



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen OWM Centrale
Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg

Zaak : EU/EER, Portugal, geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg
bij cannabis- en alcoholmisbruik, stand wetenschap en praktijk,
doelmatigheid

Zaaknummer : 201501891

Zittingsdatum : 21 december 2016

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2014, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, art. 19 Vo. nr. 883/2004, art. 25 Vo. nr. 987/2009)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door C te D,

tegen

OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorg-op-maatpolis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1 onderdeel d Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst 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 zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van opname in de kliniek 'Heritage' te Sintra, Portugal (verder: de aanspraak). Bij brief van 23 januari 2015 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.

3.2. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 16 maart 2015 heeft de zorgverzekeraar 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 zorgverzekeraar.

3.4. Bij brief van 19 mei 2016 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar 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 van € 37,- voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar 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.

3.6. De zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 10 augustus 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 12 augustus 2016 aan verzoeker gezonden.

- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 19 augustus 2016 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De zorgverzekeraar heeft op 25 oktober 2016 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 17 augustus 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 20 september 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016106090) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd aan verzoeker te vragen nadere informatie over te leggen. Het gaat hierbij om de vragen (i) of de 12-stappenmethode werd toegepast vanwege de alcoholverslaving, en (ii) of de klinische opname in de verslavingskliniek op het moment van opname medisch noodzakelijk was vanwege ernstige medisch/psychiatrische comorbiditeit, sociale desintegratie en/of een ernstige vorm van afhankelijkheid. De commissie heeft verzoeker gevraagd de nadere informatie binnen een termijn van twee weken aan te leveren. Verzoeker heeft op 21 oktober 2016 nadere informatie van de behandelend arts overgelegd. Een afschrift hiervan is op 24 oktober 2016 aan de zorgverzekeraar gezonden, met de mogelijkheid hierop binnen zeven dagen schriftelijk te reageren. De zorgverzekeraar heeft van deze mogelijkheid geen gebruik gemaakt.
- 3.9. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 21 december 2016 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.10. Bij brief van 23 december 2016 heeft de commissie het Zorginstituut afschriften van de aantekeningen van de hoorzitting en van het door verzoeker nagezonden stuk van de behandelend arts gezonden met het verzoek mede te delen of deze stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 3 januari 2017 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen en het nagekomen stuk geen aanleiding vormen tot aanpassing van het 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 7 mei 2015 ten aanzien van verzoeker verklaard: *“The Beginning Counseling Services Unipessoal Lda., representing the Heritage Counseling Clinic, specialized in the treatment of chemical and behavioral addictions and located in Sintra-Portugal, hereby certifies that [verzoeker] (...) was admitted in our clinic last October 27th, 2014. The patient has a clinical history of alc[o]ho(...)l abuse and dependency as well as other drugs like cannabis. [Verzoeker] is under specialized treatment for chemical dependency with slow improvement of his clinical condition performed at Heritage Clinic for the next 4 to 6 weeks until complete the treatment. After that he will need do some voluntary work and needs frequency of self-help meetings like AA or NA weekly. (...)”*.
- 4.2. Verzoeker heeft een cannabis- en een alcoholverslaving. Verder is hij sinds ongeveer zijn 22e jaar bekend met schizofrenie, en kampt hij met suïcidale neigingen. De eerste zelfmoordpoging vond plaats in juni of juli 2014, en hierover is intensief contact geweest met de huisarts. De tweede poging deed verzoeker op 30 augustus 2014. Dit vormde aanleiding verzoeker op te nemen op de afdeling Psychiatrie van een ziekenhuis in Nederland van 6 tot en met 22 september 2014. De derde zelfmoordpoging vond plaats op 29 september 2014, tijdens een verblijf bij zijn moeder in Portugal. Verzoeker is hierna opgenomen in een ziekenhuis in Tomar van 29 september 2014 tot 10 oktober 2014. Omdat verzoeker na de opname nog niet volledig was hersteld, heeft zijn moeder contact gezocht met de kliniek 'Heritage'. Een arts aldaar heeft verzoeker onderzocht, en kwam tot de conclusie dat verzoeker diende te worden opgenomen. Deze opname duurde van 27 oktober 2014 tot 3 juni 2015. Na zijn ontslag was verzoeker nuchter en voelde hij zich stabiel. Iedere week heeft hij - gratis - contact met zijn behandelend psychiater. De totale kosten van de behandeling bedragen € 13.500,--.

- 4.3. De ziektekostenverzekeraar wijst vergoeding van de kosten af op de grond dat de behandeling onnodig duur is. Verzoeker is echter behoorlijk opgeknapt van de behandeling, zodat deze in ieder geval doelmatig is geweest. Wat betreft het argument dat de behandeling onnodig duur is, geldt dat verzoeker ook een andere behandeling had kunnen ondergaan, die zich over een langere periode zou hebben uitgestrekt en veel meer zou hebben gekost, met "geen herstel als resultaat". Verzoeker voelde zich in Portugal eindelijk begrepen, hetgeen ook te maken had met de taalbarrière die in Nederland voor hem bestaat, en in zijn vaderland niet. Verzoeker heeft via familie en vrienden in Portugal geld moeten lenen om de opname in Sintra te kunnen bekostigen.
- 4.4. Ter zitting is door verzoeker aangevoerd dat hij op de verjaardag van zijn moeder in Portugal was toen de problemen ontstonden. Hij is opgenomen in Tomar, en zou daarna terugkeren naar Nederland. De eerste hulp in Portugal is nagenoeg gratis, hetgeen de reden is dat hiervan geen kosten bij de ziektekostenverzekeraar zijn gedeclareerd. Toen verzoeker, na het verblijf in Tomar, weer bij zijn moeder verbleef, bleek een tweede opname noodzakelijk. De opname in Sintra was gericht op de behandeling van zijn verslaving aan alcohol en cannabis. Deze problemen bestonden in Nederland al en verzoeker werd hiervoor behandeld met medicijnen. Dit medicijngebruik is in Sintra afgebouwd. Bij een verslaving is het noodzakelijk los te komen van emoties en stress. Daarom bevat de behandeling ook onderdelen zoals yoga en paardrijden. Verzoeker ging een tijdlang elke maand naar Sintra, zonder dat hiervoor apart hoefde te worden betaald. Intussen is verzoeker twee jaar en twee maanden clean. Zo nodig gaat hij naar meetings van de AA en NA.
- 4.5. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar
- 5.1. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar heeft het dossier van verzoeker beoordeeld, en heeft, voor zover hier van belang, het volgende verklaard: *"De opname in de Heritage kliniek in Sintra was van 27 oktober 2014 tot 3 juni 2015. Op basis van de informatie van de behandelend psycholoog was er sprake van een cannabisverslaving (er wordt nergens gesproken over een alcoholverslaving). Verder was er sprake van een acute psychotische aandoening (zonder symptomen van schizofrenie *ICD-10: F23). Dat voor de laatste aandoening op dat moment een klinische behandeling noodzakelijk was, kan ik me voorstellen. Maar, of voor de behandeling voor de cannabisverslaving een klinische opname nodig was, kan niet geconcludeerd worden op basis van de beschikbare informatie. Bovendien is in het geheel niet duidelijk waarom de opname zo lang heeft moeten duren (ruim 7 maanden). De kliniek geeft zelf aan dat het programma 12 weken duurt. Alleen voor alcoholverslaving heeft het Zorginstituut aangegeven dat behandeling volgens het Minnesota model voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Indien de behandeling wordt ingezet voor cannabisverslaving, dan wordt niet voldaan aan de stand van de wetenschap en praktijk en is er in feite geen sprake van verzekerde zorg. Naast de behandeling volgens het Minnesota model hebben er blijkbaar ook nog andere interventies plaatsgevonden. In het zorgprogramma worden o.a. genoemd: yoga, kunst therapie, coaching m.b.v. paarden, buitenhuis groepsactiviteiten (kanoën, fietsen, voetbal), etc. Hoewel deze interventies voor de patiënt prettig kunnen zijn, is niet aangetoond dat ze ook daadwerkelijk effectief zijn c.q. een bijdrage leveren aan een effectieve behandeling. Deze activiteiten vallen dus niet onder de verzekerde zorg. (...) De gegeven (hoofd)behandelinterventie (Minnesota model) is voor de behandeling van cannabisverslaving geen evidence based interventie. Verder zijn er diverse interventies in het zorgprogramma aangeboden die ook niet voldoen aan de stand van wetenschap en praktijk. Daarnaast is niet duidelijk gemaakt waarom de opname/klinische behandeling zo lang heeft moeten duren. Er is geen sprake geweest van doelmatige zorg".*

5.2. In artikel A.3.2. van de zorgverzekering is bepaald dat de zorg conform de stand van de wetenschap en praktijk dient te zijn, en dat sprake moet zijn van doelmatige zorg. Er moet een indicatie voor de zorg bestaan, en deze mag niet onnodig duur zijn. Te dure zorg is geen adequate zorg die valt onder de zorgverzekering.

Verzoeker is behandeld op basis van de zogenoemde 12-stappenmethode of Minnesota interventie. Volgens het Zorginstituut voldoet deze methode aan de stand van de wetenschap en praktijk bij alcoholafhankelijkheid. Bij cannabisafhankelijkheid geldt dit niet. Voor zover de behandeling is gericht op de cannabisverslaving, betreft het derhalve geen verzekerde zorg. Met betrekking tot de alcoholverslaving geldt dat geen sprake is van doelmatige zorg, omdat deze onnodig lang heeft geduurd, zonder dat hiervoor een onderbouwing is gegeven. Bovendien bevat de behandeling tal van activiteiten, waaronder therapie met paarden en yoga, die niet onder de verzekerde zorg vallen.

5.3. Ter zitting is door de zorgverzekeraar erop gewezen dat de alcoholverslaving aanvankelijk niet werd genoemd. Pas na 7 mei 2015 kwam dit aan de orde. De ziektekostenverzekeraar heeft beoordeeld of het 12-stappenprogramma verzekerde zorg is bij een cannabisverslaving. Dit bleek niet het geval, hetgeen wordt bevestigd door het Zorginstituut. De behandeling van de alcoholverslaving volgens dit programma is niet doelmatig. Meestal gebeurt dit ambulantly. Het Zorginstituut onderschrijft deze visie. Er is ook geen voorafgaande machtiging gevraagd. Inmiddels hebben drie medisch adviseurs naar de zaak gekeken, en zij komen tot de zelfde conclusie. Omdat deze behandeling in het buitenland vaker voorkomt, is de ziektekostenverzekeraar strikt in de beoordeling.

5.4. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel A.22. van de zorgverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover 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.

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 zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen B.1. tot en met B.23. van de zorgverzekering.

8.3. Artikel B.19. van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op geestelijke gezondheidszorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“De zorg omvat Gespecialiseerde GGZ zoals psychiaters en klinisch psychologen die plegen te bieden in combinatie met opname:

- *in een psychiatrisch ziekenhuis (instelling voor specialistische psychiatrische zorg); of*
- *op een psychiatrische afdeling in een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg).*

Onder deze gespecialiseerde GGZ verstaan wij;

- *diagnostiek (het vaststellen van de aandoening) en*
- *gespecialiseerde behandeling van ingewikkelde (complexe) psychische aandoeningen.*

Gedurende maximaal 365 dagen bestaat de zorg ook uit:

- de gespecialiseerde psychiatrische behandeling en het verblijf;
- de verpleging en verzorging die erbij hoort;
- de paramedische zorg (bijvoorbeeld fysiotherapie, oefentherapie, ergotherapie, logopedie of voedingsvoorlichting met medische noodzaak);
- de verpleging, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen tijdens de opname.

Na deze 365 dagen kunt u op grond van de AWBZ nog recht hebben op deze zorg.

Bij de telling van de 365 dagen gelden de volgende regels:

- Wordt uw opname korter dan 31 dagen onderbroken, dan tellen de dagen dat de onderbreking duurt niet mee bij de 365 dagen. Na de onderbreking wordt verder geteld.
- Wordt uw opname langer dan 30 dagen onderbroken, dan beginnen we opnieuw te tellen en hebt u dus weer recht op (vergoeding van de) zorg voor 365 dagen.
- Wordt uw opname onderbroken voor weekend- en vakantieverlof, dan tellen deze dagen van onderbreking mee bij de 365 dagen. (...)

Voorwaarden

Zorgaanbieder

- Een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg) of een instelling voor gespecialiseerde GGZ verleent de zorg.
- Een instelling die de zorg verleent, voldoet aan de door de WTZi gestelde voorwaarden. De geneesheer-directeur is eindverantwoordelijk voor de kwaliteit van de verleende zorg. Voor de kwaliteit van de zorg zijn de criteria omschreven in een inzichtelijk kwaliteitshandboek. De taakafbakening van de betrokken deskundigen is bij protocol omschreven.
- In deze instelling dient de diagnostiek en de behandelindicatie te worden vastgesteld door een BIG-geregistreerd hoofdbehandelaar Gespecialiseerde GGZ. Op verzoek verstrekt de instelling een lijst van alle hulpverleners inclusief BIG-registratienummer aan ons.
- Op onze internetsite kunt u de instellingen vinden die aan deze eisen voldoen.

Verwijzing

- U bent voor aanvang van de behandeling verwezen door een bedrijfsarts of door een huisarts (bij voorkeur ondersteund door een Praktijk Ondersteuner voor de huisarts specifiek voor de GGZ (POH-GGZ)), arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, jeugdarts, psychiater of Bureau Jeugdzorg als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg. Een bedrijfsarts kan verwijzen voor psychotherapie behalve als sprake is van (langdurige) psychoanalytische psychotherapie.
- De verwijzing is gebaseerd op een diagnostisch gesprek en een oriënterend onderzoek. Uit dit oriënterend onderzoek is gebleken dat sprake is van een psychiatrische stoornis die behandeld moet worden binnen de Gespecialiseerde GGZ. De uitkomst van dit oriënterend onderzoek is onderdeel van de verwijzing en moet aanwezig zijn bij de huisarts en de behandelaar. (...)"

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

"Als u woont of verblijft in een Verdragsland en u krijgt daar zorg, of u verblijft tijdelijk in een ander Verdragsland (dat kan ook Nederland zijn!) en krijgt daar zorg, dan kunt u kiezen tussen:

- zorg volgens de wettelijke regeling die in dat Verdragsland geldt op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag; of
- (vergoeding van) verzekerde zorg volgens de door u afgesloten zorgverzekering en zoals beschreven in artikel B.2.2. (...)"

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

*"De inhoud van uw zorgverzekering wordt bepaald door de overheid. Wij bepalen de inhoud van de ziektekostenverzekering en de aanvullende verzekeringen.
In deze verzekeringsvoorwaarden staat op welke dekking u recht hebt. Deze dekking omvat zorg die voldoet aan de volgende eisen: (...)
- de inhoud en omvang van 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; en (...)
- u bent - gelet op uw indicatie - naar inhoud en omvang redelijkerwijs aangewezen op die zorg. De te verlenen zorg moet doelmatig zijn. (...)"*

8.6. De artikelen A.3.2., B.2. en B.19. van de zorgverzekering zijn volgens artikel A.2.4. van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.7. 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, waaronder geestelijke gezondheidszorg, 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 of diensten.

Artikel 2.1 lid 3 Bzv bepaalt dat een verzekerde slechts recht heeft op een bepaalde vorm van zorg of een dienst voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

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 zorgverzekeraar 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 19 van Vo 883/2004 luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

"1. Tenzij anders is bepaald in lid 2, hebben een verzekerde en zijn gezinsleden die verblijven in een andere lidstaat dan de bevoegde lidstaat, recht op de verstrekkingen welke tijdens het verblijf medisch noodzakelijk worden, met inachtneming van de aard van de verstrekkingen en de verwachte duur van het verblijf. De verstrekkingen worden voor rekening van het bevoegde orgaan verstrekt door het orgaan van de verblijfplaats, volgens de door dit orgaan toegepaste wetgeving, alsof de betrokkenen krachtens die wetgeving verzekerd waren.

2. De Administratieve Commissie stelt een lijst op van de verstrekkingen die om praktische redenen tijdens een verblijf in een andere lidstaat worden verstrekt op voorwaarde dat dit vooraf is overeengekomen tussen de betrokkene en het orgaan dat de zorg verstrekt."

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Tijdens zijn verblijf in een andere EU-lidstaat, namelijk Portugal, is verzoeker aangewezen geraakt op medisch noodzakelijke zorg. Op deze situatie ziet artikel 19 van Vo. nr. 883/2004. aangezien de European Health Insurance Card (EHIC) niet is getoond dan wel niet door de zorgaanbieder is geaccepteerd en verzoeker bij de zorgverzekeraar aanspraak maakt op vergoeding, dient laatstgenoemde, gelet op artikel 25 lid 5 van Vo. nr. 987/2009, te onderzoeken wat het tarief is dat in Portugal voor deze zorg wordt vergoed ten laste van de plaatselijke sociale ziektekostenverzekering. De commissie bepaalt dat de zorgverzekeraar hiertoe een zogenoemd tarifieringsverzoek dient te doen bij het Portugese uitvoeringsorgaan.
- 9.2. Voor zover vergoeding ten laste van de zorgverzekering aan de orde is, overweegt de commissie als volgt.
Verzoeker is behandeld vanwege alcohol- en cannabisafhankelijkheid. De behandeling bestond uit de zogenoemde Minnesota interventie en uit andere interventies die volgens de ziektekostenverzekeraar niet tot de verzekerde zorg behoren. Ten aanzien van de behandeling volgens van het Minnesota model, voor zover het de cannabisverslaving betreft, heeft de zorgverzekeraar het standpunt ingenomen dat dit geen verzekerde zorg is. De vraag is derhalve of de zorg die op deze verslaving ziet, 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 het gebruik van het Minnesota model bij een cannabisverslaving is door het Zorginstituut uitgevoerd, en de bevindingen hiervan zijn in het advies van 20 september 2016 verwoord. De conclusie van het advies is dat deze zorg niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is en daarmee geen verzekerde prestatie onder de zorgverzekering. De commissie neemt het advies van het Zorginstituut over en maakt de conclusie hiervan tot de hare. Dit betekent dat ten laste van de zorgverzekering geen aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van de behandeling van de cannabisverslaving bij verzoeker.
- 9.6. Met betrekking tot het hanteren van het Minnesota model bij alcoholverslaving heeft de zorgverzekeraar zich erop beroepen dat de aan verzoeker in dit kader verleende zorg niet doelmatig is, zodat als vaststaand wordt aangenomen dat de vragen of sprake is van een verzekerde prestatie en of verzoeker hiervoor ten tijde van de behandeling een indicatie had, bevestigend zijn beantwoord.
De eis dat een bepaalde vorm van zorg of dienst voor een verzekerde doelmatig dient te zijn, behoort gelet op de Nota van toelichting bij artikel 2.1 lid 3 Bzv, tot de verantwoordelijkheid van de ziektekostenverzekeraar. In het onderhavige geval is de doelmatigheid omschreven in artikel A.3.2. van de voorwaarden van de zorgverzekering. Hiermee is de juridische basis gelegd voor de beoordeling en komt de commissie ten aanzien daarvan een integrale toetsingsbevoegdheid toe. Uit de stukken blijkt dat verzoeker gedurende zeven maanden opgenomen is geweest in de kliniek in Sintra. Door verzoeker is niet onderbouwd waarom een dergelijk lang verblijf noodzakelijk was, anders dan dat hij niet woonachtig was in Portugal en dat in de kliniek zijn moedertaal werd gesproken, zodat hij geen last had van de taalbarrière. Dit vormt geen medisch inhoudelijke reden voor een langer verblijf dan drie maanden, zoals in eerste instantie was gepland door de kliniek. De commissie kan de zorgverzekeraar daarom volgen in zijn standpunt dat de zorg in het kader van de behandeling van de alcoholproblematiek van verzoeker niet doelmatig was.
- 9.7. De betreffende behandeling bestond daarnaast uit andere interventies, zoals therapie met paarden en yoga. Deze interventies behoren niet tot de verzekerde zorg op grond van de zorgverzekering. Het voorgaande leidt tot de conclusie dat op basis van de zorgverzekering ook geen aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van de behandeling van de alcoholverslaving van verzoeker.

Conclusie

- 9.8. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek gedeeltelijk dient te worden toegewezen, met inachtneming van hetgeen is overwogen onder 9.1. Het meer of anders gevorderde dient te worden afgewezen.
- 9.9. Aangezien het verzoek deels wordt toegewezen, dient de zorgverzekeraar het entreegeld van € 37,-- aan verzoeker te vergoeden.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek gedeeltelijk toe, met inachtneming van hetgeen is overwogen onder 9.1. Het meer of anders gevorderde wijst de commissie af.



10.2. De commissie bepaalt dat de zorgverzekeraar is gehouden het entreegeld van € 37,-- aan verzoeker te vergoeden.



Zeist, 18 januari 2017,



A.I.M. van Mierlo

