



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem
Zaak : Geneeskundige zorg, hirudotherapie, stand wetenschap en praktijk,
aanvullende ziektekostenverzekering
Zaaknummer : 201500354
Zittingsdatum : 28 oktober 2015

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. P.J.J. Vonk)

(Voorwaarden zorgverzekering 2015, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2015)

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker,
tegen

VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering VGZ Ruime Keuze (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 VGZ Aanvullend Goed afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van hirudotherapie (hierna: de aanspraak). Bij e-mailbericht van 3 februari 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.

3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. De ziektekostenverzekeraar heeft niet op dit verzoek gereageerd.

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

3.4. Bij brief van 29 mei 2015 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).

3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 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.

3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 28 juli 2015 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 17 augustus 2015 aan verzoeker gezonden.

- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 22 augustus 2015 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 13 oktober 2015 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10, lid 9 van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat de onderhavige zaak enkelvoudig wordt afgedaan.
- 3.9. Bij brief van 17 augustus 2015 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 16 september 2015 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2015098928) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat hirudotherapie als behandeling van multiple sclerose niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en daarmee geen verzekerde prestatie vormt onder de zorgverzekering. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 28 oktober 2015 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.11. Bij brief van 29 oktober 2015 heeft de commissie het Zorginstituut afschriften van de aantekeningen van de hoorzitting en de voorgedragen pleitnota gezonden met het verzoek mede te delen of deze aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 3 november 2015 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen en de pleitnota geen aanleiding vormen tot aanpassing van het advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. Verzoeker is bekend met PP-MS, een aandoening die in Nederland bij ongeveer 3000 mensen voorkomt. Dit is een dermate kleine groep mensen dat het voor de medische industrie niet interessant is behoorlijk onderzoek te doen naar bijvoorbeeld nieuwe medicatie. Hulp is dus nog ver weg. Op dit moment kan de reguliere gezondheidszorg helemaal niets voor verzoeker betekenen. Hij heeft daarom gezocht naar alternatieven, die hij lijkt te hebben gevonden in hirudotherapie. Deze therapie bestaat uit een behandeling met medicinale bloedzuigers, die ervoor zorgen dat de problemen met de bloedcirculatie worden opgelost. Na de vierde behandeling heeft verzoeker kunnen stoppen met alle medicijnen die hij toen gebruikte, en intussen gaat het stukken beter met hem.
- 4.2. De kosten van de hirudotherapie bedragen € 175,- per behandeling. Daar komen nog reiskosten bij. Verzoeker zal nog diverse behandelingen moeten ondergaan. Dit zal hem dit jaar naar verwachting ongeveer € 8.000,- gaan kosten. De behandelingen moeten wellicht later worden herhaald. De kans is reëel dat de ziektekostenverzekeraar in de toekomst veel geld kan besparen, doordat verzoeker geen kosten maakt voor onder meer medicatie, een rolstoel en aanpassing van zijn huis. Verzoeker begrijpt niet dat een behandeling die voor hem werkt en die in de toekomst zorgkosten bespaart, door de ziektekostenverzekeraar niet wordt vergoed.
- 4.3. Ter zitting is door verzoeker opgemerkt dat hij begrijpt dat hirudotherapie als behandeling van MS op dit moment niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Verzoeker doet dan ook een beroep op coulance van de zijde van de ziektekostenverzekeraar. De reden hiervoor is dat de therapie helpt, als gevolg waarvan verzoeker geen beroep hoeft te doen op (dure) medicijnen, (dure) behandelingen en (dure) hulpmiddelen en aanpassing van zijn woning. De hirudotherapie is relatief gezien goedkoop. Een bedrag van € 8.000,- per jaar is voor verzoeker veel geld, maar voor de ziektekostenverzekeraar is dit niet veel.

 4.4. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

 5.1. Hirudotherapie komt niet voor vergoeding in aanmerking, omdat deze zorg niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en daarmee geen verzekerde prestatie vormt onder de zorgverzekering.

 5.2. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt dekking voor de kosten van alternatieve geneeswijzen indien de zorgaanbieder is aangewezen door de ziektekostenverzekeraar. Dit is bij de behandelaar van verzoeker niet aan de orde, zodat verzoeker geen aanspraak heeft op een vergoeding van deze zorg, ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

 5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar opgemerkt dat het fijn is dat verzoeker door de hirudotherapie is geholpen. De ziektekostenverzekeraar moet echter naar de voorwaarden kijken, die van toepassing zijn op alle verzekerden. Volgens het Zorginstituut is geen sprake van gebruikelijke en daarmee verzekerde zorg. Mogelijk is dit in de toekomst wel het geval, maar op dit moment is er geen vergoeding mogelijk.

 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 de artikelen 10 van de zorgverzekering en 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 gehouden is 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 van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 tot en met 37 van de zorgverzekering.

 8.3. Artikel 1.2 van de zorgverzekering bepaalt:

“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 aangewezen 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.”

- 8.4. Artikel 1.2 van de zorgverzekering is volgens artikel 2.9 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.5. 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.
Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.
Artikel 2.1 lid 2 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.
- 8.6. De Zvw, het daarop gebaseerde Bzv en de Rzv, schrijven dwingend voor welke prestaties onder de zorgverzekering verzekerd dienen te zijn. De verzekerde die een zorgverzekering sluit heeft recht op niet meer of minder dan deze prestaties. De zorgverzekering is in dit opzicht een bijzondere, van overheidswege gereguleerde vorm van schadeverzekering. Het staat de ziektekostenverzekeraar niet vrij een dekking te bieden die hetzij ruimer dan wel beperkter is dan op grond van het bij of krachtens de Zvw bepaalde is voorgeschreven.
De hiervoor beschreven regeling, zoals opgenomen in de zorgverzekering, strookt met de toepasselijke regelgeving.

- 8.7. Artikel 9 van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op alternatieve zorg en luidt, voor zover hier van belang:

"Omschrijving:

Alternatieve zorg bestaat uit:

1. behandelingen en consulten die vallen onder de volgende stromingen:

- a. acupunctuur en andere Oosterse geneeswijzen;*
- b. antroposofische alternatieve geneeswijzen;*
- c. homeopathie;*
- d. natuurgeneeswijzen;*
- e. voor verzekerden vanaf 18 jaar: psychosociale zorg.*

Wie mag de zorg verlenen:

een door ons aangewezen zorgaanbieder.

Een overzicht van de aangewezen zorgaanbieders kunt u vinden op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder die niet door ons is aangewezen? Dan vergoeden wij de kosten niet. (...)"

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Mede gelet op het door de ziektekostenverzekeraar ingenomen standpunt, is de vraag of hirudotherapie bij PP-MS voldoet aan de stand van de wetenschap en 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: 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.

- 9.3. 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 hirudotherapie bij PP-MS is door het Zorginstituut uitgevoerd, en de bevindingen hiervan zijn in het advies van 16 september 2015 verwoord. De conclusie van het advies is dat deze zorg niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is en daarmee geen verzekerde prestatie onder de zorgverzekering. De commissie neemt het advies van het Zorginstituut over en maakt de conclusie hiervan tot de hare.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.5. Artikel 9 van de aanvullende ziektekostenverzekering bepaalt dat aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van natuurgeneeswijzen als onderdeel van alternatieve zorg, indien de zorgaanbieder door de ziektekostenverzekeraar is aangewezen om die zorg te verlenen. Vast staat dat de zorgaanbieder die verzoeker behandelt, niet door de ziektekostenverzekeraar is aangewezen, zodat verzoeker geen aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van hirudotherapie, ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

Kostenbesparing in de toekomst

- 9.6. Dat de hirudotherapie in de toekomst (mogelijk) een kostenbesparing oplevert, in die zin dat verzoeker geen aanspraak meer hoeft te maken op medicatie, een rolstoel en aanpassing van zijn huis, maakt het voorgaande niet anders.

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, 18 november 2015,

P.J.J. Vonk