

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, tegen C te D en E te F
Zaak : EU-EER, geneeskundige zorg, rugoperatie met intervertebrale
spacer, S-2 formulier
Zaaknummer : 2011.02209
Zittingsdatum : 7 november 2012

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden zorgverzekering 2011, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2011, art. 20 Vo 883/2004, 56 VWEU)

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 kwestie 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 3 sterren en het Beter Af Rotterdam Pakket afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 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 een rugoperatie waarbij twee intervertebrale spacers zijn geplaatst (hierna: de aanspraak). Bij brief van 4 juli 2011 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 brieven van 28 juli en 26 augustus 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. Nadat verzoekster de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen had benaderd, heeft de Ombudsman Zorgverzekeringen haar op 1 november 2011 medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling. Verzoekster is daarbij gewezen op de mogelijkheid de kwestie voor bindend advies voor te leggen aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen.
- 3.4. Bij brief van 2 januari 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 5 maart 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 6 maart 2012 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 8 maart 2012 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 2 april 2012 per e-mail medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 6 maart 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 23 augustus 2012, door de commissie ontvangen op 29 oktober 2012, heeft het CVZ (zaaknummer 2012030028) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat de behandeling van een wervelkanaalstenose met interspinale implantaten niet voldoet aan het criterium stand van de wetenschap en praktijk. Een afschrift van het CVZ-advies is op 29 oktober 2012 aan partijen gezonden. De hierbij behorende bijlagen zijn op 1 november 2012 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster is op 7 november 2012 in persoon gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch aan de zitting deelgenomen. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 9 november 2012 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 14 november 2012 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 verzoekster
- 4.1. Verzoekster heeft sinds 1995 last van lage rugklachten. Zij heeft hiervoor in de loop der jaren verschillende behandelingen ondergaan die evenwel niet het gewenste – blijvende – resultaat hebben gehad. In 2010/2011 zijn de klachten dusdanig verergerd dat haar huisarts haar heeft geadviseerd contact op te nemen met een arts in België. Zij heeft een afspraak gemaakt voor een consult bij dr. L. de Cocker in België op 17 juni 2011.
- 4.2. Kort daarvoor, op 15 juni 2011, heeft verzoekster een S-2 formulier (voorheen het E-112 formulier) aangevraagd bij de ziektekostenverzekeraar. Aangezien zij dit formulier niet tijdig heeft ontvangen, heeft zij de afspraak met dr. De Cocker verzet. Verzoekster heeft hierover op 20 juni 2011 telefonisch contact gehad met de ziektekostenverzekeraar. Haar is toen verteld dat het S-2 formulier zo spoedig mogelijk zou worden verstuurd en dat verzoekster een afspraak kon maken bij de betreffende arts.

Het consult heeft op 24 juni 2011 plaatsgevonden. Op dezelfde datum heeft zij het S-2 formulier ontvangen. Hierop stond echter de datum 17 juni 2011 vermeld.

- 4.3. Het S-2 formulier voor de afspraak op 24 juni 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar op 13 juli 2011 aan verzoekster gezonden. Anders dan op het formulier met de datum 17 juni 2011 was op het tweede formulier vermeld dat het alleen het eerste consult betrof. Gezien het eerdere formulier ging verzoekster ervan uit dat de kosten van de onderhavige ingreep zouden worden vergoed.
- 4.4. De Belgische arts heeft een operatie geadviseerd waarbij twee intervertebrale spacers zijn geplaatst. De rug kon ook worden gefixeerd, maar dat zou op korte termijn nog meer klachten gaan opleveren. In overleg met de huisarts heeft verzoekster de behandeling ondergaan op 6 juli 2011. Bij thuiskomst op 7 juli 2011 lag de afwijzende beslissing van de ziektekostenverzekeraar op de mat. In deze beslissing staat dat bij de betreffende behandeling een discusprothese zou worden geplaatst. Dit is echter niet het geval.
- 4.5. Verzoekster stelt dat zij de ziektekostenverzekeraar vanaf het begin heeft geïnformeerd over welke ingreep zou plaatsvinden. Ook heeft zij op 24 juni 2011 tweemaal het behandelplan van dr. De Cocker doorgemaild naar de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar stelt in zijn brief van 4 juli 2011 echter dat de aanvraag voor de operatie pas op 28 juni 2011 werd ontvangen.
- 4.6. Verzoekster benadrukt dat andere ziektekostenverzekeraars de onderhavige kosten wél vergoeden. Bovendien kan verzoekster door deze behandeling weer normaal en zonder pijn leven en worden er geen kosten meer gemaakt voor andere behandelingen die weinig of geen resultaat hebben.
- 4.7. Ter zitting is door verzoekster benadrukt dat zij er alles aan heeft gedaan om de juiste procedure te volgen. Zij wist niet dat de ingreep niet zou worden vergoed en kon dit ook niet weten. Als zij had geweten dat het niet werd vergoed, zou zij zich niet hebben laten opereren, omdat zij de kosten niet zelf kan dragen. Ter aanvulling heeft verzoekster aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar haar tijdens het telefoongesprek van 20 juni 2011 heeft gezegd dat alles in orde zou komen en dat zij gewoon naar België kon gaan voor de benodigde zorg. Zij benadrukt dat reeds vóór het eerste consult vast stond dat de ingreep zou worden uitgevoerd, aangezien dr. De Cocker voorafgaand aan het consult reeds de MRI had bestudeerd. Zij heeft de ziektekostenverzekeraar dit ook steeds verteld. De ziektekostenverzekeraar wist derhalve dat de aanvraag niet alleen het consult maar ook de ingreep betrof. Ook gezien de tekst van het eerste S-2 formulier mocht zij erop vertrouwen dat zowel de kosten van het eerste consult als van de ingreep zouden worden vergoed. Zij heeft de verstrekte S-2 formulieren laten nakijken door onder andere de huisarts: er bleek alleen een verkeerde datum op te staan.
- 4.8. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
 - 5.1. De door verzoekster ondergane ingreep voldoet niet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Daarom komen de kosten hiervan niet voor vergoeding in aanmerking. In de eerste beslissing is per abuis vermeld dat het om een discusprothese zou

gaan, terwijl twee intervertebrale spacers zijn geplaatst. Deze vergissing heeft echter geen gevolgen voor de afwijzing. Beide ingrepen komen niet voor vergoeding in aanmerking, omdat zij niet voldoen aan eerder genoemd criterium.

- 5.2. Aangezien de ingreep niet voor vergoeding in aanmerking komt, geldt dit evenzeer voor de bijkomende kosten, zoals die van een nacontrole. Voor de kosten van het eerste consult wordt een uitzondering gemaakt. Bij een eerste consult is doorgaans nog geen beslissing genomen over de verdere behandeling. Daarom worden de kosten hiervan op grond van het verstrekte S-2 formulier vergoed.
- 5.3. De ziektekostenverzekeraar heeft tweemaal een S-2 formulier verstrekt voor een eerste consult. In de begeleidende brieven is vermeld dat voor het consult op 17 dan wel 24 juni 2011 een bedrag van € 113,90 wordt vergoed. Met deze formulieren is geen toestemming verleend voor de uitgevoerde ingreep. Blijkbaar heeft verzoekster deze formulieren pas laat ontvangen. Voor de verwarring die hierdoor is ontstaan, heeft de ziektekostenverzekeraar in zijn brief van 28 juli 2011 reeds zijn excuses aangeboden.
- 5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar herhaald dat in de begeleidende brieven bij de verstrekte S-2 formulieren is vermeld dat voor het consult op 17 dan wel 24 juni 2011 een bedrag van € 113,90 wordt vergoed. Hieruit had verzoekster kunnen afleiden dat het alleen het eerste consult betrof. In het S-2 formulier van 24 juni 2011 staat overigens expliciet vermeld. Tevens is op beide S-2 formulieren vermeld dat behandelplannen moeten worden ingediend. Ter aanvulling is aangevoerd dat het voorgaande ook telefonisch aan verzoekster is medegedeeld. Hierbij is medegedeeld dat na ontvangst van de behandelplannen ernaar zou worden gekeken.
- 5.5. 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 algemene voorwaarden van de zorgverzekering, welke voorwaarden tevens van toepassing zijn op de aanvullende ziektekostenverzekering, 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 is gehouden alsnog de kosten van de onderhavige ingreep te vergoeden, 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 naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld

in de artikelen 1 e.v. van de 'aanspraken en vergoedingen' van de zorgverzekering. Artikel 1 van de 'aanspraken en vergoedingen' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op ziekenhuisverpleging en dagbehandeling in een ziekenhuis 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. (...)

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.
(...)"*

- 8.3. In artikel 2.4 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering is bepaald dat de aanspraak op zorg of vergoeding van kosten van zorg als in de zorgverzekering omschreven, mede naar inhoud en omvang wordt bepaald door 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.

- 8.4. In artikel 19.1 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering is de aanspraak op zorg in het buitenland opgenomen. Dit artikel 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 Beter Af Polis 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. De artikelen 2.4 en 19.1 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering en artikel 1 van de 'aanspraken en vergoedingen' van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.6. 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. Geneeskundige 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 en, bij

ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

8.7. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.

8.8. 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. Omdat de behandeling in een andere Europese lidstaat – in casu België – heeft plaatsgevonden, dient primair te worden getoetst aan Vo 883/2004 en/of artikel 56 van het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie (VWEU). Door verzoekster is voorafgaand aan de ingreep toestemming gevraagd zodat toetsing van Vo 883/2004 moet plaatsvinden. Ook in dat kader dient in de eerste plaats te worden vastgesteld of sprake is van een verzekerde prestatie op grond van de zorgverzekering. Mede gelet op het door de ziektekostenverzekeraar ingenomen standpunt, is de vraag of de door verzoekster ondergane behandeling voldoet aan de stand van de wetenschap en de praktijk zoals bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering.

9.2. 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.

- 9.3. 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.

- 9.4. Het CVZ heeft in zijn advies van 23 augustus 2012 een onderzoek naar dergelijke kwalitatieve onderzoeken met betrekking tot de onderhavige behandeling uitgevoerd. De conclusie van het CVZ, die de commissie overneemt en tot de hare maakt, is dat het plaatsen van twee intervertebrale spacers, zoals bij verzoekster is toegepast, niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk.
- 9.5. Dat de ziektekostenverzekeraar in zijn primaire beslissing abusievelijk heeft vermeld dat een discusprothese zou zijn geplaatst, doet aan het voorgaande niet toe of af.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.6. Het is de commissie gebleken dat de aanvullende ziektekostenverzekering geen dekking biedt voor het gevraagde, zodat de bespreking hiervan achterwege kan blijven.

S-2 formulier

- 9.7. De stelling van verzoekster dat zij het op 24 juni 2011 ontvangen E-112 (S-2) formulier mocht beschouwen als een toekenning van de ziektekostenverzekeraar voor de onderhavige behandeling, omdat hierin geen beperking tot het eerste consult was opgenomen, kan haar niet baten. Op het E-112 (S-2) formulier is duidelijk vermeld dat het alleen betrekking heeft op zorg verleend op 17 juni 2011, terwijl in de begeleidende brief is vermeld dat een aanvraag is ingediend voor vergoeding van de kosten van het eerste consult en dat de vergoeding maximaal € 113,90 bedraagt. Daarenboven kon aan de afgifte van dit formulier ten grondslag liggende aanvraag (nog) geen betrekking hebben op deze operatie. De keuze voor plaatsing van twee intervertebrale spacers werd immers pas gemaakt na het consult op 24 juni 2011.

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, 5 december 2012,

Voorzitter