

ANONIEM

Bindend advies

Partijen	: A te B vs C te D
Zaak	: Geneeskundige zorg, medisch-specialistische zorg, buitenland, lumbale discusprothese
Zaaknummer	: ANO07.359
Zittingsdatum	: 5 december 2007

Zaak: ANO07.359 (Geneeskundige zorg, medisch-specialistische zorg, buitenland, lumbale disusprothese)

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. T. Hartlief (voorzitter), mr. J.H.A. Teulings en mr. drs. P.J.J. Vonk)

(Voorwaarden zorgverzekering 2006, artt. 10-14 Zvw, 2.1, 2.4 Bzv)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen verzoekster,

tegen

C te D, hierna te noemen de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen het besluit van de zorgverzekeraar van 5 januari 2007 inzake de afwijzing van de aanvraag voor het plaatsen van een discusprothese (in eerste instantie op niveau L5/S1, daarna eventueel ook op niveau L4/L5) bij een niet-gecontracteerde zorgverlener te Deurne (België).

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorgverzekering, een verzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw) (hierna: de zorgverzekering), in combinatie met een aanvullende verzekering.
- 3.2. Bij brief van 5 januari 2007 heeft de zorgverzekeraar verzoekster meegedeeld dat op de aanvraag voor eerder genoemde behandeling afwijzend is beslist.
- 3.3. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 14 februari 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster meegedeeld het ingenomen standpunt te handhaven.
- 3.4. Met aanmeldingsformulier van 20 februari 2007 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de inmiddels uitgevoerde plaatsing van de discusprothesen bij een niet-gecontracteerde zorgverlener in het buitenland te vergoeden.
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 37,00 voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren.
- 3.6. Bij brief van 16 april 2007 heeft de zorgverzekeraar gebruik gemaakt van de mogelijkheid te reageren op de stellingen verzoekster. Een afschrift hiervan is op 12 juli 2007 aan verzoekster gezonden. Vervolgens heeft verzoekster telefonisch aangege-

ven dat een bedrag van € 4.765,39 aan haar was betaald en dat het dossier kon worden gesloten. Op 2 augustus 2007 heeft zij dit schriftelijk bevestigd, waarna het entreegeld is gerestitueerd.

- 3.7. Naar aanleiding van een verzoek van de zorgverzekeraar tot terugbetaling van eerder genoemd bedrag, heeft verzoekster de commissie gevraagd de zaak opnieuw in behandeling te nemen. Daartoe heeft zij het verschuldigde entreegeld ad € 37,00 nogmaals voldaan.
- 3.8. Bij brief van 16 oktober 2007 heeft de zorgverzekeraar een nadere reactie gezonden. Deze is in afschrift aan verzoekster gestuurd.
- 3.9. Bij brief van 31 oktober 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen verzocht om advies, een en ander conform artikel 114 lid 3 van de Zvw.
- 3.10. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Van de mogelijkheid zich te doen horen is door verzoekster op 1 november 2007 afgezien; de zorgverzekeraar heeft op 5 november 2007 aangegeven niet te willen worden gehoord.
- 3.11. Het College voor zorgverzekeringen heeft op 28 november 2007, op de voet van artikel 114 lid 3 van de Zvw, zijn advies gegeven. Een afschrift hiervan is aan dit bindend advies gehecht.

4. Het standpunt van verzoekster

- 4.1. Verzoekster kampt ruim zes jaar met chronische rugklachten. Zij vindt het onjuist dat een operatie, waarbij haar ruggenwervels worden vastgezet – met het risico van verlamming en verplaatsing van de problemen naar een hoger niveau – wel voor vergoeding in aanmerking komt, maar het plaatsen van een discusprothese – met een veel kleiner risico omdat de ingreep via de buik wordt verricht – niet. Verzoekster stelt dat het hier een behandeling betreft die in België en Duitsland al vele jaren wordt uitgevoerd en daar dus gangbaar is. Het slagingspercentage is daarbij heel erg hoog (80-90%).
Steeds vaker wordt de operatie door Nederlandse zorgverzekeraars vergoed, zoals blijkt uit een publicatie in 'de Wervelkolom'. De zorgverzekeraar maakt zijn uitlatingen dat de vergoedingen zijn aangepast aan de praktijk dus niet waar.
- 4.2. Verzoekster verwijst voorts naar een mailbericht van 24 oktober 2006, waarin zij de vraag heeft gesteld of zij in aanmerking komt voor een discusprothese. Het antwoord hierop luidde dat zij een behandeling in het buitenland kon ondergaan en dat vergoeding zou plaatsvinden volgens Nederlandse maatstaven. Nu de aanvraag is afgewezen, voelt verzoekster zich niet serieus genomen.
- 4.3. Verder geeft verzoekster aan dat na de operatie bepaalde kosten niet meer hoeven te worden gemaakt, zoals kosten van behandelingen fysiotherapie, medicatie, psychologische en specialistische zorg.

- 4.4. Ten aanzien van de betaling, waarvan de zorgverzekeraar stelt dat deze abusievelijk en dus onverschuldigd is verricht, stelt verzoekster dat zij hierover telefonisch contact heeft opgenomen en dat haar bij die gelegenheid is gezegd dat het bedrag ad € 4.820,39 niet klopte, maar de andere, op het vergoedingenoverzicht vermelde bedragen – waaronder de € 4.765,39 – wel.
- 4.5. Verzoekster concludeert dat de zorgverzekeraar gehouden is de onderhavige kosten te vergoeden, respectievelijk af te zien van terugvordering.
5. Het standpunt van de zorgverzekeraar
- 5.1. Onder verwijzing naar de artikelen 2.3, 9.1.1, 10.1, 10.2, en 15 van de zorgverzekering, stelt de zorgverzekeraar zich op het standpunt dat de omvang van de aanspraak op medisch-specialistische zorg wordt bepaald door twee elementen. In de eerste plaats moet het gaan om zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden. Daarnaast moet het zorg betreffen zoals bepaald door de stand van de wetenschap en de praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. Dit wordt ook wel het gangbaarheids- of gebruikelijkheidscriterium genoemd. Is een behandeling gangbaar, dan komt de vraag naar de hoogte van de vergoeding aan de orde.
- 5.2. Uit uitspraken van de Centrale Raad van Beroep blijkt dat de onderhavige behandeling, althans in 2002 en 2003, als experimenteel, non-evidencebased werd beschouwd.
Het College voor zorgverzekeringen heeft sindsdien enkele malen een uitgebreide literatuursearch gedaan, waarbij de conclusie steeds is geweest dat het gaat om experimentele chirurgie, met name vanwege het ontbreken van voldoende betrouwbare langere termijnresultaten in de literatuur.
- 5.3. Door de zorgverzekeraar is op 17 juni 2006 een vrijwillige adviesaanvraag bij het College voor zorgverzekeringen ingediend. Het betreffende advies is op 30 augustus 2006 uitgebracht. Geconcludeerd wordt dat de behandeling(stechniek) niet als gangbaar kan worden aangemerkt.
- 5.4. Met betrekking tot het mailbericht van 24 oktober 2006 stelt de zorgverzekeraar dat zijn reactie weliswaar niet onjuist is, maar geen antwoord geeft op de concrete vraag ten aanzien van de vergoedingsmogelijkheden voor een discusprothese. Verzoekster mocht er niet op vertrouwen dat zij de kosten van het plaatsen van één of twee discusprothesen op basis hiervan vergoed zou krijgen.
- 5.5. In zijn brief van 16 oktober 2007 licht de zorgverzekeraar toe hoe het heeft kunnen gebeuren dat desalniettemin een betaling is verricht.
- 5.6. De zorgverzekeraar concludeert dat de behandeling, waarbij een lumbale discusprothese wordt geplaatst, niet als gangbaar kan worden beschouwd, zodat geen vergoeding van kosten ten laste van de zorgverzekering kan plaatsvinden. Nu toch een betaling is verricht, dient verzoekster tot terugbetaling over te gaan.

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 commissie is daarentegen niet bevoegd ten aanzien van de aanvullende verzekering.

7. De beoordeling van het geschil

7.1. Tussen partijen is in geschil of in de situatie van verzoekster aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van het plaatsen van een lumbale discusprothese in het buitenland ten laste van de zorgverzekering, zoals deze tussen partijen bestond ten tijde van de van de onderhavige aanvraag. Dat laatste is in de eerste plaats bepalend voor de vraag of verzoekster gehouden is tot terugbetaling van hetgeen door de zorgverzekeraar aan haar is uitgekeerd.

7.2. Het betreft hier een mixpolis, waarbij uit artikel 12.3.1 van de zorgverzekering volgt dat medisch-specialistische zorg tot de aanspraken in natura behoort. De aanspraak op medisch-specialistische zorg is geregeld in artikel 15 van de zorgverzekering. Genoemd artikel bepaalt, voor zover hier van belang, het volgende:

“Omschrijving: (vergoeding van de kosten van) geneeskundige zorg, zoals medisch-specialisten deze plegen te bieden, met inbegrip van het daarbij behorende laboratoriumonderzoek. (...)”

7.3. In artikel 2.3 van de zorgverzekering is het volgende opgenomen:

“Aanspraak op zorg of vergoeding van kosten van zorg als vermeld in deze verzekeringsvoorwaarden bestaat slechts indien en voorzover de verzekerde op de zorgvorm naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. De inhoud en omvang van de vormen van zorg worden mede 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.”

7.4. Verder is in artikel 10.2 van de zorgverzekering bepaald dat geen aanspraak bestaat op:

“zorg of vergoeding van kosten van zorg, als de inhoud en omvang van de vormen van zorg niet voldoen aan de maatstaven die mede bepaald worden door de stand van de wetenschap en praktijk, en, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg.”

7.5. Verzoekster heeft de behandeling ondergaan in Deurne (België). De zorgverzekeraar heeft geen contract met deze instelling. Niet-spoedeisende zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder in het buitenland is geregeld in artikel 9.4 van de zorgverzekering. Genoemd artikel bepaalt het volgende:

“In alle gevallen geldt dat bij het inroepen van niet-spoedeisende zorg in een ander land dan het woonland de verzekerde, voor het inroepen van intramurale zorg, dat wil zeggen gepaard gaande met verblijf, voorafgaande toestemming van [naam zorgverzekeraar] nodig heeft, tenzij er sprake is van spoedeisende zorg.”

- 7.6. De zorgverzekering is volgens artikel 1 onder 62 een tussen de zorgverzekeraar en de verzekeringnemer ten behoeve van een verzekeringsplichtige gesloten schadeverzekering, die voldoet aan hetgeen daarover bij of volgens de Zvw is geregeld, en waarvan de verzekerde prestaties het bij of volgens de wet geregelde niet te boven gaan.
- 7.7. De commissie constateert dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling ten aanzien van medisch-specialistische zorg als hier aan de orde strookt met het bepaalde in de artikelen 10, 11 en 13 en 14 van de Zvw en de artikelen 2.1 en 2.4 van het Besluit zorgverzekering (Bzv).
- 7.8. De vraag die in de eerste plaats beantwoord dient te worden is of het plaatsen van een lumbale discusprothese, gelet op de hiervoor aangehaalde artikelen van de zorgverzekering als een verzekerde prestatie in de zin van de verzekeringsvoorwaarden te gelden heeft.
- 7.9. 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.
- 7.10. Indien uit tenminste 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 aangetroffen worden, wordt bewijsvoering van een lagere orde – waaronder vergelijkende studies, publicaties van gezaghebbende meningen van medisch specialisten en (behandel)richtlijnen van nationale en interna-

tionale medische beroepsgroepen – bij de beoordeling 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.

- 7.11. De commissie is niet gebleken van de beschikbaarheid van vergelijkend klinisch onderzoek, dan wel wetenschappelijke literatuur, van voldoende kwaliteit en van voldoende omvang, die het oordeel zou kunnen rechtvaardigen dat, ten tijde van de aanvraag, de plaatsing van een lumbale discusprothese voldeed aan de stand van de wetenschap en praktijk. Daarbij komt het er voor het onderhavige geval in de kern op neer dat, zolang geen voldoende lange termijnresultaten bekend zijn van de behandeling waarbij een discusprothese wordt geplaatst, vooralsnog geldt dat die behandeling als experimenteel en derhalve niet als conform de stand van de wetenschap vaalt aan te merken.

Het College voor zorgverzekeringen, welk college een adviserende en voorlichtende rol heeft ten aanzien van de aard, omvang en inhoud van de te verzekeren prestaties (zie artikel 65 en 66 van de Zvw), komt in zijn vrijwillig advies aan de zorgverzekeraar van 30 augustus 2006 tot een gelijklopende conclusie.

- 7.12. Gezien het voorgaande komt de plaatsing van een lumbale discusprothese op grond van de verzekeringsvoorwaarden niet voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking.
- 7.13. Weliswaar heeft verzoekster zich voor de juistheid van haar stellingen nog beroepen op het feit dat in het tijdschrift “De Wervelkolom” een publicatie is verschenen over de vergoeding van discusprothesen door Nederlandse zorgverzekeraars. De commissie ziet, ook in het licht van het bovenoverwogene over de gebruikelijkheid van de behandeling, geen aanleiding hier nader op in te gaan, temeer nu gesteld, noch gebleken is om welke gevallen het volgens die (overigens door verzoekster niet overgelegde) publicatie is gegaan en op basis waarvan de vergoedingen zouden zijn verleend.
- 7.14. De commissie heeft volledigheidshalve ook de vraag onder ogen gezien of verzoekster uit het mailbericht van de zorgverzekeraar van 24 oktober 2006 reeds een ongeclausuleerde toezegging heeft mogen afleiden. Daarvoor is met name het volgende van belang.

Verzoeksters vraagstelling luidde in haar mailbericht, waarop de zorgverzekeraar met zijn bedoelde mailbericht heeft gereageerd, als volgt:

“Ik heb een versleten tussenwervelschijf. In Nederland moet je er maar mee leren leven terwijl ze in België en Duitsland opereren. Ze brengen een discusprothese in. Wordt deze operatie via jullie verzekering vergoed?”

De zorgverzekeraar heeft hierop geantwoord:

“U kunt een behandeling in het buitenland ondergaan. Aangezien vergoeding zal plaatsvinden volgens Nederlandse maatstaven adviseren wij u de behandeling van tevoren aan te vragen. De aanvraag voor de behandeling moet worden gedaan door de betreffende arts. De aanvraag moet de volgende punten bevatten: (...)”

Tevens bevatte bedoeld mailbericht van de zorgverzekeraar nog een algemeen voorbehoud, bedoeld vanwege het gebruik van het mailbericht als wederzijds (summier)

communicatiemiddel, te weten dat bij de beantwoording van de vraag uitdrukkelijk wordt uitgegaan van de verstrekte informatie en dat voor de bepaling van de aanspraak meer voorschriften van belang zijn en meer informatie nodig is.

De commissie stelt vast dat met dit mailbericht van 24 oktober 2006, zoals ook door de zorgverzekeraar is erkend, een duidelijk uitzicht is geboden op de mogelijkheid van een vergoeding. Evenwel, betekent dat nog geenszins dat verzoekster reeds op basis daarvan mocht aannemen dat de onderhavige behandeling zonder meer zou worden vergoed, mede ook gezien het bepaalde in artikel 9.4 van de zorgverzekering.

Voor zover verzoekster aan het mailbericht redelijkerwijs een verwachting kon ontleene, was daaraan een einde gekomen nadat op haar concrete aanvraag de eerder genoemde afwijzing van 5 januari 2007 was gevolgd.

- 7.15. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen, en wel in die voege dat het bedrag dat door verzoekster van de zorgverzekeraar is ontvangen als zijnde onverschuldigd betaald door haar aan deze dient te worden terugbetaald.

8. Het bindend advies

- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 21 december 2007

Voorzitter