

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C te D, in deze vertegenwoordigd door E te F
Zaak : EU-EER, Geneeskundige zorg, auditoire cortex stimulatie bij tinnitus
Zaaknummer : 2009.01164
Zittingsdatum : 9 september 2009

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

C te D, in deze vertegenwoordigd E te F, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 28 april 2009 een auditoire cortex stimulatie bij tinnitus af te wijzen.

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 [naam ziektekostenverzekeraar] Zorgverzekering variant Natura (hierna: de zorgverzekering). Een zorgverzekering betreft een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen [naam ziektekostenverzekeraar] Compleet pakket (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering) en [naam ziektekostenverzekeraar] Tandartskostenverz. incl. techniekkosten € 1.900,-- afgesloten, welke laatste in het vervolg buiten beschouwing blijft. Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. De behandelend neurochirurg heeft bij verzoeker de volgende diagnose gesteld: "(...) een graad 3 oorsuizen 8/10 scorend op de visueel analoge schaal voor wat betreft intensiteit en distress. Het is rechtszijdig gelocaliseerd en bestaat sinds 1998". Verzoeker heeft naar aanleiding van de gestelde diagnose bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een "auditoire cortex stimulatie" ten laste van de zorgverzekering, dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 28 april 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.3. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij e-mail van 15 mei 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 18 juni 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 verzoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief gedateerd 21 juli 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 21 juli 2009 aan verzoeker gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 23 juli 2009 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.9. Bij brief van 21 juli 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 25 augustus 2009 heeft het CVZ (zaaknummer 29079710) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat directe elektrische stimulatie van de hersenschors als behandeling van tinnitus niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en daarom niet kan worden aangemerkt als een verzekerde prestatie. Een afschrift van het CVZ-advies is op 27 augustus 2009 aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 9 september 2009 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 10 september 2009 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 september 2009 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. Verzoeker stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat hij sinds 1998 kampt met tinnitus. Het betreft een continue hoge pieptoon van ongeveer 10.000 Hz. Hierdoor heeft verzoeker slaapproblemen. Sinds 2006 is hij met toestemming van de ziektekostenverzekeraar onder behandeling van een neurochirurg in het UZA te Antwerpen. De oplossing voor zijn probleem kan mogelijk gevonden worden in een auditoire cortex stimulatie. Dit betreft weliswaar een operatie die (nog) niet gebruikelijk is, doch de neuroloog heeft alle vertrouwen in deze methode. Het uitvoeren van de operatie bij verzoeker zou een verdere doorbraak in de tinnitusproblematiek kunnen betekenen voor wellicht vele andere mensen, en in de toekomst een kostenbesparing voor de ziektekostenverzekeraar kunnen opleveren.

4.2. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling het volgende aangevoerd. Vanaf begin 2006 is hij onder behandeling van de arts in Antwerpen. Deze heeft een eigen tinnituskliniek. Voorafgaande aan de behandeling in Antwerpen had verzoeker in Nederland een traject doorlopen. Het is begonnen met middenoorontsteking, daarna volgde een vervelende pieptoon. Door deze toon heeft verzoeker moeite om te functioneren. Zo kan hij slecht slapen, en hebben de slaapmiddelen die hij hiervoor innam, hun werking verloren. Verzoeker heeft laat besloten zich te laten behandelen in Antwerpen, zodat het probleem niet kon worden opgelost met een implantaat. Daarom is gekozen voor de ongebruikelijke behandeling.

4.3. Verzoeker komt tot de conclusie dat zijn 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, dat de behandeling waarop verzoeker aanspraak maakt, niet conform de stand van de wetenschap en de praktijk is. Dit blijkt onder andere uit een advies van het CVZ uit 2007. Verstrekking ten laste van de zorgverzekering is derhalve niet mogelijk. Het argument van verzoeker dat door een dergelijke behandeling kosten bespaard kunnen worden is een veronderstelling die niet op basis van feiten aantoonbaar is.

5.2. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt herhaald.

5.3. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoeker 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 auditoire cortex stimulatie te verstrekken, 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 ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 12 tot en met 38 van de zorgverzekering. Artikel 14 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:

“geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten deze plegen te bieden, met inbegrip van het daarbij behorende laboratoriumonderzoek (...)”

Artikel 9 van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland. Het artikel luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

“De verzekerde die in Nederland woont, en die tijdelijk verblijft in een ander land, heeft naar keuze aanspraak op:

- zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de EU-socialezekerheidsverordening of een socialezekerheidsverdrag, als dit voor de verzekerde van toepassing is;*
- zorg door een zorginstelling of zorgaanbieder die door de zorgverzekeraar is gecontracteerd;*
- vergoeding van de kosten van voorzienbare zorg zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden van een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling, volgens het bepaalde in artikel 11.4 van deze verzekeringsvoorwaarden;*
- vergoeding van de kosten van onvoorzienbare zorg zoals opgenomen in deze verzekeringsvoorwaarden, die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot terugkeer naar Nederland, van een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling, tot ten hoogste de in Nederland geldende Wmg-tarieven. (...)”*

Artikel 2.3 van de zorgverzekering bepaalt dat de aanspraak op zorg bestaat als en voor zover de verzekerde op de zorgvorm naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. Voorts bepaalt genoemd artikel dat de inhoud en omvang van de vormen van zorg mede worden 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 artikelen 14, 9 en 2.3 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2.1 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 7.4. 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 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 en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg of diensten.
- 7.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.6. In geschil is de vraag of auditoire cortex stimulatie, uitgevoerd bij tinnitus, voldoet aan de stand van de wetenschap en de praktijk als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 7.7. 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 toepas-

sing 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 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.
- 7.9. Een onderzoek naar dergelijke kwalitatieve onderzoeken met betrekking tot auditoire cortex stimulatie bij tinnitus is door het CVZ in zijn advies van 7 september 2007 uitgevoerd. Daarbij is het CVZ tot de conclusie gekomen dat de behandeling niet in overeenstemming is met de stand van de wetenschap en praktijk. Het CVZ heeft zijn standpunt in het advies van 25 augustus 2009 herhaald. De conclusie daarvan neemt de commissie over en maakt deze daarmee tot de hare.
- 7.10. Voor zover verzoeker stelt dat het uitvoeren van de gevraagde operatie voor de ziektekostenverzekeraar een mogelijke besparing in de toekomst oplevert, merkt de commissie het volgende op. Om voor vergoeding of verstrekking ten laste van de zorgverzekering in aanmerking te kunnen komen, moet de gewenste behandeling onder de dekking van de zorgverzekering vallen, hetgeen in casu niet het geval is. Dit betekent dat noch bij de primaire beslissing op het verzoek door de ziektekostenverzekeraar, noch bij de beoordeling in geschil van die beslissing, enige ruimte bestaat voor beoordeling door de commissie aan de hand van de vraag of aannemelijk is dat de gewenste behandeling in de toekomst een besparing oplevert.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 7.11. De commissie is gebleken dat de aanvullende ziektekostenverzekering geen dekking biedt voor het gevraagde, en dat deze ook geen onderwerp van het geschil vormt.

Conclusie

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

8. Het bindend advies

- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 7 oktober 2009,

Voorzitter