

ANONIEM

Bindend advies

Partijen	: A te B versus C te D
Zaak	: Geneeskundige zorg, buitenland, DIAM
Zaaknummer	: ANO08.099
Zittingsdatum	: 19 december 2007

BINDEND ADVIES

Zaak ANO08.099 (Geneeskundige zorg, buitenland, DIAM)

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2007, art. 10 en 11 Zvw en 2.1, 2.2 en 2.4 Bzv)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen verzoeker,
tegen

C te D, hierna te
noemen de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen het besluit van de zorgverzekeraar van 1 maart 2007 inzake het niet afgeven van een machtiging voor een DIAM-behandeling te Brasschaat (België).

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1 Verzoeker is bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorgkeuzepolis, een verzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), (hierna: de zorgverzekering). Verzoeker heeft ook een aanvullende verzekering bij de zorgverzekeraar.
- 3.2 Bij brief van 1 maart 2007 heeft de zorgverzekeraar verzoeker meegedeeld dat op basis van de zorgverzekering geen machtiging verleend zal worden voor een DIAM-behandeling te Brasschaat (België).
- 3.3 Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 4 mei 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker meegedeeld bij zijn standpunt te blijven.
- 3.4 Bij brief van 6 mei 2007 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht de zorgverzekeraar op te dragen alsnog een machtiging voor de behandeling te Brasschaat af te geven (hierna: het verzoek).
- 3.5 Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, heeft verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 37,00 voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren.

- 3.6 De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie op 8 juni 2007 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt.
- 3.7 Bij brief van 29 oktober 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, van de Zvw.
- 3.9 Het CVZ heeft bij brief van 22 november 2007 de commissie geadviseerd het verzoek af te wijzen op de grond dat de DIAM (nog) niet kan worden beschouwd als zorg die voldoet aan het criterium “stand van de wetenschap en praktijk” en daarmee valt buiten de verzekerde prestaties van de zorgverzekering. Een afschrift hiervan is aan partijen gezonden.
- 3.10 Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn uitgenodigd voor de telefonische hoorzitting van 19 december 2007. Verzoeker is rond het in de uitnodiging vermelde tijdstip drie keer gebeld. Ondanks deugdelijk te zijn uitgenodigd was verzoeker niet bereikbaar. De zorgverzekeraar is wel telefonisch gehoord. Daarbij is de zorgverzekeraar in de gelegenheid gesteld te reageren op het CVZ-advies.
- 3.11 Bij brief van 20 december 2007 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden. In vervolg hierop heeft het CVZ de commissie op 8 januari 2008 meegedeeld dat hetgeen in de hoorzitting naar voren is gebracht geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies.

4. Het standpunt van verzoeker

- 4.1 Verzoeker heeft al geruime tijd last van zijn rug als gevolg van de ziekte van Scheuermans en facet artrose. Op eigen initiatief heeft hij een second opinion gevraagd bij de neurochirurg Croese te Brasschaat, die hem, evenals dokter Teeuwen van de Oosterschelde ziekenhuizen een Diam operatie aanbevelen. De aanvraag daartoe is door de zorgverzekeraar afgewezen op de grond dat voor de behandeling geen indicatie aanwezig is.

5. Het standpunt van de zorgverzekeraar

- 5.1 De zorgverzekeraar verwijst naar de toepasselijke voorwaarden en geeft aan dat bij verzoeker geen sprake is van enige aanwijzing, zoals klachten, klinisch beeld en beeldopnamen, voor intermitterende neurogene claudicatie waarvoor een behandeling met DIAM of Dynasis geïndiceerd zou zijn. Op grond hiervan concludeert de zorgverzekeraar dat een indicatie voor de gevraagde behandeling ontbreekt.
- 5.2 Voorts heeft de zorgverzekeraar tijdens de hoorzitting aangegeven dat hij bij nader inzien van oordeel is dat geen sprake is van zorg die medisch-specialisten plegen te bieden als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering.

6. De bevoegdheid van de commissie

Voor zover het onderhavige geschil betrekking heeft op de zorgverzekering, acht de commissie zich bevoegd daarvan kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. De aanvullende verzekering blijft in dit kader buiten beschouwing.

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1 De relatie tussen partijen wordt beheerst door een verzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het BW. Deze verzekeringsovereenkomst betreft een zorgverzekering.

Een 'zorgverzekering' in de zin van artikel 1 onder d van de Zvw, dient te voldoen aan de wettelijke eisen van de Zorgverzekeringswet. De aard en omvang van de in de zorgverzekering op te nemen verzekerde prestaties zijn geregeld in Hoofdstuk 3, de artikelen 10 tot en met 14a van de Zvw en de daarop gebaseerde regelgeving, met name het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv). Slechts voor zover de verzekering voldoet aan de wettelijke eisen – dat wil zeggen niet meer en niet minder biedt – is sprake van een zorgverzekering en heeft de verzekerde, door deze verzekering te sluiten, voldaan aan de op hem rustende verzekeringsplicht.

- 7.2 Het betreft hier een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg. Aanspraak op medisch specialistische zorg (in het buitenland) is geregeld in de artikelen 20 en 21 van de zorgverzekering.

Artikel 20 van de zorgverzekering bepaalt, voorzover hier van belang, het volgende:

*"Artikel 20 Medisch-specialistische zorg
lid 1*

De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen medisch-specialisten als zorg plegen te bieden.

Toestemming vooraf is vereist, als:

de medisch specialistische zorg wordt verleend door een ziekenhuis, medisch specialist, (...)."

Artikel 21 van de zorgverzekering bepaalt, voorzover hier van belang, het volgende:

"Artikel 21

Bij zorg in een niet-gecontracteerde zorginstelling of door een niet-gecontracteerde zorgverlener vindt een kostenvergoeding plaats tot maximaal hetgeen in het Restitutie Reglement van de zorgverzekering (...) vermeld staat."

- 7.3 Volgens artikel 2 lid 1 van de zorgverzekering is de verzekeringsovereenkomst gebaseerd op de Zvw, het Bzv met de daarbij behorende Rzv, met inbegrip van de daarbij behorende toelichting, en het door de verzekeringnemer ingevulde aanvraagformulier.

- 7.4 Voor de beoordeling van het onderhavige geschil zijn de navolgende wettelijke bepalingen relevant.

Artikel 11 lid 1 onderdeel a van de Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde in voorkomend geval, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. geneeskundige zorg, is een en ander naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 van het Bzv. Het betreft onder andere zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden. In artikel 2.1 lid 2 van het Bzv is bepaald dat de inhoud en omvang van de

vormen van zorg of diensten mede worden bepaald door de stand der wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

- 7.5 Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.6 De commissie laat in het midden of de DIAM-behandeling kan worden gezien als een verzekerde prestatie in het kader van de zorgverzekering, aangezien de zorgverzekeraar dit in zijn primaire besluit heeft gepasseerd. De betreffende vraag is overigens door het CVZ – welk college een adviserende en voorlichtende rol heeft ten aanzien van de aard, omvang en inhoud van de te verzekeren prestaties in het kader van de zorgverzekering (zie artikel 65 en 66 van de Zvw) – in zijn advies in deze zaak van 22 november 2007 ontkennend beantwoord.
- Waar het gaat om de indicatie stelt de commissie op grond van de beschikbare stukken het volgende vast. In de verwijzing van de behandelend orthopeed in Nederland is enkel sprake van "rugklachten en knieklachten links". De neurochirurg te Brasschaat, die de second opinion heeft uitgevoerd, vermeldt als klacht "lage rugpijn". Voorts stelt hij "waarschijnlijk hebben we te maken met een instabiliteitsfenomeen op niveau L4-L5 (...)".
- Nu geen sprake is van vastgestelde instabiliteit bij verzoeker, en voorts geen motorische uitval wordt aangegeven, concludeert de commissie dat een indicatie voor de aangevraagde behandeling ontbreekt, zodat daarom verstrekking of vergoeding niet ten laste van de zorgverzekering kan plaatsvinden.
- 7.7 Het voorgaande leidt tot het oordeel dat het verzoek dient te worden afgewezen.
8. Het bindend advies
- 8.1 De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 22 april 2008,

Voorzitter