

BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vs C te D
Zaak : Geneeskundige zorg, buitenland, cervicale discusprothese
Zaaknummer : 2007.2574
Zittingsdatum : 12 maart 2008

Zaak: 2007.2574, geneeskundige zorg, buitenland, cervicale discusprothese.

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2007, art. 10, 11 Zvw, 2.1 en 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 3 augustus 2007 een behandeling in Roeselare (België), bestaande uit de plaatsing van een cervicale discusprothese, niet te vergoeden ten laste van de zorgverzekering.

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 ZorgZó Polis (hierna: de zorgverzekering). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 BW en betreft een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d Zvw.
- 3.2. De behandelend orthopedisch chirurg heeft bij verzoekster de volgende diagnose gesteld: "cervicale discusartrose niveau C5-6 en een beginnende discopathie niveau C6-7". Verzoekster heeft naar aanleiding van de gestelde diagnose bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van de door haar gewenste zorg bestaande uit "de plaatsing van een discusprothese niveau C5-6" ten laste van de zorgverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 3 augustus 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat haar aanspraak is afgewezen.
- 3.3. Op 14 juni 2007 heeft de behandeling, op de vergoeding waarvan verzoekster aanspraak maakt, overeenkomstig de wijze zoals in de aanvraag vermeld, plaatsgevonden.
- 3.4. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 19 november 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat hij heeft besloten zijn standpunt te handhaven.
- 3.5. Bij brief van 30 november 2007 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht de zorgverzekeraar te gelasten de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering.

- 3.6. 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.
- 3.7. De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie bij brief van 11 januari 2008 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 15 januari 2008 aan verzoekster toegezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 26 januari 2008 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden. De zorgverzekeraar heeft op 25 februari 2008 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden.
- 3.9. Bij brief van 15 januari 2008 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw, gevraagd. Het CVZ heeft bij brief van 13 februari 2008 de commissie geadviseerd tot een afwijzing omdat onderhavige behandeling naar de internationale stand van de wetenschap en praktijk niet beschouwd kan worden als zorg die medisch specialisten plegen te bieden. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 12 maart 2008 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.11. Bij brief van 12 maart 2008 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting toegezonden met het verzoek mede te delen of het verslag aanleiding geeft tot aanpassing van het voorlopige advies. In reactie daarop heeft het CVZ de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopige advies als definitief kan worden beschouwd.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
- 4.1. Verzoekster stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat de zorgverzekeraar onvoldoende onderzoek heeft gedaan naar de gebruikelijkheid van de door haar ondergane behandeling. Met name is voorbij gegaan aan de publicaties van de FDA in Amerika en de mededeling van de medisch-specialist dat het plaatsen van een cervicale discusprothese een gangbare behandelmethode is, ook door het CVZ, zoals ter zitting naar voren is gebracht.
- 4.2. Voorts stelt verzoekster dat eerdere onderzoeken in Nederland tot een onbevredigend resultaat hebben geleid, in die zin dat geen verklaring voor haar klachten werd gevonden. Om die reden heeft zij zich tot een medisch-specialist in België gewend. De door de zorgverzekeraar verleende toestemming voor een schouderoperatie door vorengenoemde medisch-specialist, heeft verzoekster geïnterpreteerd als een toestemming voor volledige behandeling om van haar klachten af te komen. Gezien het feit dat mede door deze laatste operatie de zorgverzekeraar in de toekomst een hoop geld bespaard wordt is dit ook alleszins aannemelijk.
- 4.3. Verzoekster komt tot de conclusie dat haar verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat het plaatsen van een cervicale discusprothese, naar de stand der wetenschap en praktijk, niet te gelden heeft als een verstrekking in de zin van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 5.2. De zorgverzekeraar stelt voorts dat verzoekster zelf contact met hem heeft gezocht in verband met de hoogte van de vergoeding van de nekoperatie in België. Hierbij is door de zorgverzekeraar uitdrukkelijk om aanvullende informatie gevraagd ten behoeve van de beoordeling daarvan. De stelling van verzoekster dat zij de toestemming voor een schouderoperatie heeft geïnterpreteerd als toestemming voor volledige behandeling om van haar klachten af te komen, is voor de zorgverzekeraar dan ook onbegrijpelijk. Bovendien heeft verzoekster een restitutiepolis gesloten, waardoor zij in eerste instantie zelf verantwoordelijk is voor de afspraken die zij maakt met zorgaanbieders en ook de nota's zelf dient te voldoen.
- 5.3. Voor zover verzoekster zich beroept op kostenbesparing, stelt de zorgverzekeraar dat niet relevant is of een ondergane behandeling succesvol is en toekomstige ziektekosten bespaard. De enige maatstaf voor vergoeding van een behandeling wordt bepaald door de dekking zoals opgenomen in de verzekeringsvoorwaarden.
- 5.4. Ter zitting is door de zorgverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat het advies van het CVZ gericht is op de internationale stand van de wetenschap en de praktijk, dus ook de bevindingen uit Amerika zijn meegenomen.
- 5.5. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoek(st)er terecht is afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

Voor zover het onderhavige geschil betrekking heeft op de zorgverzekering, is de commissie bevoegd daarvan kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. De beoordeling van het geschil

Het betreft hier een restitutiepolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op (vergoeding van) geneeskundige zorg of diensten is geregeld in de artikel 8.4 van de zorgverzekering. Artikel 8.4 lid 1 bepaalt wanneer aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat en onder welke voorwaarden. Hierin staat, voor zover hier relevant, het volgende vermeld:

"Geneeskundige zorg omvat zorg zoals (. . .) medisch specialisten (. . .) plegen te bieden, met inbegrip van daarbij behorende laboratoriumonderzoek (. . .) (. . .)"

In het kader onder artikel 8.4 staat, voor zover hier relevant, het volgende:

Voor de bovenstaande verzekerde prestatie: zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden, (. . .) Dient de verzekerde zich te wenden tot: medisch-specialist (. . .) op voorwaarden van: verwijzing door huisarts, medisch specialist (. . .) Vindplaats welke



aanbieder is gecontracteerd: Website. Op verzoek wordt de lijst met gecontracteerde aanbieders toegezonden)"

- 7.2 Voorts wordt in artikel 8.2 van de zorgverzekering ten algemene bepaald:

"De inhoud en omvang van de zorg vormen ter zake waarvan recht op zorg bestaat wordt 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 en diensten."

- 7.3. De regeling in de artikelen 8.2 en 8.4 van de zorgverzekering is volgens artikel 2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Bzv en de Rzv.

- 7.4. Artikel 11, lid 1, onderdeel b 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 vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.

Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.

- 7.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.

- 7.6. In geschil is enerzijds de vraag van de gebruikelijkheid van de ondergane behandeling en anderzijds de vraag of verzoekster mocht aannemen dat daarvoor ten tijde van de behandeling al sprake was van een impliciete toestemming. De commissie zal allereerst ingaan op de eerste vraag, te weten of het plaatsen van een cervicale discoprothese op niveau C5-6 bij de indicatie "cervicale discusartrose niveau C5-6 en een beginnende discopathie niveau C6-7" beoordeeld naar de internationale stand der wetenschap en de praktijk, zorg is zoals medisch specialisten die plegen te bieden als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering.

- 7.7. Bij de beoordeling 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.

- 7.8. Indien uit tenminste twee "gerandomiseerd dubbelblind vergelijkend klinische onderzoeken" - wetenschappelijk onderzoek waarvan de objectiviteit gegarandeerd is - 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 bewijs 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 betrokken, waarbij kritisch wordt bekeken of deze evidence van een lagere orde wel voldoende is om een uitspraak te kunnen doen over de (meer)waarde van een behandeling.

- 7.9. Een onderzoek naar dergelijke kwalitatieve onderzoeken met betrekking tot de onderhavige behandeling bij de aandoening van verzoekster is door het CVZ in zijn advies van 13 februari 2008 uitgevoerd en de conclusie daarvan neemt de commissie over en maakt deze tot de hare. Op basis van deze gegevens komt de commissie tot de conclusie dat de onderhavige behandeling bij de diagnose van verzoekster, beoordeeld naar de internationale stand der wetenschap en de praktijk van april 2007, niet te gelden heeft als zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden en daardoor niet als een verzekerde prestatie als bedoeld in artikel 8.4 van de zorgverzekering kan worden beschouwd.

Omdat de search van april 2007 uitwijst dat naar het oordeel van de beroepsgroep een lange termijn follow up van minimaal vijf jaar is gewenst alvorens een oordeel over de gebruikelijkheid kan worden gegeven en er op dat moment een lange termijn follow up van twee jaar beschikbaar was, was ook op het moment van de operatie in juni 2007 nog geen sprake van zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden, beoordeeld naar de internationale stand van de wetenschap en praktijk.

- 7.10. Ten aanzien van de stelling van verzoekster dat met de toestemming voor de schouderoperatie tevens toestemming is verleend voor elke andere behandeling die nodig is voor de behandeling van haar neklachten stelt de commissie allereerst vast dat het bij verzoekster ging om twee afzonderlijke, beide in het buitenland (België) uitgevoerde, operaties, te weten een in oktober 2006 uitgevoerde schouderoperatie en een (na gunstige ontwikkeling na die laatste operatie) op 14 juni 2007 uitgevoerde operatie voor het implanteren van een discusprothese. Uit de stukken blijkt verder dat de zorgverzekeraar tevoren bij brief van 16 september 2006 aan verzoekster heeft doen weten (naar aanleiding van een gedaan verzoek om vergoeding van een second opinion) dat verzekerden in het buitenland medische hulp kunnen inroepen, met dien verstande evenwel dat experimentele behandelingen daarvan zijn uitgesloten. Uit diezelfde brief blijkt dat de zorgverzekeraar daarbij tevens het algemene voorbehoud heeft gemaakt dat pas nadat de behandeling heeft plaats gevonden en alle vereiste informatie daarover is ontvangen kan vaststellen of de ondergane behandeling wordt vergoed. Naar het oordeel van de commissie wordt een dergelijk algemeen voorbehoud niet zonder meer opzij gezet door de toestemming voor de eerder ondergane schouderoperatie vanwege dezelfde neklachten. Dit laatste vindt zo nodig nog verder versterking in de, naar het oordeel van de commissie, plausibele uitleg die de zorgverzekeraar in zijn commentaar op dit geschilpunt heeft gegeven



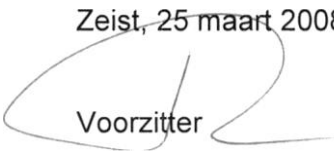
met betrekking tot het opnemen in de brief van dit uitdrukkelijk voorbehoud, n.l. de ervaring dat verzekerden niet zelden na een second opinion in het buitenland kort daarna een niet gebruikelijke behandeling aldaar ondergaan .

7.11. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

8. Het bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 25 maart 2008,


Voorzitter