

# **ANONIEM BINDEND ADVIES**

Partijen : A te B vs C te D  
Zaak : Geneeskundige zorg, buitenland, operatieve behandeling fibromyalgie  
Zaaknummer : ANO07.315  
Zittingsdatum : 7 november 2007

Zaak: ANO07.315, geneeskundige zorg, buitenland, operatieve behandeling fibromyalgie

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 14 Zvw, 2.1, 2.2 en 2.4 Bzv)

---

1. Partijen

A te B, hierna te noemen verzoekster,

tegen

C te D, hierna te noemen de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen het besluit van de zorgverzekeraar van 28 november 2006 inzake het niet vergoeden van de door haar ondergane operatieve behandeling van fibromyalgie door professor Bauer in Zwitserland.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster is bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorgverzekering, een verzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw) (hierna: de zorgverzekering), en een aanvullende verzekering.
- 3.2. Bij brief van 28 november 2006 heeft de zorgverzekeraar verzoekster medegedeeld dat de door haar ondergane operatieve behandeling van fibromyalgie in Zwitserland niet ten laste van de zorgverzekering wordt vergoed.
- 3.3. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 4 januari 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster meegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. Bij brief van 25 februari 2007 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de onderhavige behandeling 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 12 juli 2007 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 16 juli 2007 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Bij brief van 30 augustus 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen verzocht om advies, een en ander conform artikel 114 lid 3 van de Zvw.

- 3.8. Eveneens bij brief van 30 augustus zijn partijen in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Van de mogelijkheid zich te doen horen is door verzoekster en de zorgverzekeraar gebruik gemaakt.
- 3.9. Het College voor zorgverzekeringen heeft op 2 oktober 2007 zijn advies gegeven. Een afschrift hiervan is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 7 november 2007 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het College voor zorgverzekeringen.
- 3.11. Bij brief van 9 november 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden. In vervolg hierop heeft de commissie op 14 november 2007 van het College voor zorgverzekeringen bericht ontvangen 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 47-jarige vrouw. Zij is naar aanleiding van pijnklachten naar de reumatoloog verwezen die in 2004 de diagnose fibromyalgie heeft gesteld. Er is sprake van een chronisch pijnsyndroom. Hij heeft medegedeeld dat daartegen geen behandeling voorhanden is en heeft haar aangeraden haar manier van leven aan deze aandoening aan te passen. Hij heeft haar verwezen naar de patiëntenvereniging.
- 4.2. Verzoekster ondervond veel problemen in haar dagelijks functioneren. Nadat zij van een lotgenote vernam dat die door een Zwitserse specialist succesvol geopereerd was heeft verzoekster zelfstandig contact gezocht met professor Bauer in Zwitserland. Deze medisch specialist heeft de diagnose fibromyalgie bevestigd en heeft verzoekster op 22 februari 2007 geopereerd.
- 4.3. De zorgverzekeraar heeft het verzoek tot vergoeding van de voormelde behandeling afgewezen. Verzoekster acht de afwijzing onzorgvuldig, in het bijzonder de beoordelingstoets "hetgeen in het betrokken vakgebied heeft te gelden als verantwoorde zorg naar maatstaven van wetenschap en praktijk".
- 4.4. Miskend wordt dat het College voor zorgverzekeringen de bewijsvoering hieromtrent nader evalueert en inmiddels zijn publicaties over deze behandeling van fibromyalgie zijn verschenen in internationaal gerenommeerde tijdschriften.
- 4.5. Verzoekster komt tot de conclusie dat de operatieve behandeling als adequate zorg dient te worden aangemerkt en derhalve vergoed dient te worden.

#### 5. Het standpunt van de zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar heeft zijn medisch adviseur de vraag voorgelegd of de operatieve behandeling van fibromyalgie behoort tot het arsenaal van zorg die in het betrokken werkgebied heeft te gelden als verantwoorde en adequate zorg.

- 5.2. Deze heeft hierop verklaart dat nimmer een randomized controlled trial is verschenen in nationale of internationale neurologische, reumatologisch of orthopedische vakliteratuur. Op grond van die vaststelling en het feit dat de behandeling evenmin gangbaar is binnen de beroepsgroep, is het verzoek van verzoekster afgewezen.
- 5.3. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat de onderhavige behandeling niet tot de verzekerde prestaties behoort, zodat deze niet ten laste van de zorgverzekering kan worden 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 verzekering.

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 geregeld 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 zorgverzekering en heeft de verzekerde, door deze verzekering te sluiten, voldaan aan de op hem rustende verzekeringsplicht.
- 7.2. Verzoekster heeft een mixpolis. Geneeskundige zorg valt onder de restitutie bepaling waardoor verzoekster in beginsel gebruik kan maken van niet-gecontracteerde zorg. Geneeskundige zorg in het buitenland is geregeld in de artikelen 9 en 15 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Artikel 9.3 ziet op de niet-spoedeisende zorg tijdens vakantie of tijdelijk verblijf in een ander land dan het woonland en bepaalt, voor zover hier relevant:

*"De verzekerde die tijdelijk verblijft in een ander land dan het woonland, heeft voor niet-spoedeisende zorg naar keuze aanspraak op:*

*(...)*

*- vergoeding van de kosten van zorg zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden van een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling van ten hoogste de geldende Wtg-tarieven. Als er geen Wtg-tarieven gelden, worden de kosten vergoed voorzover deze kosten niet hoger zijn dan de in Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten"*

Artikel 9.4 bepaalt het toestemmingsvereiste voor zorg in het buitenland en luidt als volgt:

*"In alle gevallen geldt dat bij het inroepen van niet-spoedeisende zorg in een ander*

*land dan het woonland van de verzekerde, voor het inroepen van intramurale zorg, dat wil zeggen gepaard gaande met verblijf, voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar nodig heeft, tenzij er sprake is van spoedeisende zorg.”*

Artikel 9.5 ziet op de verwijzing en/of het machtigingsvereiste en bepaalt:

*”Indien bij bepaalde vormen van zorg, naast de voorafgaande toestemming voor het inroepen van zorg, zoals aangegeven in artikel 9.4 nog specifiek een verwijzing en/of een machtiging vereist is, dan wordt dit aangegeven in het betreffende zorgartikel.”*

Artikel 15 ziet op medisch-specialistische zorg en bepaalt, voor zover hier van belang, het volgende:

*”Omschrijving: (vergoeding van de kosten van) geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten deze plegen te bieden, met inbegrip van het daarbij behorende laboratoriumonderzoek. Onder medisch-specialistische zorg is ook begrepen:*

*(...)*

*- materialen die ertoe bijdragen dat de medisch specialistische geneeskundige zorg verleent, zoals genees-, verband- of hulpmiddelen.*

*(...)*

*Machtiging: ja”*

Artikel 2.3 ziet op de medische noodzaak en bepaalt als volgt.

*“Aanspraak op zorg of vergoeding van kosten van zorg als vermeld in deze verzekeringsvoorwaarden bestaat slechts indien en voorzover de verzekerde op de zorgvorm naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. De inhoud en omvang van de vormen van zorg worden mede 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.”*

- 7.3. De regeling van de artikelen 2.3, 9 en 15 is volgens artikel 2.10 van de voorwaarden van de zorgverzekering, gebaseerd op de Zvw, het Bzv en de Rzv.
- 7.4. In het kader van het onderhavige geschil is de volgende regelgeving relevant. Artikel 11 lid 1 onderdeel b 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 vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in de artikelen 2.1 lid 1 en 2.4 van het Bzv. Artikel 2.1 lid 2 beperkt de inhoud en de omvang van de zorg of diensten tot hetgeen naar de stand van de wetenschap en praktijk te gelden heeft als geneeskundige zorg. Bij het ontbreken van een zodanige maatstaf geldt hetgeen dat in het betrokken vakgebied te gelden heeft als verantwoorde en adequate zorg.
- 7.5. Het voorgaande leidt tot de conclusie dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.6. De vraag is of een quadranten-pijninterventie waarbij operatief littekenweefsel wordt verwijderd om zenuwbanen te ontlasten, bij de diagnose chronisch pijnsyndroom of fibromyalgie, beoordeeld naar de internationale stand van de wetenschap en de praktijk, te gelden heeft als zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden als be-

doeld in de voorwaarden van de zorgverzekering.

- 7.7. Bij de beoordeling 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.
- 7.8. Indien uit tenminste 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.
- 7.9. Een onderzoek naar dergelijke kwalitatieve onderzoeken met betrekking tot de onderhavige behandeling bij een chronisch pijnsyndroom of fibromyalgie is door het CVZ in zijn advies van 2 oktober 2007 uitgevoerd en de conclusie daarvan neemt de commissie over en maakt zij tot de hare.
- Op basis van deze gegevens komt de commissie tot de conclusie dat de onderhavige behandeling bij de gegeven indicatie, beoordeeld naar de internationale stand der wetenschap en de praktijk, niet te gelden heeft als zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden en daardoor niet als een verzekerde prestatie op grond van de zorgverzekering kan worden beschouwd.
- 7.10. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

8. Het bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 19 november 2007,

Voorzitter