

BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen C en D te E
Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, lymfoveneuze anastomose
Zaaknummer : 2010.02411
Zittingsdatum : 6 juli 2011

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

1) C, en

2) D, beide te E,

hierna gezamenlijk 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 Zorg-op-maat Polis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Deze verzekering is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). Verder waren ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Basis Collectief en Tandarts Collectief afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Dat onder de aanvullende ziektekostenverzekering geen vergoedingsrecht bestaat is niet in geschil en daarom blijft deze verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een lymfoveneuze anastomose uit te voeren in Leuven, België (hierna: de aanspraak). Bij brief van 27 september 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 1 november 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker 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 email van 1 maart 2011 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 (hierna: het verzoek).
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit ver-

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

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 19 mei 2011 medegedeeld geen reden te zien nader inhoudelijk te reageren. Een afschrift hiervan is op 24 mei 2011 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 25 mei 2011 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 30 juni 2011 telefonisch medegedeeld mondeling te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 24 mei 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 6 juni 2011 heeft het CVZ (zaaknummer 2011056041) 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 ingreep niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 6 juli 2011 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 7 juli 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 15 juli 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 verzoeker

- 4.1. De behandelend arts heeft op 30 augustus 2010 ten behoeve van verzoeker een aanvraag ingediend bij de ziektekostenverzekeraar voor het verstrekken van een E-112 formulier voor het aanleggen van een lymfoveneuze anastomose. Verzoeker heeft een massief oedeem van het linker onderbeen. Uit de lymfescan blijkt dat de oorzaak hiervan “een obstructief beeld niveau knie met dermale backflow in het onderbeen” is.
- 4.2. Verzoeker heeft in 1998 een soortgelijke behandeling ondergaan in verband met oedeem in beide onderbenen, maar dan in de liezen. Deze ingreep heeft het gewenste resultaat gehad en verzoeker is daarna vele jaren klachtenvrij geweest. Deze ingreep is destijds door de ziektekostenverzekeraar vergoed.
- 4.3. In 2010 is verzoeker in het ziekenhuis opgenomen vanwege bel Roos. Bij een controle heeft de specialist verzoeker geadviseerd contact op te nemen met een lymfoloog in verband met een mogelijk verband tussen de bel Roos en het oedeem. Door het oedeem is de huid steeds gespannen, waardoor de kans op ontstekingen groter is. Op de scan was duidelijk een ‘lekkage’ te zien in het linker onderbeen van verzoeker. De behandelend arts heeft hem daarom geadviseerd een lymfoveneuze anastomose in de linker knieholte te ondergaan. Door deze ingreep zal de afvoer in het linker onder-

been verbeteren en zal het been in omvang afnemen. Hierdoor zal de spanning van de huid afnemen en daarmee de kans op ontstekingen. Hierdoor zal de kwaliteit van zijn leven verbeteren. Voor de ziektekostenverzekeraar zal dit een afname van kosten betekenen, omdat verzoeker niet meer wekelijks naar de fysiotherapeut hoeft voor lymfedrainage.

- 4.4. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat de ingreep volgens het CVZ niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Dit oordeel is volgens hem gebaseerd op gedateerde stukken, te weten een CBO-richtlijn uit 2002, een guideline uit 2008 en een consensus uit 2003. Op 30 mei 2011 is een oriënterend research uitgevoerd. Dit lijkt nogal vrijblijvend, aangezien het niet is gebaseerd op feiten, maar op zoektermen. Verzoeker stelt over diverse publicaties te beschikken, onder andere van dr. Neuborg. Hij merkt op dat de CBO-richtlijn ook een aanbeveling bevat voor de ingreep. Het is hem niet duidelijk waarom de ziektekostenverzekeraar meent daarvan te mogen afwijken. Dr. Biscompte heeft veel over de behandeling en de gunstige resultaten gepubliceerd. Deze arts wordt door de ziektekostenverzekeraar erkend en heeft een kliniek in Hoensbroek. De onderhavige behandeling wordt elders in Europa wel vergoed.
Verzoeker heeft van een patiënte gehoord, dat zij van een andere ziektekostenverzekeraar, nadat de aanvraag enkele keren was afgewezen, een coulancevergoeding heeft ontvangen. Verzoeker zou tevreden zijn met een onverplichte vergoeding. Verzoeker stelt verder vast dat de ziektekostenverzekeraar niets meer kan terugvinden over een behandeling van tien jaar geleden. Hij vraagt zich af of dit bewust is dan wel slordigheid.
- 4.5. Verzoeker 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 aangevraagde behandeling, te weten de lymfoveneuze anastomose, niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Daarom bestaat op grond van de polisvoorwaarden geen aanspraak op deze behandeling.
 - 5.2. Verzoeker was in 1998 ook verzekerd bij de ziektekostenverzekeraar. Over de vergoeding van de behandeling destijds is echter niets meer terug te vinden in de administratie.
 - 5.3. Een aanvraag dient op grond van de op dat moment vigerende regelgeving te worden beoordeeld. Ook voor de toetsing aan de stand van de wetenschap en praktijk is het moment van de aanvraag bepalend. Voor de beoordeling van de huidige aanvraag heeft de medisch adviseur daarom de meest recente CBO-richtlijn gebruikt.
 - 5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat het allereerst gaat om de stand van de wetenschap en praktijk. Een behandeling moet effectief en veilig zijn, aldus is door de minister bepaald. Zowel de medisch adviseur als het CVZ hebben geconcludeerd dat deze behandeling niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is. Nog in november 2010 is een volledige search uitgevoerd door het CVZ en in mei 2011 een beperkte.

De gegevens van de behandeling tien jaar geleden zijn vernietigd. Er geldt een wettelijke bewaartermijn van zeven jaar en het zou niet wenselijk zijn indien deze gegevens tot in lengte van jaren bewaard zouden blijven.

Verzekerde prestaties zijn niet inwisselbaar voor niet-verzekerde zorg.

- 5.5. 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 bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

- 7.1. In geschil is verzoeker aanspraak heeft op een lymfoveneuze anastomose, uit te voeren in Leuven, ten laste van de zorgverzekering.

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.

- 8.3. In artikel 2.5 van de zorgverzekering is bepaald dat de inhoud en omvang van de in de polisvoorwaarden omschreven 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. De verzekerde heeft recht op zorg waarop hij/zij naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

- 8.4. In artikel 18 van de zorgverzekering is bepaald wanneer aanspraak bestaat op zorg in het buitenland. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

“(...) Wonen in Nederland en zorg in buitenland

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.

(...)”

- 8.5. De artikelen 2, 18 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. 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 en, 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 een verzekerde gebruik maakt van een zorgverlener die niet door de zorgverzekeraar is gecontracteerd.
- 8.7. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
9. Beoordeling van het geschil
- 9.1. Mede gelet op het door de ziektekostenverzekeraar ingenomen standpunt, is allereerst aan de orde de vraag of lymfoveneuze anastomose voldoet aan de stand van de wetenschap en de 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 ge-

concludeerd 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 lymfovenieuze anastomose is door het CVZ in zijn advies van 6 juni 2011 uitgevoerd. Het CVZ komt tot de conclusie dat deze behandeling niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering. De commissie neemt deze conclusie over en zij maakt deze tot de hare. Er is derhalve geen sprake van verzekerde zorg als bedoeld in de polisvoorwaarden.

Conclusie

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

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 27 juli 2011,

Voorzitter