

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C, tegen D en E, beide te F
Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, corneal cross linking
Zaaknummer : 2009.02414
Zittingsdatum : 11 augustus 2010

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 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 C,
tegen

- 1) D, en
- 2) E, beide te F,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar verzocht om verstrekking of vergoeding van een “corneal cross linking operatie aan het rechter oog” in St. Martens (België) (hierna: de aanspraak), welke aanspraak bij beslissing van 10 september 2009 is afgewezen.

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 Natura polis (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 50+ polis afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 16 november 2009 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 6 januari 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 3 maart 2010 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 5 maart 2010 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 15 april 2010 telefonisch medegedeeld niet gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 19 april 2010 schriftelijk medegedeeld evenmin te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 5 maart 2010 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 21 juni 2010 heeft het CVZ (zaaknummer 2010035299) 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 corneal cross linking niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk.
- 3.9. Een afschrift van het CVZ-advies is op 22 juni 2010 aan partijen gezonden. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren. Verzoekster heeft bij brief van 13 juli 2010 om uitstel verzocht - en van de commissie verkregen - voor het indienen van haar reactie, omdat zij het CVZ-advies wilde voorleggen aan dr. Nuijts, oogarts in het AZM te Maastricht. Deze arts is een autoriteit op het gebied van CCL. Dr. Nuijts heeft, namens de Cornea Werkgroep van het NOG, op 25 september 2010 op het CVZ-advies gereageerd.
In deze reactie wordt gesteld dat binnen de beroepsgroep corneal cross linking inmiddels de standaardbehandeling is geworden voor progressieve keratoconus. Er is geen alternatieve therapeutische modaliteit voor progressieve keratoconus voorhanden en het afwijzen van corneal cross linking als een te verzekeren prestatie kan leiden tot maatschappelijke ongelijkheid in de toegankelijkheid tot deze therapie. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de wederpartij gezonden.
- 3.10. Een afschrift van de reactie van dr. Nuijts is eveneens naar het CVZ gestuurd met de vraag of deze informatie nog van invloed is op het eerder uitgebrachte advies. Het CVZ heeft de commissie hierop op 30 november 2010 bericht geen aanleiding te zien tot aanpassing van het voorlopig advies.
- 3.11. Een afschrift van het definitieve CVZ-advies is op 2 december 2010 aan partijen gezonden. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid op dit advies te reageren. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar hebben op 16 december 2010 respectievelijk 13 december 2010 op het CVZ-advies gereageerd.
Verzoekster stelt voorafgaand aan de behandeling contact te hebben gehad met diverse universiteiten, academische ziekenhuizen, oogartsen en een oogkliniek. Deze hebben haar destijds allemaal verteld dat de corneal cross linking een beproefde en deugdelijke behandeling in de kring van beroepsgenoten is en dat de kosten ervan vergoed worden. Verzoekster heeft ter onderbouwing van haar standpunt de brieven van een jurist van de CG-raad van 8 december 2010 en van de Hoornvlies Patiënten Vereniging van 16 december 2010 meegestuurd.
De ziektekostenverzekeraar heeft medegedeeld af te zien van een nadere reactie in deze zaak.

Afschriften van deze reacties zijn ter kennisname aan de wederpartijen en het CVZ gezonden.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. De behandelend oogarts heeft bij verzoekster de volgende diagnose gesteld: “bilaterale keratoconus met aan beide ogen een lensimplantatie”.
- 4.2. Op 2 december 2009 heeft de behandeling waarop verzoekster aanspraak maakt, overeenkomstig de wijze zoals in de aanvraag vermeld, plaatsgevonden (hierna: de behandeling).
- 4.3. Verzoekster stelt dat het Academisch Ziekenhuis Maastricht (AZM) heeft verklaard dat daar de onderhavige behandeling sinds 2007 wordt toegepast (wereldwijd al ongeveer negen jaar) en dat geen nadelige effecten zijn gezien. Tevens heeft het AZM verklaard dat de ziektekostenverzekeraar deze behandeling in het verleden aan hem heeft vergoed. Verzoekster vraagt zich af waarom deze behandeling in bijna alle oogklinieken en academische ziekenhuizen wordt uitgevoerd als deze niet medisch verantwoord zou zijn.
Uitstel van de ingreep was niet aan de orde, omdat behandeling dan niet meer mogelijk zou zijn geweest. Voor het linkeroog was het reeds te laat voor een corneal cross linking behandeling; daarom moet het hoornvlies van dit oog te zijner tijd getransplanteerd worden.
Verzoekster is verder van mening dat de ziektekostenverzekeraar ten onrechte geen (vrijwillig) advies heeft gevraagd aan het CVZ.
- 4.4. 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 op basis van onderzoek door zijn medisch adviseur is geconcludeerd dat de aangevraagde corneal cross linking behandeling niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, en daarom niet ten laste van de zorgverzekering kan worden vergoed. De ziektekostenverzekeraar ziet derhalve geen aanleiding voor een vrijwillige adviesaanvraag bij het CVZ.
- 5.2. Uit navraag bij het AZM is gebleken dat deze instelling de kosten van corneal cross linking behandelingen bij de ziektekostenverzekeraar heeft gedeclareerd onder reguliere DBC-codes voor dagopname binnen de zorgverzekering. Deze declaraties zijn veelal via een speciaal systeem rechtstreeks bij de ziektekostenverzekeraar ingediend, waardoor deze minder zicht heeft op de zorg die daadwerkelijk is verleend; dit in tegenstelling tot wanneer een formele aanvraag wordt ingediend. Voornoemde codes betreffen behandelingen die wél voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Door deze werkwijze van het AZM heeft de ziektekostenverzekeraar mogelijk kosten vergoed, die volgens de verzekeringsvoorwaarden niet voor vergoeding in aanmerking komen. De ziektekostenverzekeraar zal het AZM hierop attenderen.
- 5.3. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag terecht is 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 het niet vergoeden van een corneal cross linking behandeling, 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 19 e.v. van de zorgverzekering.
Artikel 20 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat.

Voor zover hier van belang, luidt artikel 20 als volgt:

(...)

“U hebt recht op een opname in de laagste klasse van een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg) voor maximaal 365 dagen. U hebt hierbij ook recht op de medisch-specialistische behandeling, het verblijf, de verpleging en de verzorging.

(...)

“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. (...)”

- 8.3. Artikel 2.5. van de zorgverzekering bepaalt dat alleen aanspraak bestaat op zorg, voor zover deze conform de stand van de wetenschap en de praktijk is.
- 8.4. Artikel 11 regelt de aanspraak op zorg in het buitenland, en luidt, voor zover hier van belang:

“(...)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.

(...)”

- 8.5. De artikelen 2, 11 en 20 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2.1 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.6. 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 2.1 en 2.4 Bzv.
- 8.7. In artikel 13 Zvw is bepaald dat als een verzekerde gebruik maakt van de diensten van een zorgverlener die niet door de ziektekostenverzekeraar is gecontracteerd, hij recht heeft op een door de ziektekostenverzekeraar te bepalen vergoeding van de voor deze zorg of dienst gemaakte kosten.
- 8.8. In artikel 2.1, lid 2 Bzv 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.
- 8.9. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 8.10. Artikel 27.3 van de aanvullende ziektekostenverzekering bepaalt dat aanspraak bestaat op vergoeding van niet-spoedeisende zorg bij tijdelijk verblijf in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

“U heeft recht op vergoeding van kosten voor zorg buiten uw woonland (...)”

In artikel 28.2, sub I, van de aanvullende ziektekostenverzekering is echter bepaald dat de kosten in een ziekenhuis in het buitenland, die betrekking hebben op medisch specialistische zorg en de samenhangende klinisch bijkomende kosten, niet worden vergoed.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Mede gelet op hetgeen door de ziektekostenverzekeraar is gesteld, dient in de eerste plaats te worden nagegaan of de onderhavige behandeling is aan te merken als een verzekerde prestatie op grond van de zorgverzekering. In dat verband is de vraag relevant of de corneal cross linking behandeling conform de stand van de wetenschap en praktijk is.
- 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, moet worden geconcludeerd dat het een gebruikelijke behandeling betreft in de internationale kring van beroepsgeenoten.

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.

Een onderzoek naar dergelijke kwalitatieve onderzoeken met betrekking tot de corneal cross linking behandeling is door het CVZ in zijn advies van 21 juni 2010 uitgevoerd. De conclusie dat corneal cross linking niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en zodoende niet kan worden aangemerkt als verzekerde prestatie neemt de commissie over en maakt zij tot de hare.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.4. De aanvullende ziektekostenverzekering kent geen dekking voor de onderhavige behandeling en kan om die reden verder onbesproken blijven.

Gelijkheidsbeginsel

- 9.5. Nu het AZM de kosten van de corneal cross linking behandelingen van andere patiënten kennelijk onder een andere DBC-code bij de ziektekostenverzekeraar heeft gedeclareerd, heeft laatstgenoemde de kosten hiervan ten onrechte, althans in afwijking van de voorwaarden van de zorgverzekering, vergoed. Zou het AZM de kosten hebben gedeclareerd als zijnde corneal cross linking behandelingen, dan was de vergoeding van deze kosten door de ziektekostenverzekeraar afgewezen. Nu de vergoeding is verleend doordat het AZM de kosten op een andere DBC-code heeft gedeclareerd, kan verzoekster hieraan geen rechten ontleen.

Conclusie

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

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 5 januari 2011,

Voorzitter