

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vs C te D
Zaak : Geneeskundige zorg, buitenland, MoM heupprothese en kosten advies en dossierstudie
Zaaknummer : ANO07.416
Zittingsdatum : 9 januari 2008

Zaak: ANO07.416, geneeskundige zorg, buitenland, Mom heupprothese en kosten advies en dossierstudie

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2007, art. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1, 2.2 en 2.4 Bzv)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen verzoeker,

tegen

C te D, hierna te noemen de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen het besluit van de zorgverzekeraar van 24 juli 2007 inzake het niet vergoeden van € 1.000,00 voor Advies en dossierstudie en het besluit van 27 juni 2007 inzake het niet vergoeden van een MoM heupprothese.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker is bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Beter Af Polis, een verzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw) (hierna: de zorgverzekering), en aanvullende verzekeringen.
- 3.2. Bij brief van 24 juli 2007 heeft de zorgverzekeraar verzoeker medegedeeld dat de door hem ingediende rekening van € 1.000,00 voor advies en dossierstudie niet wordt vergoed, terwijl bij brief van 27 juni is medegedeeld dat de MoM heupprothese niet wordt vergoed, ondanks de toestemming voor een eerste consult.
- 3.3. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brieven van 2 augustus en 3 oktober 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker meege-deeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. Bij brief van 9 oktober 2007 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de € 1.000,00 voor advies en dossierstudie en de MoM heupprothese te vergoeden.
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 37,00 voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren.
- 3.6. De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie op 12 november 2007 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 16 november 2007 aan verzoeker gezonden.

- 3.7. Bij brief van 7 december 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, van de Zvw.
- 3.8. Op 19 november 2007 is verzoeker een afschrift van de reactie van de zorgverzekeraar gezonden. Tevens zijn partijen in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Van de mogelijkheid zich te doen horen is door verzoeker en de zorgverzekeraar gebruik gemaakt.
- 3.9. Het CVZ heeft bij brief van 7 december 2007 de commissie geadviseerd het verzoek af te wijzen, op de grond dat in de situatie van verzoeker de behandeling die hij heeft ondergaan niet tot de verzekerde zorg behoort. Een afschrift hiervan is op 10 december 2007 aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 9 januari 2007 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.11. Bij brief van 10 januari 2008 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden. In vervolg hierop heeft de commissie van het CVZ de mededeling ontvangen dat hetgeen in de hoorzitting naar voren is gebracht geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies.
4. Het standpunt van verzoeker
 - 4.1. Verzoeker, een 70-jarige man, heeft verzocht om vergoeding van een heupoperatie in het AMC in Gent (België). Hij heeft op 27 juni 2007 van zijn zorgverzekeraar toestemming voor de behandeling gekregen middels een E112-formulier. Het bedrag van € 1.000,00 voor Advies en dossierstudie wordt niet vergoed door de zorgverzekeraar.
 - 4.2. Verzoeker begrijpt niet waarom de zorgverzekeraar deze advies- en dossierstudiekosten als extra declaratie bovenop het wettelijke honorarium beschouwt. Hem is niet tevoren medegedeeld dat bepaalde kosten niet voor vergoeding in aanmerking komen.
 - 4.3. Op 11 juli 2007 is verzoeker geopereerd aan zijn rechterheup en is een Metal on Metal heupprothese geplaatst, de zogenaamde MoM-prothese. De kosten hiervan worden evenmin door de zorgverzekeraar vergoed. Omdat in zijn rechter bovenbeen een pen geplaatst is, kon men in Nederland niets meer voor hem doen. Hij is door zijn laatste Nederlandse behandelend orthopeed verwezen naar dr. De Smet in Gent (België).
 - 4.4. Verzoeker komt tot de conclusie dat de zorgverzekeraar de nota van € 1.000,00 voor advies en dossierkosten dient te vergoeden, alsook de nota's voor de operatie waarbij een Mom heupprothese is geplaatst.
5. Het standpunt van de zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar stelt dat de nota van € 1.000,00 voor advies en dossierkosten boven op het tarief zoals dit in België geldt, in rekening is gebracht. Deze extra kosten komen nooit voor vergoeding in aanmerking.
- 5.2. Voorts stelt de zorgverzekeraar dat hem eerst met de ontvangst van het operatieverslag duidelijk is geworden dat bij verzoeker een MOM-prothese is geplaatst. De kosten van een heupoperatie door middel van de MOM-techniek wordt niet vergoed. Bij de afgifte van het E112-formulier is uitsluitend toestemming verleend voor een eerste consult inclusief eventuele röntgenfoto's en/of laboratoriumonderzoeken.
- 5.3. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat de in het geding gebrachte rekening niet voor vergoeding in aanmerking komt.

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. De relatie tussen partijen wordt beheerst door een verzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het BW. Deze verzekeringsovereenkomst betreft een zorgverzekering.
Een 'zorgverzekering' in de zin van artikel 1 onder d van de Zvw, dient te voldoen aan de wettelijke eisen van de Zorgverzekeringswet. De aard en omvang van de in de zorgverzekering op te nemen verzekerde prestaties zijn geregeld in Hoofdstuk 3, de artikelen 10 tot en met 14a van de Zvw en de daarop gebaseerde regelgeving, met name het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv). Slechts voor zover de verzekering voldoet aan de wettelijke eisen – dat wil zeggen niet meer en niet minder biedt – is sprake van een zorgverzekering en heeft de verzekerde, door deze verzekering te sluiten, voldaan aan de op hem rustende verzekeringsplicht.
- 7.2. Het betreft hier een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel gebruik dient te maken van gecontracteerde zorg. Vergoeding voor medisch-specialistische zorg met ziekenhuisverpleging is geregeld in de afdeling aanspraken. In artikel 1 van de voorwaarden van de zorgverzekering wordt, voor zover hier van belang, het volgende bepaald:

*"U heeft bij (...) ziekenhuisopname voor een ononderbroken periode van maximaal 365 dagen aanspraak op onderstaande zorg.(...)
- verpleging en verzorging, op basis van de derde klasse;
- medisch specialistische (...) 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 als zorg plegen te bieden.*

Voor een aantal behandelingen zoals vermeld onder artikel 1 moet u van te voren

contact met ons opnemen. Voor deze behandelingen geldt dat wanneer u gebruik maakt van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener u recht heeft op 95% van het laagste voor de desbetreffende behandeling gecontracteerde tarief. Dit geldt voor de volgende behandelingen:

(...)

- Heupoperatie (i.v.m. artrose)

Voorwaarde

U moet uw huisarts of medisch specialist machtigen de reden van opname aan onze geneeskundig adviseur bekend te maken."

Ten aanzien van de inhoud en de omvang van aanspraak op zorg wordt in artikel 2.4 bepaald:

"De aanspraak op zorg of vergoeding van kosten van zorg als in de zorgpolis omschreven, wordt mede naar inhoud en omvang bepaald door de wetenschap en praktijk, en, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten."

Met betrekking tot de Diagnose Behandeling Combinatie is, voor zover hier van belang, het volgende geregeld in artikel 1:

"Een DBC beschrijft door middel van een DBC-prestatiecode, door het College Tarieven Gezondheidszorg/de Zorgautoriteit in oprichting vastgestelde, het afgesloten en gevalideerde traject van medisch-specialistische zorg. Dit omvat de zorgaanvraag, het zorgtype, de diagnose en de behandeling (...)."

Voor de vergoeding van behandelingen in het buitenland geldt artikel 18 waarin, voor zover hier relevant, het volgende is vermeld:

"De verzekerde die woont in Nederland, heeft naar keuze aanspraak op:

(...)

vergoeding van kosten van zorg van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling conform de aanspraken van deze basisverzekering tot maximaal:

- indien 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 tarieven gezondheidszorg vastgestelde (maximum-)tarief;

- indien en voor zover geen op basis van de Wet tarieven gezondheidszorg vastgesteld (maximum-)tarief bestaat, het in Nederland geldende marktconforme bedrag".

7.3. De regeling van de artikelen 1, 2.4, en 18 van de 'Voorwaarden' en artikel 1 van de 'Aanspraken' is volgens de algemene bepalingen, artikel 2.1 van de zorgverzekering, gebaseerd op de Zvw, het Bzv en de Rzv.

7.4. Artikel 11 lid 1 onderdeel a van de 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 de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Artikel 13 van de Zvw regelt de vergoeding in geval wordt gekozen voor een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde aanbieder.

Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in de artikelen 2.1 en 2.4 van het Bzv. In artikel 2.1, tweede lid van het Bzv is bepaald dat de aanspraak op zorg of vergoeding van de kosten van zorg als in de zorgpolis omschreven, naar inhoud en

omvang mede bepaald worden door de stand van de wetenschap en de praktijk, dan wel, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

- 7.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.6. De commissie concludeert op basis van de in het dossier aanwezige stukken dat met het afgeven van een E-112 formulier door de zorgverzekeraar op 27 juni 2007 voor de geneeskundige verzorging in het AMC te Gent slechts een machtiging is verleend voor een eerste consult bij dr. De Smet in Gent.
- 7.7. De vraag is of een Mom heupprothese bij een 70 jarige man met ernstige coxarthrosis en osteoporose aan de rechterheup, beoordeeld naar de internationale stand der wetenschap en de praktijk, te gelden heeft als zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden en daardoor als een verzekerde prestatie in de zin van de zorgverzekering kan worden beschouwd.
- 7.8. 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 het proces van het systematisch vinden, analyseren en gebruiken van de bestaande onderzoeksbevindingen als een basis voor (klinische) beslissingen. Hierbij is van belang dat er specifiek wordt gezocht naar de toepassing van de gevraagde behandeling bij de indicatie waarvoor de behandeling in het betreffende geval gebruikt wordt.
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 op deze wijze gevonden artikelen wordt het niveau van bewijskracht 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 onderzoekopzet, onderzoekspopulatie, controlegroep, randomisatie, blinding, mate van behandelingseffect, follow-up en statistische analyse.
- 7.9. Indien uit tenminste twee gerandomiseerd dubbelblind vergelijkend klinische onderzoeken 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 evidence van een lagere orde, 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 kun-

nen doen over de (meer)waarde van een behandeling.

- 7.10. Een onderzoek naar dergelijke kwalitatieve onderzoeken met betrekking tot een MoM heupprothesen is door het CVZ in de review van deze behandeling op 23 juli 2007 uitgevoerd en de conclusie daarvan neemt de commissie over en maakt zij tot de hare. Hieruit blijkt dat voor verzekerden van 65 jaar en ouder de MoM heupprothese beoordeeld naar de internationale stand der wetenschap en de praktijk, niet te gelden heeft als zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden en daardoor niet als een verzekerde prestatie op grond van de zorgverzekering kan worden beschouwd.
- 7.11. Op basis van deze gegevens komt de commissie tot de conclusie dat de onderhavige behandeling bij de gegeven indicatie, beoordeeld naar de internationale stand der wetenschap en de praktijk, niet te gelden heeft als zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden en daardoor niet als een verzekerde prestatie op grond van de zorgverzekering kan worden beschouwd.
- 7.12. Verzoeker mag worden verondersteld dit te weten, mede gezien het begeleidende schrijven dat met het E-112 formulier op 27 juni 2007 is meegezonden. Hierin is verzoeker medegedeeld dat de kosten van een heupoperatie volgens de Metal on Metal techniek niet voor vergoeding in aanmerking komt en geadviseerd voorafgaande aan de behandeling de zorgverzekeraar een behandelplan en een kostenraming te overleggen om te kunnen vaststellen of en in hoeverre de kosten van de behandeling voor vergoeding in aanmerking komen.
Rest nog de vraag naar de nota van € 1.000,-- voor advies en dossierkosten. Vast staat dat door de zorgverzekeraar bij de toestemming van 27 juni 2007 een E-112 formulier is afgegeven voor een second opinion of eerste consult. De nota van € 1.000,-- voor advies en dossierkosten maakt geen deel uit van een eerste consult of second opinion, maar betreft extra honorarium voor de behandelend specialist boven op het wettelijk vastgestelde tarief in het kader van de behandeling.
- 7.13. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

8. Het bindend advies

- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 23 januari 2008,

Voorzitter