urineonderzoek toont een redelijk normaal cortisolgehalte, doch, zeer lage metabolieten. 17 hydroxymetabolieten bedragen slechts 2,91. Dit verklaard de vermoeidheidsklachten van de patiënte. Patiënte heeft ook een ANF die positief is en antigladde spier. Bij bloedonderzoek zien we een normale waarde voor het groeihormoon. De cortisol is hoog, doch, vals verhoogd door pilgebruik. Pil wordt veranderd naar Zoely. Thyroiglobuline is licht verhoogd, dit wordt gecontroleerd. Ik vermoed dat er een hypofyseprobleem is ten gevolge van traumatische beschadiging tijdens het ongeval. Er zal een glucagontest worden uitgevoerd. Er wordt opgestart met Hydrocortisone 20 mg. Verder worden dieetmaatregelen genomen en er kan ook probiotica genomen worden en eventueel gebruik van Imunixx of Proimmunwell om de EBV te onderdrukken. (...)".*
- 4.3. De behandelend endocrinoloog in België heeft op 23 april 2015 ten aanzien van verzoekster verklaard: *"Patiënte met hypofysaire insufficiëntie. Zij wordt behandeld met o.a. cortisol. Om een goede opvolging te bekomen dient er regelmatig een bloedafname verricht te worden alsook een speekseltest. Al deze testen zijn nodig voor een goede follow-up van de hypofysaire insufficiëntie te verantwoorden. (...)".*

- 4.4. Bij verzoekster is in februari 2014 de diagnose Chronisch Vermoeidheidssyndroom (hierna: CVS) gesteld, waarvoor zij onder behandeling was van een psycholoog. Omdat zij had vernomen dat een endocrinoloog in België onderzoekt of er ook lichamelijke problemen aan deze aandoening ten grondslag kunnen liggen, heeft zij de huisarts gevraagd om een verwijzing. Vóórdat verzoekster naar België ging, heeft zij telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar. Dit gesprek vond in juli 2014 plaats. Bij die gelegenheid werd verzoekster door een medewerker van de ziektekostenverzekeraar verteld dat zij aanspraak had op maximaal het in Nederland van toepassing zijnde marktconforme tarief. Indien de kosten in België hoger zouden liggen dan in Nederland, diende verzoekster het verschil zelf te betalen. Tijdens het gesprek is door de medewerker niet gezegd dat verzoekster van tevoren toestemming moest vragen aan de ziektekostenverzekeraar. Dit is haar eerst op 4 maart 2015 medegedeeld, terwijl in de tussenliggende periode nog diverse telefoongesprekken met de ziektekostenverzekeraar hebben plaatsgevonden.
- 4.5. De behandelend endocrinoloog in België heeft aan de hand van de door verzoekster genoemde symptomen (nader) onderzoek uitgevoerd. Uit de onderzoeksresultaten blijkt dat geen sprake is van CVS, maar van hypofysaire insufficiëntie. Deze nieuwe diagnose wordt door de ziektekostenverzekeraar niet betwist, en zal derhalve als vaststaand dienen te worden aangenomen. Aan de hand van de nieuwe diagnose krijgt verzoekster behandelingen en medicatie. Verzoekster blijkt hier baat bij te hebben, aangezien haar situatie is verbeterd. Bovendien liggen de kosten van de behandelingen en medicatie laag. De ziektekostenverzekeraar gaat bij zijn afwijzing nog uit van de diagnose CVS. De onderzoeken zijn echter uitgevoerd teneinde CVS te kunnen uitsluiten. Gedurende de behandeling en het gebruik van de voorgeschreven medicatie heeft de endocrinoloog verzoekster geadviseerd een MRI-scan te laten uitvoeren, ter bevestiging van de diagnose. Verzoekster heeft zich hierop tot de huisarts gewend, die haar heeft doorverwezen naar het LUMC voor een onderzoek. Hoewel de onderzoeken door het LUMC nog niet volledig zijn afgerond, is al wel bevestigd dat de bijnieren van verzoekster niet goed functioneren, zodat de huidige behandeling en medicatie, waaronder cortisol, juist is.
- 4.6. In reactie op het advies van het Zorginstituut heeft verzoekster het volgende gesteld. De diagnose CVS is niet wetenschappelijk, zodat hiervoor geen richtlijn (op wetenschappelijke gronden) geldt. De ziektekostenverzekeraar houdt verzoekster aan een richtlijn die niet op haar situatie van toepassing is. Wetenschappelijk onderzoek heeft uitgewezen dat verzoekster iets anders mankeert. Als sprake is van bepaalde symptomen, en de arts de oorzaak daarvan niet kan achterhalen, wordt automatisch de diagnose CVS gesteld. Hierdoor lijkt het alsof de arts zijn werk heeft gedaan en de patiënt is gerustgesteld, terwijl dit feitelijk niet het geval is omdat nog immer onduidelijk is wat de patiënt mankeert. De diagnose CVS is handig voor artsen, omdat op basis daarvan kan worden doorverwezen naar bijvoorbeeld een psycholoog. Ook voor de ziektekostenverzekeraar is een diagnose handig, omdat na het stellen hiervan geen onderzoekskosten meer vergoed hoeven te worden. De diagnose CVS is echter schadelijk voor iedereen die deze krijgt. Daarom moet deze diagnose wat verzoekster betreft van tafel. Na de diagnose CVS worden geen onderzoeken meer vergoed, en dient een patiënt te leren leven met de symptomen. Dit terwijl er aantoonbare mogelijkheden zijn om beter te worden. Dit effect kan nooit de intentie van de zorgverzekering zijn geweest. Mensen die een leven lang ziek zijn, zijn een last voor de maatschappij, terwijl de oplossing er wel is. De richtlijn hiervoor is derhalve helaas contraproductief, mogelijk zelfs schadelijk. Verzoekster betwist de stelling van de ziektekostenverzekeraar dat de voorgeschreven behandeling niet voldoet aan de stand van de praktijk. De praktijk wijst immers uit dat onderhavige behandeling zinvol is. Verzoekster functioneert weer nagenoeg normaal en heeft dankzij de behandeling haar leven terug. Bovendien is zij niet de enige patiënt die door de endocrinoloog in België met goed resultaat is behandeld.
- 4.7. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

 5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

-  5.1. Verzoekster heeft aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg voor zover zij hierop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. Hierbij wordt onder andere bekeken of de zorg voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. De overheid heeft dit criterium in de Zvw opgenomen om goede en veilige zorg te garanderen. Beoordeeld moet worden of het behandelvoorstel van de arts voldoende is onderbouwd door medische literatuur en de praktijk. Voor de individuele toetsing van de aanspraken vanuit de zorgverzekering worden toetsingskaders gehanteerd zoals die ook door het Zorginstituut worden gebruikt. Dit betekent dat in goed opgezette en gepubliceerde wetenschappelijke studies de (meer-)waarde van een bepaalde behandeling bij een omschreven indicatie moet zijn aangetoond. De ziektekostenverzekeraar vergoedt slechts zorg waarvan is vastgesteld dat deze zowel effectief als veilig is bevonden.
-  5.2. In Nederland is verzoekster gediagnosticeerd met CVS, en werd zij behandeld door een psycholoog. Nadat zij een interview met de Belgische arts had gelezen, heeft zij haar huisarts gevraagd om een verwijzing, zodat een lichamelijke oorzaak voor haar klachten kon worden uitgesloten. De behandelend endocrinoloog in België heeft onderzoeken bij verzoekster uitgevoerd, en heeft hierop een behandeling vastgesteld. Uiteindelijk heeft hij - na afronding van de onderzoeken - bij verzoekster de diagnose hypofysaire ACTH deficiëntie gesteld. Verzoekster wordt thans behandeld in verband met darmdysbiose, en haar algemene toestand is verbeterd als gevolg van de aanvulling van tekorten, waaronder cortisol en DHEA. De behandeling zoals voorgestaan door de Belgische endocrinoloog en de in dat kader verrichte onderzoeken, voldoen niet aan de stand van de wetenschap en praktijk en vormen daarmee geen verzekerde prestatie onder de zorgverzekering. De visie van de behandelend arts dat de hypofyse is betrokken bij CVS, is niet gebaseerd op wetenschappelijk bewijs. Daarbij heeft het gebruik van voedingssupplementen ter behandeling van de aandoening van verzoekster geen wetenschappelijk bewezen waarde. Diverse publicaties en richtlijnen vermelden dat veelvuldig en uitgebreid laboratoriumonderzoek bij CVS niet is aangewezen. In de CBO-richtlijn is beschreven welke onderzoeken gebruikelijk zijn bij deze indicatie. Aan de hand van de symptomen en klachten in een individueel geval wordt beoordeeld welk onderzoek nodig is. Eerst als een onderzoek geen uitsluitsel geeft, kan verder worden gezocht. Beoordeeld wordt dan of een ander aanvullend onderzoek medisch gezien zinvol kan zijn. Aanvullend onderzoek vindt alleen plaats als de anamnese en het lichamelijk onderzoek daar aanleiding toe geven. Een uitgebreider onderzoek, bijvoorbeeld naar virussen, is alleen medisch aangewezen indien er aanwijzingen zijn die wijzen op een dergelijke infectie.
-  5.3. De ziektekostenverzekeraar houdt een contactregistratie bij van de inkomende en uitgaande telefoongesprekken. Hieruit blijkt dat verzoekster op 11 juni 2014 heeft gesproken met een medewerker van de afdeling Zorgservice. De betreffende medewerker heeft verzoekster verteld dat de ziektekostenverzekeraar geen contract heeft met de behandelend endocrinoloog in België, hetgeen betekent dat maximaal het in Nederland van toepassing zijnde marktconforme tarief wordt vergoed. Verder heeft de medewerker verzoekster geadviseerd vooraf een kostenoverzicht ter beoordeling in te dienen, zodat de ziektekostenverzekeraar haar kon informeren of en zo ja, welke vergoeding mogelijk was. Niet is toegezegd dat de zorg die is verleend door de endocrinoloog volledig wordt vergoed.
-  5.4. Verzoekster heeft aangevoerd dat bij haar niet langer de diagnose CVS van toepassing is, maar de diagnose hypofysaire insufficiëntie. De ziektekostenverzekeraar merkt hierover op dat een vermoedelijke diagnose de grondslag vormt voor het inzetten van de onderzoeken die hierbij gebruikelijk zijn, teneinde de diagnose te bevestigen dan wel uit te sluiten. De endocrinoloog heeft de onderzoeken uitgevoerd in het licht van het vermoeden van CVS. Pas achteraf is de diagnose bijgesteld naar hypofysaire insufficiëntie. Deze diagnose lag echter niet ten grondslag aan de uitgevoerde onderzoeken. De basis hiervoor was CVS. Ook indien van de nieuwe diagnose wordt uitgegaan, kan het laboratoriumonderzoek niet als doelmatig worden aangemerkt. Er is een veelvoud aan onderzoeken uitgevoerd, waarvan

sommige onderzoeken op zeer korte termijn zijn herhaald. Deels betreft dit onderzoeken die samenhangen met de nieuwe diagnose, maar ook onderzoeken die hiervan losstaan. Daarbij zijn de laboratoriumonderzoeken die passend zijn bij de nieuwe diagnose, niet uitgevoerd. Verder ondersteunen de onderzoeksresultaten de nieuwe diagnose niet. Zowel de onderzoeken als de behandeling door de endocrinoloog komen niet voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering in aanmerking.

5.5. 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 zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering 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 restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen B.1. tot en met B.23. van de zorgverzekering.

8.3. Artikel B.4.3. van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg zonder opname bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“De zorg omvat medisch specialistische zorg zonder opname. Deze zorg omvat onder andere:

- *behandeling zonder dat opname plaatsvindt, zoals oogheelkundige zorg,*
- *aanleggen van gips;*
- *ECG-onderzoek.*

Zorg of middelen die onderdeel van de behandeling kunnen zijn:

- *de verpleging;*
- *de geneesmiddelen;*
- *de hulpmiddelen;*
- *de verbandmiddelen;*
- *laboratoriumonderzoek. (...)*

Zorgaanbieder

Een medisch specialist verleent de zorg.

Verwijzing

• U bent voor aanvang van de behandeling verwezen door een huisarts, verloskundige, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, jeugdarts of bedrijfsarts. (...)

- 8.4. Artikel B.2. van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

"Als u woont of verblijft in een Verdragsland en u krijgt daar zorg, of u verblijft tijdelijk in een ander Verdragsland (dat kan ook Nederland zijn!) en krijgt daar zorg, dan kunt u kiezen tussen:

- zorg volgens de wettelijke regeling die in dat Verdragsland geldt op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag; of*
- (vergoeding van) verzekerde zorg volgens de door u afgesloten zorgverzekering en zoals beschreven in artikel B.2.2. (...)"*

- 8.5. Artikel A.3.2. van de zorgverzekering luidt, voor zover hier van belang:

"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; (...)"*

- 8.6. De artikelen A.3.2., B.2. en A.4.3. van de zorgverzekering zijn volgens artikel A.2.4. van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.7. Artikel 11 lid 1 onderdeel b Zvw bepaalt dat de zorgverzekerder 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 vergoeding van de kosten van 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 lid 2 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 dan wel, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg of diensten.

- 8.8. 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 ziektekostenverzekerder 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.

- 8.9. Artikel 20 van Vo. nr. 883/2004 luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

"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 is naar een andere EU-lidstaat, namelijk België, gegaan met het doel daar de onderhavige zorg te verkrijgen. Derhalve is sprake van planbare zorg. Op deze situatie ziet artikel 20 van Vo. nr. 883/2004.
-  9.2. Verzoekster heeft voorafgaand aan de onderzoeken en behandeling telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar, bij welke gelegenheid zij heeft gevraagd naar de vergoeding. Kennelijk vond dit gesprek plaats op 11 juni 2014. De medewerker van de ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster bij die gelegenheid in algemene termen geïnformeerd over de vergoeding en haar medegedeeld dat zij vooraf een kostenbegroting kon insturen, aan de hand waarvan de beoordeling zou plaatsvinden. Verzoekster is hiertoe echter niet overgegaan, en heeft zich direct gewend tot de endocrinoloog in België, waarna zij de kosten heeft gedeclareerd. De commissie concludeert dat niet kan worden gesproken van een verzoek om toestemming. Op grond van jurisprudentie van het Hof van Justitie (Stamatelaki, zaak C-444/05) blijft de verordening in die situatie buiten toepassing. Getoetst dient daarom te worden aan de voorwaarden van de zorgverzekering.
-  9.3. Vast staat dat verzoekster in Nederland is gediagnosticeerd met CVS. Omdat zij wilde laten onderzoeken of de klachten die zij had mogelijk een lichamelijke oorzaak hadden, heeft de huisarts haar verwezen naar de endocrinoloog in België. Deze heeft op basis van de gestelde diagnose enkele onderzoeken uitgevoerd, en is tot de conclusie gekomen dat de diagnose hypofysaire insufficiëntie passender is. Aan de hand van deze constatering heeft de arts een behandelplan opgesteld.
-  Mede gelet op het door de ziektekostenverzekeraar ingenomen standpunt, is de vraag of de door de behandelend arts uitgevoerde onderzoeken op verdenking van CVS en de daaropvolgende behandeling op basis van de diagnose hypofysaire insufficiëntie voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering.
-  9.4. 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.

- 9.5. 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.
- 9.6. Het Zorginstituut heeft onderzocht of er kwalitatieve onderzoeken bestaan met betrekking tot de aan verzoekster verleende zorg, en de bevindingen van dit onderzoek zijn in het advies van 23 juni 2016 verwoord. De conclusie van het advies is dat verzoekster redelijkerwijs niet was aangewezen op het uitgevoerde diagnostisch onderzoek of op de ingezette therapie. De commissie neemt het advies van het Zorginstituut over en maakt de conclusie hiervan tot de hare. Dit betekent dat de uitgevoerde onderzoeken op basis van de diagnose CVS en de daaropvolgende behandeling op basis van de diagnose hypofysaire insufficiëntie niet ten laste van de zorgverzekering kunnen worden vergoed.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.7. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor de bij verzoekster uitgevoerde onderzoeken en de door haar ondergane behandeling, zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden toegewezen.

Telefonische toezegging

- 9.8. Verzoekster heeft verwezen naar eerdergenoemd telefoongesprek met een medewerker van de ziektekostenverzekeraar, waarbij volgens haar is gezegd dat zij in ieder geval een vergoeding zou ontvangen ter hoogte van het in Nederland van toepassing zijnde marktconforme tarief. De ziektekostenverzekeraar heeft hiertegen ingebracht dat ook is gezegd dat een kostenbegroting kon worden ingediend, zodat een beoordeling aan de hand van de stukken zou kunnen plaatsvinden. Verder heeft verzoekster gesteld dat zij daarnaast nog diverse gesprekken heeft gevoerd met medewerkers van de ziektekostenverzekeraar, en dat haar bij geen van die gelegenheden is verteld dat zij voorafgaand toestemming diende te vragen aan de ziektekostenverzekeraar alvorens met de onderzoeken en behandeling te starten. Zoals onder 9.2 is opgemerkt, is tijdens het gesprek op 11 juni 2014 in algemene termen gesproken over de vergoeding. Van andere telefoongesprekken is door de ziektekostenverzekeraar geen aantekening gevonden, terwijl verzoekster geen bewijs heeft geleverd dat deze hebben plaatsgevonden, laat staan van wat toen is besproken. Derhalve is door haar niet aangetoond, noch aannemelijk gemaakt dat van de zijde van de ziektekostenverzekeraar, in afwijking van de verzekeringsvoorwaarden, bepaalde (telefonische) toezeggingen zijn gedaan.

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, 21 juli 2016,



A.I.M. van Mierlo

