

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen C te D
Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, radiotherapeutische behandeling
van de ziekte van Ledderhose, stand wetenschap en praktijk
Zaaknummer : 2012.02402
Zittingsdatum : 28 augustus 2013

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 2012, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2012, art. 20 Vo 883/2004)

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

C te D, hierna 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 [naam ziektekostenverzekeraar] Zorgverzekering Restitutie (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering [naam ziektekostenverzekeraar] Zilver afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van een radiotherapeutische behandeling in verband met de ziekte van Ledderhose, uitgevoerd te Hamburg (Duitsland) (hierna: de aanspraak). Bij brief van 16 mei 2012 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 11 juni 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.3. Bij brief van 18 september 2012 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 dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).

3.4. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 13 november 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 14 november 2012 aan

verzoeker gezonden.

- 3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben op respectievelijk 23 november 2012 en 11 april 2013 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden.
- 3.7. Bij brief van 14 november 2012 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 18 juni 2013 heeft het CVZ (zaaknummer 2012128431) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat radiotherapie bij de ziekte van Ledderhose niet voldoet aan het criterium stand van de wetenschap en praktijk. Een afschrift van het CVZ-advies is op 26 juni 2013 aan partijen gezonden.
- 3.8. Verzoeker is op 28 augustus 2013 gebeld in verband met de hoorzitting. Bij die gelegenheid heeft hij, door middel van een ingesproken boodschap, te kennen gegeven dat hij niet mondeling wenst te communiceren, een en ander in afwachting van de afwikkeling van een door hem bij het bestuur van de SKGZ ingediende klacht. Op het andere, door hem opgegeven telefoonnummer was verzoeker niet bereikbaar. De ziektekostenverzekeraar is hiervan op de hoogte gesteld en telefonisch gehoord. Een afschrift van het verslag van de hoorzitting is op 10 september 2013 ter kennisname aan verzoeker gezonden.
- 3.9. Bij brief van 10 september 2013 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 19 september 2013 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. Verzoeker is bekend met de ziekte van Ledderhose. Deze ziekte is nauw verwant aan de ziekte van Dupuytren. Wat de ziekte van Dupuytren is voor de handen is de ziekte van Ledderhose voor de voeten. In Duitsland is radiotherapeutische behandeling voor beide aandoeningen een aanvaarde therapeutische optie. De Duitse Krankenkasse vergoedt de kosten van deze ingreep volledig.
- 4.2. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar is na onderzoek tot de conclusie gekomen dat deze zorg niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is. Hij heeft hierbij echter nagelaten de behandelend artsen van verzoeker te consulteren. Verzoeker twijfelt aan de deskundigheid van de medisch adviseur.
- 4.3. Het is verzoeker bekend dat twee andere mensen met dezelfde aandoening de behandeling wel ten laste van de zorgverzekering vergoed hebben gekregen van hun verzekeraar. Kennelijk bestaan in de belevingswereld van de ziektekostenverzekeraar even veel verschillende basisverzekeringen als zorgverzekeraars. Verzoeker is daarentegen van mening dat de zorgverzekering op gelijke wijze geïnterpreteerd dient te worden.

- 4.4. Verzoeker meent dat op zijn zaak niet kan worden beslist zolang de controverse tussen het CVZ en de Nederlandse Vereniging voor Radiotherapie en Oncologie (NVRO) niet is opgelost.
- 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. Bij de beoordeling of een behandeling gebruikelijk is, worden alle relevante gegevens in aanmerking genomen, waaronder met name literatuur, wetenschappelijke onderzoeken en gezaghebbende meningen van specialisten. De medisch adviseur hanteert het principe van "evidence based medicine". Dit is een systematische zoekstrategie naar relevante literatuur en beoordeling van de methodologische kwaliteit van de geselecteerde onderzoeken in internationale medisch-wetenschappelijke databases, zoals MEDLINE (PubMed), de Cochrane Library en het "International network of agencies for health technology assesment (INAHTA)". Er wordt niet limitatief gezocht, dat wil zeggen dat geen uitsluiting plaatsvindt van primaire onderzoeken, editorials, letters of case-reports.
 - 5.2. Naar gelang het onderwerp wordt ook specifiek gezocht naar gepubliceerde meningen van experts op het betreffende vakgebied en naar meningen of opvattingen van relevante organisaties of belangenverenigingen. Verder wordt ook altijd gezocht naar Nederlandse en buitenlandse richtlijnen en adviezen, en via Google naar opvattingen van buitenlandse ziektekostenverzekeraars of andere instanties.
 - 5.3. Uit de gevonden literatuur worden voor de verdere beoordeling die artikelen geselecteerd die betrekking hebben op de vraagstelling. Aan de artikelen wordt waar mogelijk een "level of evidence" toegekend conform de EBRO-richtlijnen (Evidence Based Richtlijn Ontwikkeling).
 - 5.4. Indien uit ten minste twee kwalitatief verantwoorde studies op "fase 3 niveau" blijkt dat de behandeling in kwestie een (meer)waarde heeft ten opzichte van de behandeling die tot nu toe in de internationale kring der beroepsgenoten geldend is, dan moet worden geconcludeerd dat de behandeling in kwestie (inmiddels) een gebruikelijke behandeling is in de internationale kring der beroepsgenoten.
 - 5.5. In PubMed zijn maar drie artikelen te vinden over radiotherapeutische behandeling van de ziekte van Ledderhose. Uit het laatste artikel uit Duitsland uit 2010 volgt dat nog grote onderzoeken moeten worden verricht. Hieruit leidt de ziektekostenverzekeraar af dat de door verzoeker aangevraagde behandeling niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is en daarmee geen verzekerde prestatie vormt onder de zorgverzekering.
 - 5.6. Het kan zijn dat andere verzekeraars de ingreep op basis van coulance hebben vergoed. Ook kan het zijn dat andere verzekeraars op onjuiste gronden tot de conclusie zijn gekomen dat deze ingreep conform de stand van de wetenschap en praktijk is. De ziektekostenverzekeraar acht zich hieraan niet gebonden.

5.7. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel A.21. van de zorgverzekering is de commissie 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 restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in 'Hoofdstuk B' van de zorgverzekering.

8.3. Artikel B.4. van 'Hoofdstuk B' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg zonder opname bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"B.4.3.1. Omschrijving van de zorg

De zorg omvat medisch specialistische zorg zonder opname. Deze zorg is te verdelen in:

B.4.3.1.a. Behandeling zonder dat opname plaatsvindt

Deze zorg zonder opname omvat onder andere:

1. oogheelkundige zorg;
2. aanleggen van gips;
3. ECG-onderzoek;
4. preventieve voetzorg bij diabetes patiënten.

B.4.3.1.b. Onderdelen die bij de behandeling horen

Deze zorg omvat:

1. de verpleging;
2. de geneesmiddelen;
3. de hulpmiddelen;
4. de verbandmiddelen;
5. laboratoriumonderzoek. (...)"

8.4. Artikel B.2. van 'Hoofdstuk B' van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

"B.2.1. Wonen in Nederland en zorg in buitenland

Als u in Nederland woont, hebt u recht op (vergoeding van) verzekerde zorg door een zorgverlener buiten Nederland. (...)"

- 8.5. Artikel A.3.2. van 'Hoofdstuk A' van de zorgverzekering luidt, voor zover hier van belang:

"In deze verzekeringsvoorwaarden staat op welke dekking u recht hebt. Deze dekking omvat zorg die voldoet aan de volgende eisen:

- a. *de inhoud en omvang van deze zorg worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk of door wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten; (...)"*

- 8.6. De artikelen A.3.2. van 'Hoofdstuk A' en B.2. en B.4. van 'Hoofdstuk B' van de zorgverzekering zijn volgens artikel A.2.4. van 'Hoofdstuk A' van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.7. Artikel 11, lid 1, onderdeel b 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 vergoeding van de kosten van 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.

- 8.8. De Zvw, het daarop gebaseerde Bzv en de Rzv, schrijven dwingend voor welke prestaties onder de zorgverzekering verzekerd dienen te zijn. De verzekerde die een zorgverzekering sluit heeft recht op niet meer of minder dan deze prestaties. De zorgverzekering is in dit opzicht een bijzondere, van overheidswege gereguleerde vorm van schadeverzekering. Het staat de ziektekostenverzekeraar niet vrij een dekking te bieden die hetzij ruimer dan wel beperkter is dan op grond van het bij of krachtens de Zvw bepaalde is voorgeschreven. De hiervoor beschreven regeling, zoals opgenomen in de zorgverzekering, strookt met de toepasselijke regelgeving.

- 8.9. Artikel 20 van Vo 883/2004 luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

"1. Tenzij in deze verordening anders is bepaald, moet een verzekerde die naar een andere lidstaat reist met het oogmerk gedurende zijn verblijf verstrekkingen te ontvangen, daarvoor toestemming van het bevoegde orgaan vragen.

2. *Een verzekerde die van het bevoegde orgaan toestemming heeft gekregen om zich naar een andere lidstaat te begeven met het oogmerk om daar een voor zijn gezondheidstoestand passende behandeling te ondergaan, heeft recht op verstrekkingen die voor rekening van het bevoegde orgaan worden verleend door het orgaan van de verblijfplaats, volgens de door dit orgaan toegepaste wetgeving, alsof hij krachtens die wetgeving verzekerd was. De toestemming mag niet worden geweigerd wanneer de desbetreffende behandeling behoort tot de prestaties waarin de wetgeving van de lidstaat waar betrokkene woont, voorziet, en die behandeling hem, gelet op zijn gezondheidstoestand van dat moment en het te verwachten ziekteverloop, in laatstbedoelde lidstaat niet kan worden gegeven binnen een termijn die medisch verantwoord is. (...)"*

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Aangezien verzoeker voorafgaand aan de ingreep toestemming heeft gevraagd aan de ziektekostenverzekeraar, dient in de eerste plaats te worden getoetst aan artikel 20 van Vo 883/2004. Ook in dat kader is relevant of sprake is van een verzekerde prestatie onder de zorgverzekering en of verzoeker hiervoor een indicatie heeft.
- 9.2. Mede gelet op het door de ziektekostenverzekeraar ingenomen standpunt, is de vraag of de radiotherapeutische behandeling van de ziekte van Ledderhose voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk als bedoeld in artikel A.3.2. van de zorgverzekering.
- 9.3. 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.
- 9.4. 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.

- 9.5. Een onderzoek naar dergelijke kwalitatieve onderzoeken met betrekking tot de onderhavige behandeling is door het CVZ uitgevoerd, en de bevindingen hiervan zijn in het advies van 18 juni 2013 verwoord. De conclusie van het advies is dat de door verzoeker gewenste behandeling geen zorg is conform de stand van de wetenschap en praktijk en daarmee geen verzekerde prestatie onder de zorgverzekering. De commissie neemt deze conclusie over en maakt deze tot de hare. Hetgeen verzoeker heeft aangevoerd met betrekking tot de NVRO is in dit verband niet relevant. De beoordeling door de commissie blijft beperkt tot de vraag of de ziektekostenverzekeraar de aanvraag van verzoeker op 16 mei 2012 terecht heeft afgewezen. Uit hetgeen hiervoor is overwogen volgt dat de gevraagde toestemming hem terecht is onthouden en dat hij noch op grond van de verordening noch op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering aanspraak kan maken op vergoeding.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

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

Vergoeding door andere verzekeraars

- 9.7. 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 met betrekking tot de inhoud van de zorgverzekering gebonden aan de 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 hiervoor geen dekking bieden, ook niet als andere zorgverzekeraars dat – om welke reden ook – wel doen. Slechts indien de ziektekostenverzekeraar een beleid voert waarbij meer wordt vergoed of verstrekt dan volgens de regelgeving inzake de zorgverzekering is toegestaan, kan verzoeker op dat beleid een beroep doen. Aangezien verzoeker zich slechts beroept op het beleid van andere zorgverzekeraars, kan hem dat – zo al van een dergelijk beleid aldaar sprake is – niet baten.

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, 25 september 2013,

Voorzitter