

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B deze vertegenwoordigd door F, tegen C en E beide te D
Zaak : EU/EER, Geneeskundige zorg, vaso-actieve baxters, CO2-
inhalaties en intraveneuze corticotherapie bij plotse sensorineura-
le doofheid
Zaaknummer : 2009.01585
Zittingsdatum : 11 augustus 2010

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 2009, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2009)

1. Partijen

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

tegen

1) C en

2) E beide te D,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 16 juli 2009 een door hem in Wilrijk (België) ondergane “behandeling [met] (...) vaso-actieve baxters, CO2-inhalaties en intraveneuze corticotherapie” niet te vergoeden.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorgkeuzepolis (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 Plus afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. Bij brief van 16 juli 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de door deze te Wilrijk ondergane behandeling niet wordt vergoed.
- 3.3. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 28 augustus 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.5. Bij brief van 2 december 2009 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).
- 3.6. 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 ver-

zoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 18 februari 2010 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 22 februari 2010 aan verzoeker gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 25 februari 2010 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.9. Bij brief van 22 februari 2010 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 21 juni 2010 heeft het CVZ (zaaknummer 2010029397) 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 onderhavige behandeling niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is. Een afschrift van het CVZ-advies is op 22 juni 2010 aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 11 augustus 2010 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.11. Bij brief van 12 augustus 2010 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 voorlopige advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 25 augustus 2010 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopige advies als definitief kan worden beschouwd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. De NKO-chirurg die verzoeker behandelt, heeft verklaard: "(...) dat voor [verzoeker] ziekenhuisopname noodzakelijk is voor behandeling van plots perceptief gehoorverlies links. De behandeling zal bestaan uit vaso-actieve baxters, CO2-inhalaties en intraveneuze corticotherapie. De behandeling zal 5 dagen duren. Tijdens de opname zal tevens MRI-onderzoek fossa posterior uitgevoerd worden. (...)”
- 4.2. De behandeling heeft van 8 tot en met 14 juli 2009 plaatsgevonden.
- 4.3. Verzoeker stelt dat hij kampte met evenwichtstoornissen en plotselinge doofheid. In Nederland kreeg hij een gehoorapparaat aangemeten, hetgeen niet hielp. Verzoeker kon eerst na vier maanden terecht bij de KNO-arts in Nederland. Daarom is hij uitgeweken naar België, waar hij direct kon worden geholpen. De ziektekostenverzekeraar heeft echter geweigerd een machtiging af te geven, omdat de behandeling niet conform de stand van de wetenschap en praktijk zou zijn. Deze behandeling wordt echter al dertig jaar met succes toegepast. Verzoeker heeft de behandeling met een goed resultaat ondergaan.
- 4.4. Ter zitting is door verzoekster aangevoerd dat de behandeling conform de stand van de wetenschap en praktijk is, aangezien deze al dertig jaar wordt toegepast met goede resultaten. Verzoeker had in Nederland niet zo snel geholpen kunnen worden. De

wachttijd bedroeg vier maanden.

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 zijn medisch adviseur heeft medegedeeld dat de door verzoeker ondergane behandeling, te weten intraveneuze toediening van corticosteroïden, CO₂-inhalaties en vaso-actieve baxters niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Bij de beoordeling wordt gekeken naar de internationale medisch-wetenschappelijke literatuur, wetenschappelijk onderzoek en gezaghebbende meningen van specialisten. Het enkele gegeven dat een bepaalde behandeling al dertig jaar met goed resultaat wordt toegepast, kan niet leiden tot de conclusie dat de behandeling voldoet aan de gestelde eisen. De door verzoeker ondergane behandeling kan daarom niet worden aangemerkt als een verzekerde prestatie die dient te worden vergoed ten laste van de zorgverzekering.

5.2. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat de verleende zorg – mede gelet op het CVZ-advies – niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is.

5.3. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag terecht is 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 kosten verbonden aan de door verzoeker ondergane behandeling te vergoeden, 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 19 tot en met 43 van de ‘algemene voorwaarden’ van de zorgverzekering.

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:

“U hebt recht op vergoeding van medisch-specialistische zorg zonder opname als u voldoet aan de volgende voorwaarden:

Algemeen

Het gaat om zorg die medisch-specialisten normaal gesproken verlenen.

Zorgadvies en akkoordverklaring

U moet vooraf bij ons zorgadvies hebben aangevraagd en een akkoordverklaring van ons hebben gekregen als sprake is van medisch-specialistische zorg:

(...)

- die keel-, neus- en oorheelkunde (KNO) omvat; (...)"

Artikel 11 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"

In artikel 2.5 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering is omschreven dat de inhoud en omvang van de 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.

- 8.3. De artikelen 2.5, 9 en 20 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2.1 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.4. 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 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 gebruik wordt gemaakt van een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder.
- 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 door verzoeker te Wilrijk ondergane behandeling voldoet aan de stand van de wetenschap en de 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: bewijsvoe-

ring) 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 in zijn advies van 21 juni 2010 uitgevoerd en de conclusie daarvan neemt de commissie over en maakt zij tot de hare.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.5. De commissie is gebleken dat de aanvullende ziektekostenverzekering geen dekking biedt voor de onderhavige behandeling, zodat de bespreking daarvan verder achterwege blijft.

Conclusie

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

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 8 september 2010,

Voorzitter