

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, in dezen vertegenwoordigd door E tegen C en F, beide te D
Zaak : EU-EER, lymfoveneuze shunt bij lymfoedeem
Zaaknummer : 2009.00205
Zittingsdatum : 23 september 2009

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, in dezen vertegenwoordigd door E

tegen

C en F beide te D, hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 31 oktober 2008 de kosten van een door haar te Leuven (België) ondergane behandeling, bestaande uit het aanleggen van een lymfoveneuze shunt bij lymfoedeem, niet te vergoeden.

3. Ontstaan en verloop van het geding

3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorg-op-maatpolis (hierna: de zorgverzekering). Een zorgverzekering betreft een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Top Collectief en Tandarts Collectief afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3.2. In 2006 heeft verzoekster een gynaecologische ingreep ondergaan, waarna zij lymfoedeem in de benen heeft ontwikkeld. In verband hiermee draagt verzoekster steunkousen en ondergaat zij behandelingen manuele lymfedrainage en oefentherapie. Op 18 september 2008 heeft verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor “een consult en eventuele verdere behandeling” bij dr. Biscompte, vaatspecialist verbonden aan het Heilig Hart ziekenhuis te Leuven, ten laste van de zorgverzekering, dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 1 oktober 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoekster uitgelegd wat onder een second opinion wordt verstaan, en hoe de vergoeding is geregeld indien gebruik wordt gemaakt van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Hierop heeft verzoekster, bij e-mailbericht van 2 oktober 2008, goedkeuring gevraagd voor een “poliklinische Shunt-operatie om het lymfoedeem te reduceren of op te heffen.”

3.3. Op 13 oktober 2008 is bij verzoekster een lymfoveneuze shunt aangelegd (hierna: de behandeling). Bij brief van 31 oktober 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.

- 3.4. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 16 december 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.5. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.6. Bij brief van 29 mei 2009 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).
- 3.7. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 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.
- 3.8. De ziektekostenverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief van 30 juli 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 3 augustus 2009 aan verzoekster gezonden.
- 3.9. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 26 augustus 2009 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. Na te zijn uitgenodigd voor de hoorzitting, heeft verzoekster bij brief van 16 september 2009 medegedeeld af te zien van horen. Op de vraag of de ziektekostenverzekeraar wel prijs stelde op een hoorzitting, heeft deze ontkennend geantwoord.
- 3.10. Bij brief van 3 augustus 2009 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 4 september 2009 heeft het CVZ (zaaknummer 29085014) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat het aanleggen van lymfo-veneuze anastomoses bij de behandeling van lymfoedeem in de onderste extremiteiten geen zorg is conform de stand van de wetenschap en praktijk, en daarmee geen verzekerde prestatie. Een afschrift van het CVZ-advies is op 7 september 2009 aan partijen gezonden.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
- 4.1. Verzoekster stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat zij na een gynaecologische ingreep lymfoedeem is gaan ontwikkelen in haar benen. In verband hiermee draagt zij steunkousen en is zij onder behandeling bij een kinesitherapeut in België. Ondanks het gebruik van therapeutisch elastische kousen, de manuele lymfedrainage ad modum Vodder twee à drie keer per week, en actieve oefentherapie, bleven de klachten toenemen. Inmiddels is echter sprake van verminderde vochtophoping, minder pijn/druk en een afnemende behoefte aan fysiotherapie. Het bevreemdt verzoekster dat de ziektekostenverzekeraar de kosten van de conservatieve behandelingen wel vergoedt, maar niet die van de in het geding zijnde behandeling. Daarbij haalt verzoekster de diverse contacten, per e-mail en telefoon, met de ziektekostenverzekeraar aan.

4.2. Verzoekster verwijst naar een advies van de Commissie Verstrekkingengeschillen van het College voor zorgverzekeringen van 6 maart 2006 (zaaknummer 26027873) en concludeert dat zij aan alle, in dat verband genoemde, relevante criteria voldoet. Deze criteria zijn sinds de inwerkingtreding van de Zvw niet gewijzigd.

4.3. Verzoekster komt tot de conclusie dat haar verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, en onder verwijzing naar de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden dat de onderhavige behandeling niet conform de stand van de wetenschap en de praktijk is. Hiervoor verwijst hij naar de meest recente richtlijn, "Guidelines on the diagnosis assessment and management of lymphoedema". Er is dan ook geen sprake van een verzekerde prestatie op grond van de zorgverzekering.

5.2. Volgens de ziektekostenverzekeraar mocht verzoekster er niet gerechtvaardigd op vertrouwen dat zij de behandeling te Leuven vergoed zou krijgen. Door de beslissing op de aanvraag niet af te wachten, heeft verzoekster het risico aanvaard dat de kosten voor haar rekening zouden blijven.

5.3. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoekster terecht is afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

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. De beoordeling van het geschil

7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de door verzoekster ondergane behandeling, bestaande uit het aanleggen van een lymfoveneuze shunt bij lymfoedeem, te vergoeden ten laste van de zorgverzekering, dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.

Ten aanzien van de zorgverzekering

7.2. Het betreft hier een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 19 tot en met 39 van de zorgverzekering.

Artikel 20 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat. Het artikel luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

"Artikel 20 Medisch-specialistische zorg (excl. Geestelijke Gezondheidszorg)

lid 1

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

lid 3 Niet-klinische medisch-specialistische zorg

Aanspraak bestaat op medisch-specialistische behandeling in een of door een instelling voor medisch specialistische zorg. De aanspraak omvat de met de behandeling gepaard gaande verpleging, alsmede de bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

(...)

Bij zorg in een niet-gecontracteerde instelling voor medisch specialistische zorg of door een niet-gecontracteerde zorgverlener vindt een kostenvergoeding plaats tot maximaal hetgeen in het Restitutie Reglement van de [zorgverzekering] vermeld staat. Dit Reglement is kosteloos opvraagbaar en staat ook op de internetsite van de zorgverzekeraar."

- 7.3. Volgens artikel 2 lid 4 van de zorgverzekering wordt de aanspraak op zorg of vergoeding van kosten van zorg als in de zorgpolis omschreven, naar inhoud en omvang mede bepaald door de stand der wetenschap en praktijk, dan wel, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
- 7.4. Artikel 11 van de zorgverzekering ziet op zorg in het buitenland. In lid 1 is bepaald:
- "De verzekerde die woont in Nederland heeft aanspraak op zorg van een door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder of instelling buiten Nederland. In het geval dat een verzekerde de zorg inroept van een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder of instelling vindt vergoeding van kosten plaats conform het bepaalde dat elders in de polis bij iedere zorgvorm afzonderlijk is aangegeven indien zorg binnen Nederland door een niet gecontracteerde zorgverlener of instelling zou zijn verleend."*
- 7.5. Volgens artikel 2 lid 1 van de zorgverzekering is de verzekeringsovereenkomst gebaseerd op de Zvw, het Besluit zorgverzekering (Bzv) met de daarbij behorende Regeling zorgverzekering (Rzv), met inbegrip van de daarbij behorende toelichting, en het door de verzekeringnemer ingevulde aanvraagformulier.
- 7.6. 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 13 Zvw regelt de vergoeding indien wordt gekozen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder.
- 7.7. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.8. De vraag is allereerst of het aanleggen van een lymfoveneuze shunt bij lymfoedeem voldoet aan de stand van de wetenschap en de praktijk als bedoeld in artikel 2 lid 4 van de zorgverzekering.
- 7.9. 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.

- 7.10. 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.

- 7.11. Een onderzoek naar dergelijke kwalitatieve onderzoeken met betrekking tot de onderhavige behandeling is door het CVZ in zijn advies van 4 september 2009 uitgevoerd. De conclusie daarvan, dat de onderhavige operatie (nog) niet in overeenstemming is met de stand van de wetenschap en praktijk, en daarom niet behoort tot de verzekerde prestaties op grond van de zorgverzekering, neemt de commissie over en zij maakt deze tot de hare.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 7.12. De door verzoekster afgesloten aanvullende ziektekostenverzekering kent geen dekking voor de onderhavige kosten en behoeft om die reden in dit verband geen verdere aandacht.

Werking privaatrecht

- 7.13. Voor zover verzoekster, door te verwijzen naar de diverse contacten met de ziektekostenverzekeraar, heeft willen suggereren dat bij haar bepaalde, gerechtvaardigde

verwachtingen ten aanzien van de vergoeding van de behandeling zijn gewekt, overweegt de commissie het volgende.

Reeds naar aanleiding van de reactie op haar verzoek van 18 september 2008 zou voor verzoekster duidelijk moeten zijn geweest dat een eventuele behandeling in het buitenland niet zonder meer voor (volledige) vergoeding in aanmerking zou komen. Verzoekster realiseerde zich dit kennelijk ook, aangezien zij de ziektekostenverzekeraar op 2 oktober 2008 nadrukkelijk goedkeuring heeft gevraagd voor de behandeling. In reactie daarop is haar verzocht om aanlevering van informatie, waarbij is vermeld dat de aanvraag na ontvangst daarvan in behandeling zou worden genomen. Op 15 oktober 2008 zond verzoekster het gevraagde aan de ziektekostenverzekeraar, waarbij zij aangaf dat zij hoopte een positief bericht te mogen ontvangen. Hoewel verzoekster dus wist dat op basis van de ingezonden informatie nog een beoordeling zou plaatsvinden, met de daaraan verbonden onzekere uitkomst, koos zij er toch voor de behandeling alvast te doen plaatsvinden. Door aldus te handelen heeft zij het risico op zich genomen dat de daarmee gemoeide kosten voor haar rekening zouden blijven.

Conclusie

7.14. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

8. Het bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 23 september 2009,

Voorzitter