

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vertegenwoordigd door E te F tegen C te D
Zaak : Geneeskundige zorg, bloedonderzoeken, Chronisch
Vermoeidheid Syndroom (CVS)
Zaaknummer : 2011.01372
Zittingsdatum : 7 maart 2012

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 2011, artt. 10 en 11 Zvw, 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2011)

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door E te F

tegen

C te D hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] Zorgverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Bepaalde Aanvullende Verzekering afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide 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. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op bloedonderzoeken, uitgevoerd in het kader van behandeling door professor De Meirleir te België (hierna: de aanspraak). Door middel van het toezenden van het vergoedingsoverzicht van 2 mei 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.

3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 6 juni 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.

3.4. Bij brief van 7 november 2011 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).

3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 37,- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit ver-

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

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 10 januari 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 11 januari 2012 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 6 februari 2012 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 13 februari 2012 schriftelijk medegedeeld eveneens niet te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 11 januari 2012 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 23 januari 2012 heeft het CVZ (zaaknummer 2012005605) 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 het Chronisch Vermoeidheid Syndroom door professor De Meirleir niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is. Het betreft dan ook geen verzekerde zorg. Dit betekent dat ook de diagnostiek in dat kader niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is. Een afschrift van het CVZ-advies is op 14 februari 2012 aan partijen gezonden. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren. Van de geboden gelegenheid hebben partijen geen gebruik gemaakt.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Verzoekster lijdt aan het Chronisch Vermoeidheid Syndroom (CVS). De huisarts heeft vastgesteld dat zij: *“(...) sinds 2001 [lijdt aan] een chronisch vermoeidheidssyndroom, waarvoor ze bij de gespecialiseerde internist van het UMC st Radboud te Nijmegen is geweest. Zij kreeg daar cognitieve gedragstherapie en herstelde zodanig dat ze met moeite 80% kon werken als apothekersassistente. Voelde zich toen redelijk. Laatste jaren is het weer stukken minder en werkt ze nog 2 uur per dag. Heeft ongeveer 12 uur per dag rust nodig. Komt in een sociaal isolement, want komt nauwelijks het huis uit vanwege vermoeidheid. Afgelopen winter 2009/2010 periode van fors braken en afvallen gehad, waarvoor 2 weken opname; een echte oorzaak kon niet worden gevonden. Daarna weer meer vermoeid geworden”*, en verzocht om *“(...) een second opinion ivm haar vermoeidheidsklachten (...)”*.
- 4.2. Verzoekster heeft zich tot professor De Meirleir in België gewend. Er zijn door hem onder meer bloedonderzoeken uitgevoerd, en deze hebben waardevolle bevindingen opgeleverd die tot dusver niet werden vastgesteld. Dergelijke onderzoeken worden ook in Nederland uitgevoerd en behoren tot de reguliere zorg. Verzoekster stelt dat de bloedonderzoeken daarom vergoed dienen te worden. Er is geen sprake van alternatieve zorg.
- 4.3. Verzoekster 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 bloedonderzoeken niet voor vergoeding in aanmerking komen, aangezien geen sprake is van verzekerde zorg. Deze vorm van onderzoek wordt in Nederland namelijk gezien als alternatief onderzoek bij een niet reguliere instelling, en hiervoor is geen dekking opgenomen in de Zorgverzekeringswet. De ziektekostenverzekeraar stelt de bloedonderzoeken wettelijk gezien niet te mogen vergoeden.
- 5.2. Het CVZ heeft onderzoek heeft gedaan met betrekking tot de behandelingen die professor De Meirleir bij de diagnose CVS uitvoert en is tot de conclusie gekomen dat deze behandelingen niet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. De behandelingen gelden niet als verantwoorde en adequate zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden. Op grond hiervan kunnen deze behandelingen niet als een verzekerde prestatie worden beschouwd op grond van de zorgverzekering. Ook de kosten van de diagnostiek komen om die reden niet voor vergoeding in aanmerking. De aanvullende ziektekostenverzekering kent eveneens geen vergoeding voor deze zorg.
- 5.3. Ook indien de bloedonderzoeken in het kader van de behandeling door professor De Meirleir in Nederland waren uitgevoerd, waren deze niet voor vergoeding in aanmerking gekomen, omdat het geen verzekerde zorg is.
- 5.4. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.
6. De bevoegdheid van de commissie
 - 6.1. Gelet op artikel 10 van de zorgverzekering en artikel 7 van de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie 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 is gehouden 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. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 tot en met 35 van de zorgverzekering.

Artikel 13 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“Omschrijving

U hebt recht op geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten deze plegen te bieden, met inbegrip van het daarbij behorende laboratoriumonderzoek, geneesmiddelen, verbandmiddelen en hulpmiddelen.

(...)

Verwijsbrief

Huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts voor verstandelijk gehandicapten, tandarts, verloskundige, medisch specialist of kaakchirurg.

Toestemming

U hebt voor een aantal behandelingen voorafgaande toestemming nodig.(...)”

In artikel 1.2 van de zorgverzekering is het volgende bepaald:

“U hebt recht op (vergoeding van de kosten van) zorg zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden als u op de zorgvorm naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezend en als de zorgvorm doelmatig en doeltreffend is. De inhoud en omvang van de zorgvorm wordt mede bepaald door wat de betreffende zorgaanbieders aan zorg ‘plegen te bieden’. Ook wordt de inhoud en omvang bepaald door de stand van de wetenschap en de praktijk. Deze wordt vastgesteld aan de hand van de Evidence Based Medicine (EBM)-methode. Als de stand van de wetenschap en praktijk ontbreekt, wordt de inhoud en vorm van de zorg bepaald door wat binnen het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg.”

- 8.3. De artikelen 1.2 en 13 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 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.
- 8.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 8.6. Artikel 20 van Vo 883/2004 (hierna: Verordening) luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

“1. Tenzij in deze verordening anders is bepaald, moet een verzekerde die naar een andere lidstaat reist met het oogmerk gedurende zijn verblijf verstrekkingen te ontvangen, daarvoor toestemming van het bevoegde orgaan vragen.

2. Een verzekerde die van het bevoegde orgaan toestemming heeft gekregen om zich naar een andere lidstaat te begeven met het oogmerk om daar een voor zijn gezondheidstoestand passende behandeling te ondergaan, heeft recht op verstrekkingen die voor rekening van het bevoegde orgaan worden verleend door het orgaan van de verblijfplaats, volgens de door dit orgaan toegepaste wetgeving, alsof hij krachtens die wetgeving verzekerd was. De toestemming mag niet worden geweigerd wanneer de desbetreffende behandeling behoort tot de prestaties waarin de wetgeving van de lid-staat waar betrokkene woont, voorziet, en die behandeling hem, gelet op zijn gezondheidstoestand van dat moment en het te verwachten ziekteverloop, in laatstbedoelde lidstaat niet kan worden gegeven binnen een termijn die medisch

verantwoord is. (...)"

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Aangezien verzoekster geen voorafgaande toestemming heeft gevraagd aan de ziektekostenverzekeraar, blijft toetsing aan de Verordening en het Werkingsverdrag achterwege, en zal de commissie zich bij de beoordeling beperken tot de aanspraken op grond van de zorgverzekering.
- 9.2. Mede gelet op het door de ziektekostenverzekeraar ingenomen standpunt, dient allereerst de vraag te worden beantwoord of behandeling van CVS door professor Meirleir en de in dat kader verrichte onderzoeken voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 9.3. 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.
- 9.4. 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.

- 9.5. Een onderzoek naar dergelijke kwalitatieve onderzoeken met betrekking tot de behandeling van CVS door professor De Meirleir is door het CVZ in zijn advies van 23 januari 2012 uitgevoerd. De conclusie hiervan is dat deze behandeling niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is. Het betreft dan ook geen verzekerde zorg. Dit betekent dat ook de diagnostiek in dat kader niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is. De commissie neemt deze conclusie over en maakt die tot de hare.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.6. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde, zodat de bespreking daarvan achterwege kan blijven.

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, 7 maart 2012,

Voorzitter