

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C en E beide te D
Zaak : EU/EER, Geneeskundige zorg, laparoscopische adhesiolyse
Zaaknummer : 2009.01984
Zittingsdatum : 10 februari 2010

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

1) C en

2) E beide te D

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 25 februari 2009 de kosten verbonden aan een te Braunschweig (Duitsland) uitgevoerde laparoscopische adhesiolyse niet te vergoeden.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorg-op-Maatpolis (hierna: de zorgverzekering). Een zorgverzekering betreft een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Plus PZP en Tandarts PZP afgesloten (hierna gezamenlijk te noemen: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. De behandelend chirurg heeft bij verzoekster de volgende diagnose gesteld: "(...) buikpijn recidiverend, voornamelijk in de rechteronderbuik. Door de gynaecoloog werden geen afwijkingen op gynaecologisch gebied vastgesteld. Patiënte heeft in het verleden een uterusextirpatie ondergaan (...). Tevens werd elders 2 maal een laparoscopie verricht vanwege buikklachten bij adhesies. Inderdaad werden adhesies rechtsonder met de voorste buikwand gevonden en losgemaakt. Echter de klachten zijn gebleven en nemen nu weer toe (...) Tevens zou een lichte vorm van morbus Crohn aanwezig zijn (...)". Verzoekster heeft naar aanleiding van de gestelde diagnose bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op "adhesiolyse met specifieke nabehandeling" ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 25 februari 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.3. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 31 maart 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medege-

deelt zijn standpunt te handhaven.

- 3.4. Bij brief van 15 september 2009 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 ad € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief van 27 november 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 7 december 2009 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 14 december 2009 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 7 december 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 5 januari 2010 heeft het CVZ (zaaknummer 29134356) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat het verrichten van een (gasloze) laparoscopische adhesiolyse, een second look laparoscopie en de toepassing van SprayShield (Spraygel®) niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is en daarom geen verzekerde prestatie vormt. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 10 februari 2010 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 12 februari 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 17 februari 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 verzoekster

- 4.1. Verzoekster stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat zij kampt met vaginale verklevingen. Daarvoor heeft zij reeds meerdere behandelingen ondergaan. De klachten bleven echter aanwezig, en daarom heeft de behandelend arts verzoekster doorverwezen naar de kliniek in Braunschweig voor het ondergaan van een laparoscopische adhesiolyse. Het eerste consult in deze kliniek is door de ziektekostenverzekeraar vergoed. De rest van de behandeling wordt niet vergoed, met als reden dat deze behandeling niet in overeenstemming zou zijn met de stand van de wetenschap en praktijk. Uit de overgelegde stukken van de medisch adviseur van

haar gemachtigde blijkt dat de door verzoekster ondergane behandeling wel aan dit criterium voldoet. Voorts handelt de ziektekostenverzekeraar in strijd is met het gelijkheidsbeginsel omdat hij in een identiek geval bij een andere verzekerde de behandeling wel heeft vergoed. Bovendien vergoeden ook andere verzekeraars deze behandeling.

4.2. Ter zitting is door verzoekster aangevoerd dat de operatie in Braunschweig op 2 maart 2009 werd uitgevoerd. Tijdens de operatie bleek dat verzoekster kampte met een ernstige darmobstructie, die verholpen werd. De ziektekostenverzekeraar weigert de kosten te vergoeden, terwijl hij dat bij een andere verzekerde wel heeft gedaan. Zowel de ziektekostenverzekeraar als het CVZ gaat voorbij aan de emotionele problemen die met de aandoening gepaard gaan. Verzoekster kampt met zeer veel pijn, waardoor een normaal leven haast onmogelijk wordt.

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, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat de behandeling zoals deze is uitgevoerd bij verzoekster, niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is. De stukken die door de medisch adviseur van de gemachtigde van verzoekster zijn aangedragen, zijn van een lager 'level of evidence' dan het onderzoek waarnaar de ziektekostenverzekeraar heeft verwezen, en daarom in dit kader niet relevant.

5.2. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat de artsen in Nederland niet wensten te opereren, en dat geen alternatieve behandeling mogelijk was. Verzoekster heeft daarop telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar, waarbij zij toestemming heeft gevraagd voor behandeling in de kliniek in Braunschweig. Toestemming voor een dergelijke behandeling wordt echter nooit telefonisch verleend. Daarom is verzoekster verteld dat zij op kosten van de ziektekostenverzekeraar voor een eerste consult naar de kliniek in Braunschweig mocht gaan, om meer informatie te verkrijgen over de gewenste behandeling. Daarna zou beoordeeld worden of vergoeding van de behandeling mogelijk was. Na ontvangst van de informatie is gebleken dat deze behandeling niet vergoed kan worden, omdat hij niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is. De darmobstructie waarover verzoekster spreekt, komt niet uit de stukken naar voren en is daarom niet bij de ziektekostenverzekeraar bekend. Er is uitgegaan van een adhesiolyse in verband met vaginale verklevingen. De ziektekostenverzekeraar is niet gebonden aan vergoedingen die andere verzekeraars hebben verleend. Voor zover het gaat om de verzekerde die bij de ziektekostenverzekeraar is verzekerd, geldt dat niet is gebleken van een beleid ter zake, zodat op die grond geen strijd is met het gelijkheidsbeginsel. Het ging voor zover bekend om een incidenteel geval.

5.3. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag 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 kosten van een laparoscopische adhesiolyse aan verzoekster te vergoeden, 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 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 medisch-specialistische zorg zonder opname.

*U hebt recht op de verpleging, de geneesmiddelen, de hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen.
(...)*

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

Als u zorg ontvangt van een zorgverlener of leverancier waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten, vergoeden wij deze zorg tot maximaal een bepaald percentage. Zie artikel 17.5. Het is mogelijk dat u een deel zelf moet betalen.”

Artikel 17.5 van de ‘algemene voorwaarden’ van de zorgverzekering bepaalt het volgende:

“Gaat u naar een zorgverlener met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten terwijl u de passende zorg van goede kwaliteit tijdig kunt krijgen bij een zorgverlener met wie wij wel een overeenkomst hebben gesloten? In dat geval verlagen wij de vergoeding met 25 (vijfentwintig) percent. Wij vergoeden dus 75 (vijfenzeventig) percent van de zorg gerekend over het laagste van het volgende tarief/bedrag:

- a. het (maximum-)tarief dat op dat moment op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg is vastgesteld; of*
- b. het in Nederland geldende marktconform bedrag als er op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgesteld geen of een hoger (maximum-)tarief bestaat. Het “marktconform bedrag” is bij ons het tarief dat wij voor vergelijkbare zorg met zorgverleners in Nederland of in ons kernwerkgebied (Zuid-Nederland) hebben afgesproken en met wie wij een overeenkomst gesloten hebben. Zijn meerdere verschillende tarieven afgesproken, dan hanteren wij het gemiddelde van die tarieven. Welk tarief we hanteren en hoe hoog dat is, kunt u bij ons opvragen of via onze internetsite opzoeken.”*

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:

- a. verzekerde zorg in het buitenland door een zorgaanbieder of zorginstelling met wie wij een overeenkomst hebben gesloten;*
- b. vergoeding van kosten van verzekerde zorg door een zorgverlener of zorginstelling met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten.*

U krijgt dezelfde vergoeding als wanneer u in Nederland naar een zorgverlener of zorginstelling zou zijn gegaan met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten. U kunt in artikel 19 tot en met 41 per zorgvorm lezen wat wij dan vergoeden. (...)”

Artikel 2.5 van de ‘algemene voorwaarden’ van de zorgverzekering bepaalt het volgende:

“In deze voorwaarden hebben wij omschreven op welke behandelingen u recht hebt. De inhoud en omvang van deze zorg wordt bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk of door wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. U hebt recht op die zorg waarop u naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen.”

- 7.3. De artikelen 20, 17.5, 11 en 2.5 van de ‘algemene voorwaarden’ van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2.1 van de ‘algemene voorwaarden’ 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 verzekerde zorg mede worden bepaald door de stand van de 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. Artikel 13 Zvw bepaalt dat indien een verzekerde krachtens zijn zorgverzekering een bepaalde vorm van zorg of een andere dienst dient te betrekken van een aanbieder met wie zijn zorgverzekeraar een overeenkomst over deze zorg of dienst en de daarvoor in rekening te brengen prijs heeft gesloten of van een aanbieder die bij zijn zorgverzekeraar in dienst is, en hij deze zorg of andere dienst desalniettemin betreft van een andere aanbieder, hij recht heeft op een door de zorgverzekeraar te bepalen vergoeding van de voor deze zorg of dienst gemaakte kosten.
- 7.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.6. Het geschil zoals omschreven in 7.1 spitst zich toe op de vraag of laparoscopische adhesiolyse, toegepast bij de aandoening van verzoekster, 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 laparoscopische adhesiolyse is door het CVZ in zijn advies van 5 januari 2010 uitgevoerd. De conclusie daarvan, namelijk dat het verrichten van een (gasloze) laparoscopische adhesiolyse, een second look laparoscopie en de toepassing van SprayShield bij vrouwen met chronische buikpijn met de bedoeling de pijn te behandelen niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is, neemt de commissie over en maakt zij tot de hare.

- 7.10. Voor zover verzoekster zich beroept op een vergoeding van deze behandeling door andere verzekeraars, merkt de commissie het volgende op. 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 inhoud van 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 zorgverzeke-

raar op dat beleid een beroep doen. Voor zover verzoekster zich beroept op het beleid van een andere zorgverzekeraar, kan haar dat - zo al van een dergelijk beleid aldaar sprake is - niet baten.

- 7.11. Waar het gaat om de stelling van verzoekster dat de ziektekostenverzekeraar de behandeling bij een andere bij hem verzekerde persoon wel heeft vergoed, overweegt de commissie het volgende. Van een schending van het gelijkheidsbeginsel kan naar het oordeel van de commissie niet worden gesproken, aangezien gesteld noch gebleken is dat sprake is van een begunstigend beleid van de ziektekostenverzekeraar en zich ook niet een geval voordoet van een “oogmerk tot begunstiging” van een bepaalde verzekerde. Evenmin is sprake van schending van de zogenoemde meerderheidsregel. Bij toepassing van die regel gaat het erom of in de meerderheid van de met verzekerde vergelijkbare gevallen een juiste toepassing van de op voormelde regelgeving gebaseerde polisvoorwaarden achterwege is gebleven. Indien deze vraag bevestigend wordt beantwoord, dient deze – in de meerderheid van de vergelijkbare gevallen door de ziektekostenverzekeraar gevolgd – gedragslijn ook in het geval van verzekerde te worden gevolgd. Aangezien verzoekster slechts één concreet geval heeft genoemd, waarvan overigens niet duidelijk wordt of het inderdaad dezelfde vorm van zorg betreft, is toepassing van de meerderheidsregels in het onderhavige geval niet aan de orde. Verzoeksters beroep op het gelijkheidsbeginsel faalt derhalve.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 7.12. Aangezien de aanvullende ziektekostenverzekering geen dekking biedt voor de aanspraak kan het verzoek op basis van die verzekering niet worden toegewezen.

Conclusie

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

8. Het bindend advies

- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 24 februari 2010,

Voorzitter