

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vertegenwoordigd door F tegen C beide te D
Zaak : Verenigde Staten, rugoperatie, ontbreken geldige verwijzing
Zaaknummer : 2010.01640
Zittingsdatum : 25 mei 2011

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. H.P.Ch. van Dijk)

(Voorwaarden zorgverzekering 2009, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2009)

1. Partijen

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

tegen

1) C en

2) E beide te D

hierna gezamenlijk 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 verzekering ZorgVerzorgd (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen ExtraVerzorgd 4 en TandVerzorgd 4 afgesloten (hierna gezamenlijk: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde 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 vergoeding van de kosten van een zestal operaties aan de rug, uitgevoerd te Florida (Verenigde Staten) (hierna: de aanspraak). Bij brief van 18 mei 2009 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 4 juni 2010 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 14 december 2010 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 stuk-

ken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 5 april 2011 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 7 april 2011 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 20 april 2011 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 7 april 2011 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 9 mei 2011 heeft het CVZ (zaaknummer 2011040625) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat verzoekster niet beschikt over een geldige verwijzing van de huisarts. Een afschrift van het CVZ-advies is op 10 mei 2011 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 25 mei 2011 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 26 mei 2011 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 voorlopig advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 30 mei 2011 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Verzoekster stelt dat bij haar sprake is van het 'failed back surgerysyndroom'. De behandelend artsen in Nederland hebben haar medegedeeld dat in Nederland geen geschikte behandelingsmogelijkheden bestaan. Daarom heeft verzoekster zich gewend tot het Bonati Institute in Florida, waar een zestal operaties heeft plaatsgevonden. Vrijwel direct na de operaties bemerkte verzoekster een verbetering ten aanzien van haar mobiliteit en pijnniveau. De door het Bonati Institute toegepaste technieken worden inmiddels ook door diverse artsen in Nederland toegepast, en de ingreep wordt dan ook gezien als een in de kring van beroepsgenoten gebruikelijke behandeling.
- 4.2. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat zij bij de arts in Nederland heeft geïnformeerd naar het Bonati Institute. Haar werd geantwoord dat als zij er het geld voor had, zij hier zeker naartoe moest gaan. Verzoekster kon in die tijd niets anders dan op bed liggen en naar het plafond staren. De situatie duurde al drie jaar en was uitzichtloos. Verzoekster heeft daarom besloten de stap te nemen. Nu functioneert zij weer op een niveau van 60 tot 75 percent, en dit kan nog verbeteren. Verzoekster kan weer veel zelf doen en heeft geen verzorging meer nodig.
- 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 bij verzoekster uitgevoerde operaties niet conform de stand van de wetenschap en praktijk zijn, en dat deze hiermee geen verzekerde prestatie vormen. Een en ander blijkt onder andere uit adviezen van het CVZ.
- 5.2. Verzoekster heeft verder geen indicatie voor de ingreep, omdat er geen neurologische afwijkingen waren. Ook neurofysiologisch was er niet veel aan de hand. De ingrepen waren voorts niet doelmatig, omdat deze in meerdere sessies hebben plaatsgevonden. De gehele behandeling had in één ingreep kunnen plaatsvinden. Ten slotte ontbreekt een geldige verwijzing voor de ingreep.
- 5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat de brief van de huisarts van 12 maart 2009 niet is aan te merken als een verwijzing, omdat het stuk alleen een vastlegging is van hetgeen met verzoekster is besproken. Bij een verwijzing is het de arts die de volgende stap bepaalt. Het gaat om de poortwachterfunctie van de huisarts en het voorkomen van niet-geïndiceerde of ondoelmatige behandelingen.
- 5.4. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.
6. De bevoegdheid van de commissie
- 6.1. 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. 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 zorgverleners. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen B10 tot en met B36 van de zorgverzekering.
Artikel B24 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:
“U heeft recht op:
 - *onderzoek en diagnostiek,*
 - *behandeling,*
 - *materialen die de medisch specialist gebruikt, zoals geneesmiddelen, verbandmiddelen of hulpmiddelen,*

- laboratoriumonderzoek,
- *second opinion*. (...)

Als u kiest voor een zorgaanbieder die geen overeenkomst heeft met [de ziektekostenverzekeraar], krijgt u een gedeelte van de kosten vergoed. Wat er wordt vergoed, hangt af van de soort zorg:

- *zorg waarvoor een wettelijk tarief is vastgesteld (het A-segment): 80% van het tarief wordt vergoed,*
- *zorg waarvoor geen wettelijk tarief is vastgesteld (het B-segment): er is een lijst van maximale vergoedingen, die is opgenomen in het Verzekeringsreglement. (...)*

Artikel B9 van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

“Bij zorg in het buitenland zijn de regels van deze verzekeringsvoorwaarden, EG-Verordening 1408/71 en bilaterale verdragen van toepassing.

Voor zorg in het buitenland gelden de voorwaarden zoals hierna genoemd bij de verschillende zorgsoorten in de verzekeringsvoorwaarden. U heeft recht op zorg van een door [de ziektekostenverzekeraar] gecontracteerde buitenlandse zorgaanbieder. Als u kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, krijgt u die vergoeding van kosten van zorg die u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Als u woont of verblijft in een ander EU/EER-land of Verdragsland dan Nederland, kunt u kiezen uit:

- *recht op zorg volgens de wettelijke regeling van dat land, of*
- *recht op zorg van een door [de ziektekostenverzekeraar] gecontracteerde zorgaanbieder, of*
- *vergoeding van kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder die u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. (...)*

Artikel B4 van de zorgverzekering bepaalt dat de inhoud en omvang van de zorg mede worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk of door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

- 8.3. De artikelen B4, B9 en B24 van de zorgverzekering zijn volgens de artikelen B1 en B6 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. 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. Artikel 13 Zvw regelt de aanspraak op zorg indien de verzekerde kiest voor een zorgaanbieder die niet door de zorgverzekeraar is gecontracteerd.
- 8.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. De vraag is allereerst of de onderhavige ingrepen bij de indicatie van verzoekster voldoen 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 de onderhavige behandeling is door het CVZ in zijn advies van 9 mei 2011 uitgevoerd. De conclusie van het advies is dat in ieder geval enkele van de verrichte ingrepen, waaronder de laserbehandelingen van de tussenwervelschijf en de intervertebrale forami-

na en de epidurale injecties, bij de indicatie van verzoekster niet conform de stand van de wetenschap en praktijk zijn, en dat deze daarom geen verzekerde prestaties vormen.

- 9.5. Met betrekking tot de overige uitgevoerde ingrepen geldt dat deze wel aan bedoeld criterium voldoen. Ten aanzien van deze ingrepen komt de vraag op of zij geïndiceerd zijn. Volgens het CVZ is de indicatie moeilijk vast te stellen. Deze casus is medisch zo complex, dat een beoordeling in dit geschil op basis van onderdelen van de indicatiestelling een gekunsteld karakter geeft aan de argumentatie voor afwijzing van vergoeding. Wetenschappelijke toetsing van onderdelen van de behandeling geeft eveneens een gekunsteld karakter aan de motivering van een volledige afwijzing van de claim, aldus het CVZ. Omdat de vraag of verzoekster een indicatie had voor de bij haar uitgevoerde ingrepen derhalve niet zonder meer bevestigend kan worden beantwoord, laat de commissie deze rusten. Aansluitend dienen de overige vereisten voor vergoeding te worden onderzocht, waaronder de aanwezigheid van een geldige verwijzing.
- 9.6. Gelet op het advies van het CVZ is het ontbreken van een verwijzing meer dan een formeel gebrek. Het verwijzingsvereiste is een middel waarmee de huisarts zijn functie als poortwachter kan waarmaken. Als een verwijzing ontbreekt, bestaat de mogelijkheid dat de huisarts vindt dat de patiënt in redelijkheid niet is aangewezen op de gevraagde specialistische behandeling. Tevens kan de huisarts op goede gronden een verwijzing naar een specifieke arts weigeren, als de huisarts die specifieke arts onvoldoende bekwaam acht, of twijfels heeft over de kwaliteit van de indicatiestelling of het wetenschappelijke gehalte van de specialist, bij wie zijn patiënt zich onder behandeling heeft gesteld.
- Uit het dossier en uit hetgeen naar voren is gebracht ter zitting is gebleken dat in de brief van 12 maart 2009 weliswaar door de huisarts is vastgelegd hetgeen met verzoekster is besproken, maar dat dit schrijven niet kan worden beschouwd als een geldige verwijzing.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.7. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor de onderhavige zorg, zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden toegewezen.

Conclusie

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

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 22 juni 2011,

Voorzitter