

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B vs C te D
Zaak	: Geneeskundige zorg, medisch-specialistische zorg, buitenland
Zaaknummer	: ANO07.276
Zittingsdatum	: 3 oktober 2007

Zaak: ANO07.276 (Geneeskundige zorg, medisch-specialistische zorg, buitenland)

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. T. Hartlief (voorzitter), mr. J.H.A. Teulings en mr. drs. P.J.J. Vonk)

(Voorwaarden zorgverzekering 2007, art. 10 en 11 Zvw, 2.1, 2.2 en 2.4 Bzv)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen verzoeker,

tegen

C te D, hierna te noemen de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen het besluit van de zorgverzekeraar van 5 maart 2007 inzake het niet vergoeden van de Extracorporeal Shock Wave Therapy (hierna: ESWT), uitgevoerd te Kapellen (België).

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorgkeuze polis, een verzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw) (hierna: de zorgverzekering), alsmede op basis van een tweetal aanvullende verzekeringen.
- 3.2. Bij brief van 5 maart 2007 heeft de zorgverzekeraar verzoeker medegedeeld dat de ESWT, uitgevoerd te Kapellen niet voor vergoeding in aanmerking komt.
- 3.3. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 24 mei 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker meegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. Bij brief van 10 juni 2007 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de kosten van de ESWT te Kapellen alsnog te vergoeden.
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 37,00 voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren.
- 3.6. De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie op 24 juli 2007 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt.
- 3.7. Bij brief van 31 juli 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen verzocht om advies, een en ander conform artikel 114 van de Zvw.

- 3.8. Op 31 juli 2007 is verzoeker een afschrift van de reactie van de zorgverzekeraar gezonden. Tevens zijn partijen in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 3 oktober 2007 telefonisch gehoord.
- 3.9. Het College voor zorgverzekeringen heeft op 15 augustus 2007, op de voet van artikel 114 lid 3 van de Zvw, zijn advies gegeven. Een afschrift hiervan is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 6 september 2007 aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 3 oktober 2007 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het College voor zorgverzekeringen. Verzoeker heeft van deze mogelijkheid gebruik gemaakt en gesteld dat het advies algemeen en nietszeggend is. De zorgverzekeraar heeft de rol van het College voor zorgverzekeringen toegelicht.
- 3.11. Bij brief van 4 oktober 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden. In vervolg hierop heeft het College voor zorgverzekeringen de commissie meegedeeld dat hetgeen in de hoorzitting naar voren is gebracht geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies.

4. Het standpunt van verzoeker

- 4.1. Verzoeker is een 62-jarige man die bij een uroloog in behandeling is wegens de ziekte van Peyronie. De behandelend medisch-specialist heeft ESWT geïndiceerd. Deze behandeling wordt op dit moment niet in Nederland toegepast, maar wel in België en Duitsland. De uroloog heeft verzoeker doorverwezen naar een medisch-specialist, gespecialiseerd in ESWT, te Kapellen (België).
- 4.2. Aangezien kalkdeposities zijn vastgesteld, is dat een reden temeer om voor ESWT in aanmerking te komen. ESWT is niet de generieke behandeling voor de ziekte van Peyronie, maar in bepaalde situaties is de behandeling adequaat. ESWT wordt wereldwijd toegepast met wisselend succes.
- 4.3. Van de zorgverzekeraar mag een specifiek en beargumenteerd antwoord op het verzoek tot vergoeding verwacht worden. Het is voor verzoeker onbegrijpelijk dat de zorgverzekeraar geen contact met zijn behandelend medisch-specialist heeft opgenomen.
- 4.4. Naar de commissie begrijpt komt verzoeker primair tot de conclusie dat de zorgverzekeraar de behandeling dient te vergoeden en subsidiair dat de behandeling op basis van 'no cure, no pay' zou moeten worden vergoed.

5. Het standpunt van de zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar stelt, onder verwijzing naar het advies van het College voor zorgverzekeringen (RZA 2006/105), dat de onderhavige behandeling nog niet voldoende wetenschappelijk beproefd en deugdelijk is bevonden bij de ziekte van Peyronie. Weliswaar zijn met ESWT positieve resultaten geboekt, maar er is meer studie nodig om de effectiviteit van de behandeling aan te kunnen tonen.

- 5.2. Aangezien zowel de aanvraag van verzoeker, als zijn medische situatie duidelijk zijn, was het niet nodig contact op te nemen met de behandelend medisch-specialist.
- 5.3. Medisch-specialisten beoordelen of sprake is van een medische indicatie, terwijl verzekeraars toetsen of op basis van de polisvoorwaarden een vergoeding kan worden verleend. In dit geval concludeert de zorgverzekeraar dat geen vergoedingsindicatie aanwezig is, nu sprake is van een behandeling die niet gebruikelijk is.
- 5.4. Met betrekking tot het voorstel van verzoeker om op basis van 'no cure, no pay' te vergoeden, stelt de zorgverzekeraar dat hij niet tot betaling op deze basis over kan gaan.
- 5.5. Alle zorgverzekeraars in Nederland zijn wat betreft de zorgverzekering gebonden aan dezelfde wet- en regelgeving. Een zorgverzekeraar is niet verplicht over te gaan tot betaling van een behandeling als de polisvoorwaarden daarvoor geen dekking bieden, ook niet als andere zorgverzekeraars dit, bijvoorbeeld uit coulance, wel doen.

6. De bevoegdheid van de commissie

Voor zover het onderhavige geschil betrekking heeft op de zorgverzekering, acht de commissie zich bevoegd daarvan kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. De commissie is daarentegen niet bevoegd ten aanzien van de aanvullende verzekeringen.

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. De relatie tussen partijen wordt beheerst door een verzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het BW en is nader omschreven in overweging 3.1 van het bindend advies. Deze verzekeringsovereenkomst betreft een zorgverzekering. Een 'zorgverzekering' in de zin van artikel 1 onder d van de Zvw, dient te voldoen aan de wettelijke eisen van de Zorgverzekeringswet. De aard en omvang van de in de zorgverzekering op te nemen verzekerde prestaties zijn omschreven in Hoofdstuk 3, de artikelen 10 tot en met 14a van de Zvw en de daarop gebaseerde regelgeving, met name het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv). Slechts voor zover de verzekering voldoet aan de wettelijke eisen – dat wil zeggen niet meer en niet minder biedt – is sprake van een zorgverzekering en heeft de verzekerde, door deze verzekering te sluiten, voldaan aan de op hem rustende verzekeringsplicht.
- 7.2. Het betreft hier een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg. Vergoeding voor medisch-specialistische zorg is geregeld in artikel 20 van de zorgverzekering.
- 7.3. Artikel 2 lid 4 van de zorgverzekering bepaalt dat de aanspraak op zorg naar inhoud en omvang mede bepaald wordt 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. Lid 5 van artikel 2 bepaalt dat een verzekerde slechts recht op zorg heeft voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

- 7.4. De regeling van de artikelen 2 en 20 is volgens artikel 2 lid 1 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Bzv en de Rzv.
- 7.5. In het kader van het onderhavige geschil is de volgende regelgeving relevant. Artikel 11 lid 1 onderdeel a van de Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde in voorkomend geval, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in de artikelen 2.1 en 2.4 van het Bzv. In artikel 2.1 lid 2 is bepaald dat de aanspraak op zorg of vergoeding van de kosten van zorg als in de zorgpolis omschreven, naar inhoud en omvang mede bepaald worden door de stand van de wetenschap en de praktijk, dan wel, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. Uit de Memorie van toelichting op artikel 2.1 van het Bzv blijkt het hier om het gebruikelijkheidscriterium te gaan, zoals dat onder de Ziekenfondswet gold, zij het dat onder de Zvw de stand van de wetenschap én de praktijk bepalend is.
- 7.6. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.7. De vraag is of ESWT bij de ziekte van Peyronie, beoordeeld naar de internationale stand van de wetenschap en de praktijk, te gelden heeft als zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 7.8. De commissie sluit in deze aan bij de in de medische wereld gangbare benadering volgens welke het principe van “Evidence Based Medicine” leidend is. Dit is het 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 op deze wijze gevonden artikelen wordt het niveau van bewijskracht 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 onderzoekopzet, onderzoekspopulatie, controlegroep, randomisatie, blinding, mate van behandelingseffect, follow-up en statistische analyse.
- 7.9. Indien uit tenminste twee “gerandomiseerd dubbelblind vergelijkend klinische onderzoeken” – wetenschappelijk onderzoek 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 beroeps-
genoten.

- 7.10. Een onderzoek naar dergelijke kwalitatieve onderzoeken met betrekking tot ESWT bij de ziekte van Peyronie is door het CVZ in zijn advies van 15 augustus 2007 uitgevoerd. Het CVZ verwijst hierin naar een literatuuronderzoek dat hij in mei 2006 heeft uitgevoerd. Niet is gebleken dat de inzichten sindsdien zijn gewijzigd. De conclusie van het CVZ neemt de commissie over en maakt zij tot de hare. Beoordeeld naar de internationale stand van de wetenschap en de praktijk kan derhalve niet gesteld worden dat deze behandeling als een verzekerde prestatie in de zin van de polisvoorwaarden heeft te gelden.
- 7.11. Zorgverzekeraars dienen op basis van de polisvoorwaarden te toetsen of een verzekerde in aanmerking komt voor (vergoeding van) zorg of overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Alle zorgverzekeraars in Nederland zijn wat betreft de zorgverzekering gebonden aan dezelfde wet- en regelgeving. Zij mogen niet meer of minder bieden dan de regelgeving hen toestaat. Zulks brengt met zich dat een zorgverzekeraar niet gehouden is over te gaan tot vergoeding of verstrekking van zorg als de polisvoorwaarden van de zorgverzekering daarvoor geen dekking bieden, ook niet als andere zorgverzekeraars dat - om welke reden ook - wel doen. Slechts indien een zorgverzekeraar een beleid voert waarbij meer wordt vergoed of verstrekt dan volgens de regelgeving inzake de zorgverzekering is toegestaan kan een verzekerde van die zorgverzekeraar op dat beleid een beroep doen. Aangezien verzoeker zich slechts beroept op het beleid van andere zorgverzekeraars, kan hem dat niet baten.
- 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, 17 oktober 2007

Voorzitter