

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C te D en E te F
Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, intraveneuze toediening van
Voluvel, Trental, Pantozol/nexium en Soludecorten bij M. Menière
Zaaknummer : 2010.02290
Zittingsdatum : 13 april 2011

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2010, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2010)

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoeker,

tegen

1) C te D en

2) E te F

hierna gezamenlijk 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 Beter Af Polis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Beter Af Plus Polis 2 sterren, Beter Af Tandarts Polis 2 sterren en het Beter Af Extra Pakket afgesloten (hierna gezamenlijk: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde 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 de behandeling van M. Menière door middel van intraveneuze toediening van Voluvel, Trental, Pantozol/nexium en Soludecorten, uitgevoerd te Duisburg (Duitsland) (hierna: de aanspraak), welke aanspraak bij beslissing van 16 september 2010 is afgewezen.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 28 september 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. Bij brief van 22 oktober 2010 heeft verzoeker 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).
- 3.4. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 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 stuk-

ken gevoegd.

- 3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 24 februari 2011 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 1 maart 2011 aan verzoeker gezonden.
- 3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 2 maart 2011 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden.
- 3.7. Bij brief van 1 maart 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 24 maart 2011 heeft het CVZ (zaaknummer 2011023982) 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 van M. Menière met intraveneuze toediening van Voluvel, Trental, Pantozon/nexium en Solu-decorten geen zorg is conform de stand van de wetenschap en praktijk.
Een afschrift van het CVZ-advies is op 31 maart 2011 aan partijen gezonden. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben van deze mogelijkheid geen gebruik gemaakt.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
 - 4.1. De behandelend KNO-arts in Nederland heeft het volgende verklaard: “[Verzoeker] is bij mij onder behandeling ivm fluctuerende oorlasten links, momenteel meest waarschijnlijk passend bij een M. Meniere. De gebruikelijke conservatieve therapie zoals toegepast wordt in ons land heeft tot op heden niet het gewenste resultaat opgeleverd. Patient zelf is buiten de grenzen op zoek gegaan, en is voornemens zich te laten behandelen in (...) Duisburg door de KNO arts aldaar middels intraveneuze toediening van zowel Voluvel, Trental, Pantazol/nexium als Soludecorten. (...)”
 - 4.2. Verzoeker stelt dat hij begin februari 2010 bij het opstaan last had van doofheid en een drukkend gevoel in het linkeroor. Ook had hij last van een zoemend geluid. De huisarts constateerde niets ernstigs en schreef een neusspray voor. Op verzoek van verzoeker vond een onderzoek door de KNO-arts plaats. Deze stelde symptomen van hyperacusis, paracusis en diplacusis vast. Een oorzaak of adequate behandeling kon echter niet worden gegeven, en de klachten bleven aanhouden.
 - 4.3. Via internet heeft verzoeker een KNO-arts in Duisburg gevonden die behandeling met infuustherapie uitvoert. Verzoeker heeft de behandeling laten uitvoeren. Een week daarna waren de klachten volledig verdwenen. Na ruim een maand was er een lichte terugval, doch niet tot het niveau van vóór de behandeling. Een nieuwe behandeling zal daarbij uitkomst bieden.
 - 4.4. De infuustherapie voldoet niet aan het criterium “stand van de wetenschap en praktijk”, maar wel aan het criterium “verantwoorde en adequate zorg en diensten in het betrokken vakgebied”. Deze behandeling is vele jaren met succes toegepast, en betreft in Duitsland reguliere zorg.
 - 4.5. 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 de door verzoeker gewenste behandeling nog onvoldoende is onderzocht, en dat de effectiviteit daarvan op de langere termijn nog niet is aangetoond via een Randomized Clinical Trial. De zorg is niet conform de stand van de wetenschap en praktijk, en vormt hierom geen verzekerde prestatie onder de zorgverzekering. Een vergoeding uit coulance is niet mogelijk, omdat zulks zou resulteren in een premieverhoging voor alle aanvullend verzekerden.
- 5.2. 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 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 naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld onder het kopje 'aanspraken' van de zorgverzekering. Artikel 4 van de 'aanspraken' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"Wij vergoeden de kosten van:

- medisch specialistische of kaakchirurgische zorg;*
- de bij de behandeling behorende paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.*

De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen medisch specialisten als zorg plegen te bieden. (...)"

Artikel 19 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

"De verzekerde die woont in Nederland, heeft naar keuze aanspraak op:

- zorg door een zorgverlener die door ons in het buitenland is gecontracteerd;*
- vergoeding van de kosten van zorg van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener conform de aanspraken van [de zorgverzekering] tot maximaal:*

- *wanneer dit bij een aanspraak wordt genoemd, de lagere vergoeding of de eigen bijdrage die u verschuldigd bent;*
- *het op dat moment op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde (maximum-)tarief;*
- *wanneer en voor zover geen op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgesteld (maximum-)tarief bestaat, het in Nederland geldende marktconform bedrag. (...)"*

Artikel 2.4 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering bepaalt dat de inhoud en omvang van de zorg als in de zorgverzekering omschreven, mede wordt 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.

- 8.3. De artikelen 4 van de 'aanspraken' van de zorgverzekering en 2.4 en 19 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).
- 8.4. Artikel 11, lid 1, onderdeel a 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 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. Artikel 13 Zvw regelt de aanspraak op zorg indien een verzekerde gebruikmaakt van een zorgaanbieder die niet door de zorgverzekeraar is gecontracteerd.
- 8.5. 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. De vraag is of de onderhavige 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 menin-

gen 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 in zijn advies van 24 maart 2011 uitgevoerd. De conclusie hiervan is dat intraveneuze toediening van Voluvel, Trental, Pantozol/nexium en Solu-decorten bij M. Menière geen zorg is conform de stand van de wetenschap en praktijk. Deze conclusie neemt de commissie over en zij maakt deze tot de hare.
- 9.5. Verzoeker stelt dat het criterium “stand van de wetenschap en praktijk” niet op de onderhavige behandeling van toepassing is, doch wel het criterium “verantwoorde en adequate zorg en diensten in het betrokken vakgebied”. Aan het laatstgenoemde criterium wordt echter alleen getoetst indien toetsing aan het criterium “stand van de wetenschap en praktijk” niet mogelijk is, omdat het verzekerde zorg of een dienst betreft die minder of geen wetenschappelijke status heeft of behoeft. Dit is bijvoorbeeld het geval bij zittend ziekenvervoer. Voor de behandeling die verzoeker heeft ondergaan, geldt dat deze wel kan worden getoetst aan het criterium “stand van de wetenschap en praktijk”, zodat zijn stelling faalt.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.6. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor de onderhavige zorg, zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden toegewezen.

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, 13 april 2011,

Voorzitter