

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, tegen C te D en E te F
Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, behandeling ziekte van Dupuytren met radiotherapie, stand wetenschap en praktijk
Zaaknummer : 2012.01759
Zittingsdatum : 17 juli 2013

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. P.J.J. Vonk (fungerend voorzitter), mr. H.P.Ch. van Dijk en mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

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

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

1) C te D, en

2) E te F,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Beter Af Polis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw).

Verder waren ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Beter Af Plus Polis twee sterren en het Beter Af Vitaalpakket afgesloten (hierna gezamenlijk: de aanvullende ziektekostenverzekering).

Genoemde 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. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van radiotherapie ter behandeling van de ziekte van Dupuytren, ondergaan te Erlangen (Duitsland) (hierna: de aanspraak). Bij brief van 31 mei 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.

3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 19 juni 2012 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 21 november 2012 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 van € 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 stukken gevoegd.
- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 11 januari 2013 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 14 januari 2013 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 15 januari 2013 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 15 februari 2013 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 14 januari 2013 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 (zaaknummer 2013006311) heeft het CVZ 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 Dupuytren niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 26 juni 2013 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 17 juli 2013 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 18 juli 2013 heeft de commissie het CVZ afschriften van het verslag van de hoorzitting en van de door verzoekster gebruikte pleitnota met bijlagen gezonden met het verzoek mede te delen of deze stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie hierop heeft het CVZ bij brief van 30 juli 2013 de commissie medegedeeld dat het verslag en de overige stukken geen aanleiding vormen tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd. Het CVZ merkt op dat zorg pas kan worden vergoed als deze voldoet aan het wettelijk criterium stand van de wetenschap en praktijk. Onderzocht is of radiotherapie bij de ziekte van Dupuytren aan dit criterium voldoet. Uit het onderzoek is gebleken dat de onderhavige interventie niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en om die reden niet ten laste van de zorgverzekering kan worden vergoed. De door verzoekster overgelegde pleitnota en de bijlagen geven geen aanleiding dit standpunt te wijzigen. Voorts merkt het CVZ op dat buitenlandse vergoedingssystemen interessant kunnen zijn voor het vergaren van kennis over zorgvormen, maar dat de doorslaggevende betekenis voor de beoordeling van de stand van de wetenschap en praktijk uiteindelijk uit literatuur, wetenschappelijke onderzoeken, en gezaghebbende meningen van specialisten komt. Dit is te meer van belang, aangezien het publiekrechtelijke ziektekostenverzekeringenstelsel in elk land op een andere wijze is georganiseerd en de vergoedingssystemen overal anders zijn. Daar komt bij dat buitenlandse publiekrechtelijke ziektekostenregimes niet allemaal het criterium stand van de wetenschap en praktijk kennen.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Verzoekster is bekend met de ziekte van Dupuytren. Zij heeft hiervoor een behandeling met radiotherapie ondergaan in Duitsland. Het toepassen van radiotherapie in het beginstadium van Dupuytren voorkomt kostbare operaties, die vaak herhaald moeten worden, omdat het ziekteproces door de bestralingen tot stilstand wordt gebracht. Dit resultaat is ook bij verzoekster bereikt.
- 4.2. Verzoekster heeft diverse stukken overgelegd als bewijs dat deze behandeling voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. De ziektekostenverzekeraar verschuilt zich achter de mening van de Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie. Hier zijn geen radiologen werkzaam. Ook deze vereniging meldt overigens dat radiotherapie mogelijk is, een en ander naar aanleiding van een onderzoek dat is gefinancierd door de Kwaliteitskoepel Medisch Specialisten.
- 4.3. In Duitsland wordt in 36 klinieken radiotherapie toegepast bij deze aandoening. De kosten hiervan worden vergoed door de Duitse Krankenkasse. Ook in andere landen wordt de behandeling door verzekeraars vergoed, waaronder de Verenigde Staten, België, Oostenrijk en Zwitserland.
- 4.4. Ter zitting is door verzoekster haar standpunt herhaald. Voorts is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat het CVZ-advies incompleet en onzorgvuldig is. De onderhavige behandeling voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Het betreft hier een standaardbehandeling en deze valt onder de dekking. De Nederlandse Zorgautoriteit deelt deze mening. Tot slot stelt verzoekster dat patiënten in Nederland geen gelijke rechten hebben. Er zijn haar namelijk gevallen bekend van andere verzekeren die de behandeling wel vergoed hebben gekregen. Zodoende wordt haar tekort gedaan.
- 4.5. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. Op initiatief van de Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie heeft een werkgroep de waarde van radiotherapie bij Dupuytren onderzocht. De conclusie van dit onderzoek is dat de bewijskracht van alle studies samen zeer laag is, omdat de studies niet gerandomiseerd zijn. Hierdoor is het moeilijk vast te stellen of er duidelijke verschillen zijn tussen het natuurlijke verloop van de ziekte en datgene dat kan worden waargenomen na behandeling met radiotherapie.
- 5.2. In een e-mailbericht bevestigt de behandelend arts van verzoekster dat er geen gerandomiseerde studies zijn. Ook schrijft hij dat radiotherapie bij Dupuytren in Duitsland door alle Krankenkassen wordt betaald. Behandelingen kunnen zeer gewenst zijn, medisch zinvol of door buitenlandse verzekeraars worden vergoed. Dit houdt niet vanzelfsprekend in dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van de behandeling ten laste van de zorgverzekering te vergoeden. De behandeling met radiotherapie bij Dupuytren is niet conform de stand van de wetenschap en praktijk en daarmee geen verzekerde prestatie onder de zorgverzekering. Verzoekster heeft geen aanspraak op vergoeding van de kosten hiervan.

5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat het CVZ-advies degelijk is onderbouwd. Daarom schaaft hij zich achter dit advies. Voorts stelt de ziektekostenverzekeraar niet bekend te zijn met gevallen waarin de onderhavige behandeling is vergoed. Voor zover vergoeding heeft plaatsgevonden, betreft het mogelijk een fout. Feit blijft dat de behandeling niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is, en dat deze daarom geen verzekerde prestatie in het kader van de zorgverzekering vormt.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 16 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 combinatiepolis, zodat de verzekerde voor bepaalde zorg is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners en voor andere zorg kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld onder het kopje 'aanspraken' van de zorgverzekering.

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

"Wij vergoeden bij dagbehandeling of ziekenhuisopname voor een ononderbroken periode van maximaal 365 dagen de kosten van onderstaande zorg. Voor de berekening van de 365 dagen telt ook mee de opname ten behoeve van revalidatie in een ziekenhuis of revalidatiecentrum en opname in een psychiatrisch ziekenhuis. Een onderbreking van ten hoogste dertig dagen wordt niet als onderbreking beschouwd, maar een dergelijke onderbreking telt niet mee voor de berekening van de 365 dagen. Onderbrekingen wegens weekenden vakantieverlof tellen wel mee voor de berekening van de 365 dagen.

Wij vergoeden de kosten van:

- verblijf, inclusief verpleging en verzorging, op basis van de derde klasse;*
- medisch specialistische of kaakchirurgische zorg;*
- de bij de behandeling behorende paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen, gedurende de periode van opname.*

De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen medisch specialisten en kaakchirurgen als zorg plegen te bieden. (...)

- 8.4. Artikel 19 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

"Bij gebruik van zorg in een EU/EER-staat of verdragsland heeft u naar keuze aanspraak op:

- zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag;*
- zorg door een zorgverlener die door ons in het buitenland is gecontracteerd;*
- vergoeding van de kosten van zorg van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener conform de aanspraken van de [naam zorgverzekering] tot maximaal:*
 - wanneer dit bij een aanspraak wordt genoemd, de lagere vergoeding of de eigen bijdrage die u verschuldigd bent;*
 - het op dat moment op basis van de Wet marktverordening gezondheidszorg vastgestelde (maximum-)tarief;*
 - wanneer en voor zover geen op basis van de Wet marktverordening gezondheidszorg vastgesteld (maximum-)tarief bestaat, het in Nederland geldende marktconforme bedrag. (...)"*

- 8.5. Artikel 2.4 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering luidt, voor zover hier van belang:

"De aanspraak op zorg en/of vergoeding van kosten van zorg als in de basisverzekering omschreven, wordt mede naar inhoud en omvang 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."

- 8.6. De artikelen 4 van de 'aanspraken' van de zorgverzekering en 2.4 en 19 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2.1 van de 'algemene voorwaarden' 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. nr. 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 verzoekster voorafgaand aan de behandeling toestemming heeft gevraagd aan de ziektekostenverzekeraar, dient te worden getoetst aan artikel 20 van Vo. nr. 883/2004. Ook in dat kader is relevant of de onderhavige behandeling een verzekerde prestatie vormt onder de zorgverzekering en of verzoekster hiervoor een indicatie heeft.
- 9.2. Mede gelet op het door de ziektekostenverzekeraar ingenomen standpunt, is de vraag of radiotherapie bij de ziekte van Dupuytren voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk als bedoeld in de voorwaarden 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 toepassing van radiotherapie bij de ziekte van Dupuytren 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 deze behandeling niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is en daarmee geen verzekerde prestatie onder de zorgverzekering. In vervolg op de behandeling ter zitting is het CVZ gevraagd of hetgeen toen is besproken aanleiding vormt tot een wijziging van dit standpunt. Het CVZ heeft op 18 juli 2013 laten weten zijn conclusie te handhaven. De commissie neemt deze conclusie over en zij maakt deze tot de hare.
- 9.6. Aangezien de onderhavige behandeling geen verzekerde prestatie vormt onder de zorgverzekering, is de toestemming op grond van artikel 20 van Vo. nr. 883/2004 verzoekster terecht onthouden, en kan op basis van de zorgverzekering geen aanspraak worden gemaakt op vergoeding.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.7. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor radiotherapie, zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden toegewezen.

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, 7 augustus 2013,

Voorzitter