

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vertegenwoordigd door E te F tegen C te D
Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, behandeling van hypogonadisme
met Testosteron Lyposomale Gel
Zaaknummer : 2011.00835
Zittingsdatum : 22 februari 2012

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2010, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2010)

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door E te F

tegen

C te D hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] Zorgverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering [naam ziektekostenverzekeraar] Compleet afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van een behandeling met Testosteron Lyposomale Gel, uitgevoerd te Aalst (België) (hierna: de aanspraak). Voor deze zorg heeft de ziektekostenverzekeraar bij brief van 13 februari 2007 een machtiging verleend. Bij brief van 13 september 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de behandelingen met ingang van 1 januari 2011 niet meer worden vergoed. De kosten van de behandelingen tot en met 31 december 2010 zijn coulancehalve vergoed.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 8 oktober 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing met betrekking tot de zorgverzekering te handhaven. Vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering is een beperkte vergoeding mogelijk.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.4. Bij brief van 11 augustus 2011 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig in te willigen, ten laste van de zorgverzekering (hierna: het verzoek).

- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 12 december 2011 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 14 december 2011 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 22 december 2011 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 13 december 2011 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 12 januari 2012 heeft het CVZ (zaaknummer 2011133560) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat de behandeling met Testosteron Lyposomale gel bij de indicatie van verzoeker niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is en daarmee geen verzekerde prestatie. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 22 februari 2012 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 23 februari 2012 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of het verslag aanleiding geeft tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 27 februari 2012 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Volgens verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar zich bij de beoordeling van de aanvraag laten leiden door de zorg zoals deze in het algemeen in de Energiekliniek te Aalst wordt uitgevoerd, en niet gekeken naar zijn individuele situatie. Ook is niet duidelijk welke literatuur de ziektekostenverzekeraar heeft geraadpleegd. De zorg die aan verzoeker wordt verleend is conform de stand van de wetenschap en praktijk. De kosten hiervan dienen derhalve te worden vergoed.
- 4.2. Op de machtiging die door de ziektekostenverzekeraar is verstrekt, is geen einddatum vermeld. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker niet tijdig op de hoogte gesteld dat geen vergoeding meer zou plaatsvinden. Ook is niet duidelijk wat er veranderd is sinds de afgifte van de machtiging in 2007.
- 4.3. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat hij een burn-out heeft gekregen nadat zijn vrouw in België onder behandeling kwam. Hij is gezien door de zelfde arts als zijn vrouw, die een tekort aan testosteron vaststelde, en hiervoor een behandeling met Testosteron Lyposomale Gel voorschreef. De ziektekostenverzeke-

raar wenste een medische onderbouwing voor deze behandeling, die is gegeven met informatie uit PubMed. Op basis van deze informatie heeft de ziektekostenverzekeraar een machtiging afgegeven. De machtiging is later zonder een geldige reden ingetrokken.

4.4. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt dat het niet vermelden van een einddatum op een machtiging niet betekent dat de behandelingen altijd zullen worden vergoed. Een machtiging kan worden ingetrokken, mits daarbij een redelijke overgangstermijn in acht wordt genomen. De overgangstermijn die bij verzoeker in acht is genomen, is redelijk.

5.2. De zorg die verzoeker heeft ontvangen is niet conform de stand van de wetenschap en praktijk. Dit blijkt uit een onderzoek dat de eigen medisch adviseur heeft verricht. Hij heeft hierbij gekeken naar de internationale medisch-wetenschappelijke literatuur, en heeft medegedeeld dat de effectiviteit en doelmatigheid van de gecombineerde reguliere en alternatieve geneeswijzen onvoldoende wetenschappelijk zijn onderbouwd.

5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat de machtiging vanwege voortschrijdend inzicht niet is verlengd. Er is een overgangsperiode getroffen.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. De commissie is 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 volledig in te willigen, ten laste van de zorgverzekering.

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 19 tot en met 42 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering.

- 8.3. Artikel 20 van de ‘algemene voorwaarden’ van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

*“20.2.1. Kosten van zorg die wij vergoeden
Wij vergoeden medisch-specialistische zorg zonder opname.
Wij vergoeden de verpleging, de geneesmiddelen, de hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen. (...)”*

- 8.4. Artikel 18 van de ‘algemene voorwaarden’ van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

“Als u in Nederland woont, hebt u recht op vergoeding van verzekerde zorg door een zorgaanbieder of zorginstelling buiten Nederland. (...)”

- 8.5. Artikel 2.5 van de ‘algemene voorwaarden’ van de zorgverzekering luidt, voor zover hier van belang:

“In deze voorwaarden hebben wij omschreven voor welke behandelingen u recht hebt op vergoeding. De inhoud en omvang van deze zorg wordt bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk of door wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. U hebt recht op zorg waarop u naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen.”

- 8.6. De artikelen 2.5, 18 en 20 van de ‘algemene voorwaarden’ van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2.1 van de ‘algemene voorwaarden’ 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 zorgverzekeraar 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 en diensten.

- 8.8. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Mede gelet op het door de ziektekostenverzekeraar ingenomen standpunt, is de vraag of de door verzoeker te Aalst ondergane behandeling voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering.

- 9.2. 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.
- 9.3. 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.
- 9.4. Een onderzoek naar dergelijke kwalitatieve onderzoeken met betrekking tot de onderhavige behandeling is door het CVZ uitgevoerd, en de bevindingen hiervan zijn in het advies van 12 januari 2012 verwoord. De conclusie van het advies is dat de behandeling met Testosteron Lyposomale Gel bij de indicatie van verzoeker niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is en daarmee geen verzekerde prestatie. Deze conclusie neemt de commissie over en zij maakt deze tot de hare.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.5. Tussen partijen is de hoogte van de vergoeding vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering niet in geschil, zodat die verzekering buiten beschouwing kan blijven.

Machtiging

- 9.6. Door de ziektekostenverzekeraar is op 13 februari 2007 een machtiging afgegeven. Aangezien deze machtiging betrekking heeft op de aanvullende ziektekostenverzekering, is de commissie niet bevoegd de reden van afgifte te beoordelen. Met betrekking tot de vraag of deze machtiging zijn werking sindsdien heeft behouden, is de commissie – voor zover het althans het tijdvak na 1 januari 2008 betreft – wel bevoegd. De commissie oordeelt te dien aanzien dat een machtiging mag worden ingetrokken, mits daarbij een redelijke overgangstermijn in acht wordt genomen. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker bij brief van 13 september 2010 bericht dat de machtiging met ingang van 1 januari 2011 zou komen te vervallen. Hij heeft de kosten van de behandelingen nog tot en met 31 december 2010 coulancehalve vergoed. Naar het oordeel van de commissie is aldus sprake van een redelijke overgangstermijn.

Conclusie

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

Zeist, 7 maart 2012,

Voorzitter