



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen Interpolis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht en Achmea
Zorgverzekeringen N.V. te Zeist
Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, MOM-heupprothese, stand van de wetenschap en praktijk
Zaaknummer : 201401662
Zittingsdatum : 11 maart 2015

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2013, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2013, art. 20 Vo. nr. 883/2004)

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

- 1) Interpolis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, en
- 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de ZorgActief Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering ZorgActief 3 sterren afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De eveneens door verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar afgesloten aanvullende verzekeringen GebitActief 2 sterren en Best Doctors zijn niet in geschil en blijven om die reden verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van plaatsing van een metal-on-metal heupprothese (hierna: MOM-heupprothese), uitgevoerd te Gent, België (hierna: de aanspraak). Bij brief van 2 januari 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 10 april 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft bij brief van 23 juli 2014 aan verzoeker medegedeeld geen ruimte voor bemiddeling te zien.
- 3.4. Bij brief van 16 oktober 2014 heeft verzoeker 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 verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 37,- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft

geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 11 december 2014 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 15 december 2014 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 20 januari 2015 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 25 februari 2015 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 15 december 2014 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 12 januari 2015 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2014161228) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat plaatsing van een MOM-prothese niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is. Op basis van nationaal en internationaal gepubliceerde ervaringen met de MOM-prothesen, adviseerde de NOV haar leden in januari 2012 om per direct geen MOM-prothesen meer te plaatsen. Naar het advies van de NOV mag plaatsing van deze prothesen vooralsnog alleen gebeuren in het kader van een medisch wetenschappelijk onderzoek. Het Zorginstituut (voorheen: College voor Zorgverzekeringen) adviseerde in januari 2012 zorgverzekeraars bij verzekeringsbeslissingen in lijn met dit advies van de NOV te handelen. De inhoud en omvang van de zorg wordt bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk. Verzoeker heeft daarom geen aanspraak op vergoeding van de plaatsing van een MOM-prothese ten laste van de zorgverzekering. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 11 maart 2015 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.10. Bij brief van 13 maart 2015 heeft de commissie het Zorginstituut afschriften van de aantekeningen van de hoorzitting en de pleitnota gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen en pleitnota aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. Bij brief van 20 maart 2015 heeft het Zorginstituut aan de commissie het definitief advies uitgebracht. De grondslag voor het standpunt uit 2012 (van het toenmalige College voor Zorgverzekeringen) waren de nationaal en internationaal gepubliceerde ernstige negatieve ervaringen met MOM-prothesen, en niet het advies van de NOV. Een heupoperatie als zodanig behoort nog steeds tot het verzekerde pakket. De MOM-prothese is echter geen zorg meer die voldoet aan het criterium stand van de wetenschap en praktijk. Het advies van de NOV uit januari 2012 over de MOM-prothese geldt nog steeds. Dit advies wordt internationaal ondersteund door het statement van 10 mei 2012 van de European federation of national associations of orthopaedics and traumatology (EFORT). Een afschrift van het definitief advies is met het bindend advies aan partijen gezonden.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker is relatief jong en de kwaliteit van zijn linkerknie is verre van optimaal. Als gevolg van sportblessures is deze knie in de loop der jaren namelijk meerdere malen geopereerd. Diverse orthopeden in Nederland hebben geconstateerd dat het been enigszins krom staat en dat nog slechts weinig kraakbeen in de knie aanwezig is.
- 4.2. Een drietal orthopeden in Nederland heeft, na een consult aangaande de linkerheup, gesteld dat niet kon worden gegarandeerd dat na een operatie met een totale heup prothese (hierna: THP) geen sprake zou zijn van beenlengteverschil. Bovendien stelden zij dat een eventueel optredend beenlengteverschil hoogstwaarschijnlijk uiteindelijk zou leiden tot knieproblemen en de noodzaak van een knieprothese. Op de vraag van verzoeker hoe de slagingspercentages zijn voor patiënten

van vergelijkbare leeftijd na een THP, werd hem medegedeeld dat dit afhangt van de manier en mate van gebruik van de prothese, maar dat patiënten in die leeftijdscategorie regelmatig worden teruggezien voor onderhoud.

Verzoeker heeft een arts voor een second opinion geconsulteerd, en deze wees hem op de mogelijkheid van een MOM-heupprothese. Gelet op de leeftijd van verzoeker en de situatie van de linkerknie, achtte de arts een MOM-heupprothese een betere oplossing voor de heup- en knieproblematiek. Een belangrijk voordeel was volgens hem het vermijden van het ontstaan van beenlengteverschil. Het was de arts niet toegestaan deze techniek in Nederland toe te passen. Reden hiervoor was dat een hoge specialisatiegraad in Nederland met betrekking tot MOM-heupprothesen ontbreekt.

Vervolgens heeft verzoeker een bevriende huisarts de statistieken van de operatieve plaatsing van een MOM-heupprothese bij een arts in België laten uitzoeken. Daarnaast is de kwaliteit van de gebruikte prothesen onderzocht. De conclusie van de huisarts was dat de arts in België veel ervaring heeft met plaatsing van een MOM-heupprothese, dat de gebruikte producten van goede kwaliteit zijn en dat de statistieken over meerdere jaren omtrent deze operatie minstens gelijkwaardig zijn aan de gemiddelde slagingspercentages van THP-operaties in Nederland. Uiteindelijk heeft verzoeker gekozen voor operatieve plaatsing van een MOM-heupprothese bij de arts in België. Deze behandeling heeft op 4 december 2013 plaatsgevonden. Bij nacontrole is vastgesteld dat geen sprake is van beenlengteverschil ná de operatie.

- 4.3. Het is onbegrijpelijk dat de ziektekostenverzekeraar vergoeding van de plaatsing van de MOM-heupprothese afwijst. Er wordt volledig voorbijgegaan aan de argumenten en bewijzen van verzoeker inzake de technische kwaliteit van de gekozen operatietechniek. Daarnaast wordt geen rekening gehouden met de argumenten van verzoeker om te kiezen voor een MOM-heupprothese en niet voor een in Nederland gangbare THP. Laatstgenoemde behandeling zal uiteindelijk leiden tot een operatie aan de linkerknie. Afgezien van de veel hogere kosten voor deze operatie en revalidatie, heeft verzoeker geen baat bij een THP. Immers, met een MOM-heupprothese kan verzoeker weer sporten. Met een knieprothese wordt sportbeoefening afgeraden door orthopedisch chirurgen. Verzoeker stelt dat het voor alle betrokkenen beter is dat hij zo lang mogelijk, zo fit mogelijk blijft.
- Door het beleid en de starre toepassing van de regels wordt verzoeker min of meer gedwongen te kiezen voor een inferieure en sub-optimale operatietechniek.

- 4.4. Verzoeker heeft het als zeer klantvriendelijk ervaren dat de ziektekostenverzekeraar zijn situatie niet op zijn eigen merites beoordeelt. Er worden slechts algemene argumenten aangevoerd om vergoeding af te wijzen. Tevens is het kostenaspect niet meegenomen. In geval van een knieprothese als een casuele resultante van de THP, zijn de kosten voor de ziektekostenverzekeraar namelijk veel hoger.

- 4.5. Ter zitting heeft verzoeker zijn standpunt herhaald. Voorts heeft verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat hij redelijkerwijs was aangewezen op de onderhavige zorg en dat deze behandeling deel uitmaakt van de internationale stand van de wetenschap en praktijk. Hiermee is voldaan aan de voorwaarden die gelden voor vergoeding.
- Verzoeker verklaart dat hij zich vanwege de combinatie van problemen aan zijn linkerknie en linkerheup in Nederland, België en Duitsland uitvoerig heeft laten informeren over de mogelijke operatietechnieken die geschikt zouden kunnen zijn om de gecombineerde problematiek duurzaam op te lossen. Verzoeker was op de hoogte van de discussies over de duurzaamheid van de kwaliteit van MOM-prothesen. Hij heeft zich dan ook zeer goed georiënteerd. De arts die verzoeker heeft behandeld is een specialist die de onderhavige operatie talloze keren per jaar uitvoert met erkende materialen.
- De ziektekostenverzekeraar heeft de Nederlandse stand van de wetenschap en praktijk als uitgangspunt genomen, hetgeen in strijd is met de jurisprudentie. Verzoeker wijst hierbij op uitspraken van het Hof Amsterdam (11 december 2012, LJN BY6499) en van het Hof van Justitie (12 juli 2001, C-151/99, Smits en Peerbooms, LJN AD3512). Er dient te worden getoetst aan de internationale stand van de wetenschap en praktijk. Hierin is maatgevend dat een operatiemethode in tal van ontwikkelde landen wetenschappelijk is onderbouwd, dat deze met

goede resultaten wordt toegepast en dat deze door de verzekeraars wordt vergoed. Plaatsing van een MOM-prothese wordt in vele landen, waaronder België, Italië en Duitsland, toegepast en volledig door de verzekeraars aldaar vergoed. Derhalve vormt deze behandeling onderdeel van de internationale stand van de wetenschap en praktijk. De ziektekostenverzekeraar gaat hier ten onrechte geheel aan voorbij.

4.6. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Artikel 20 van Vo. nr. 883/2004 is van toepassing. Daarnaast staat de van toepassing zijnde wet- en regelgeving vermeld in artikel 10, sub a en g Zvw, artikel 2.1, 2.4, 2.5 en 2.10 Bzv en artikel 2.1 Rzv. De omvang van de medisch specialistische zorg wordt bepaald door twee elementen. Het moet gaan om zorg die medisch specialisten plegen te bieden en het moet gaan om zorg conform 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 en diensten. Enkel erkende behandelingen worden vergoed ten laste van de zorgverzekering. Het Zorginstituut bepaalt welke kosten wel en niet voor vergoeding in aanmerking komen. Het Zorginstituut heeft het volgende toetsingskader geformuleerd:

1. Is het gevraagde een te verzekeren prestatie?
2. Heeft verzekerde recht op de betreffende prestatie, ofwel: is voldaan aan de verstrekkingvoorwaarden?
3. Kan de verzekerde zijn recht op de verzekerde prestatie tot gelding brengen?

Met betrekking tot punt 1 geldt dat aanspraak bestaat op vormen van zorg of diensten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15 Bzv en de polisvoorwaarden. De vraag dient beantwoord te worden of een behandeling bij een bepaalde indicatie voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Bij de beoordeling of zulks het geval is moeten alle relevante gegevens in aanmerking worden genomen, waaronder met name literatuur, wetenschappelijke onderzoeken en gezaghebbende meningen van specialisten.

5.2. Vanaf 15 februari 2007 was de MOM-prothese volgens het toenmalige College voor Zorgverzekeringen conform de stand van de wetenschap en praktijk voor patiënten jonger dan 65 jaar. In deze visie is verandering gekomen na het advies van de NOV van januari 2012. Gezien waarschuwingen van allerlei instanties over de hoge concentratie metaaldeeltjes, bestaat terughoudendheid als het gaat om de plaatsing van deze prothese. Er zijn twijfels over de veiligheid en effectiviteit op de lange termijn. Verder is nog onvoldoende bewezen dat de MOM-prothese op de lange termijn meerwaarde heeft ten opzichte van de conventionele heupprothese. Een en ander leidt ertoe dat deze zorg niet (meer) conform de stand van de wetenschap en praktijk is en daarmee geen verzekerde prestatie onder de zorgverzekering. De ziektekostenverzekeraar volgt het standpunt van het College voor Zorgverzekeringen, thans het Zorginstituut. Daarom behoort de onderhavige behandeling niet tot de verzekerde prestaties in het kader van de zorgverzekering en kan geen vergoeding worden verleend.

5.3. Verzoeker heeft na een zorgvuldige afweging gekozen voor een MOM-heupprothese. Hij is naar België gegaan met het doel daar die zorg te verkrijgen. Voorafgaand aan de operatie is door de ziektekostenverzekeraar geen toestemming aan hem verleend. Het is begrijpelijk dat de afwijzende beslissing teleurstellend is voor hem. Hij heeft immers hoge kosten gemaakt. De polisvoorwaarden gelden echter onverkort voor verzoeker en de afwijzing heeft dan ook op juiste gronden plaatsgevonden. Er wordt voor hem geen uitzondering gemaakt en geen coulancevergoeding verleend.

5.4. De kosten van de operatieve plaatsing van de MOM-heupprothese kunnen eveneens niet ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering worden vergoed.

5.5. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt herhaald. Voorts heeft de ziektekostenverzekeraar benadrukt dat het Zorginstituut heeft bepaald dat plaatsing van een

MOM-prothese niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Dit standpunt is gebaseerd op onder andere onderzoek in internationale databases en de meningen van experts, ook uit het buitenland. Onderhavige behandeling voldoet derhalve niet aan de internationale stand van de wetenschap en praktijk. De persoonlijke omstandigheden van verzoeker kunnen niet leiden tot een andere beslissing van de ziektekostenverzekeraar. Er is geen sprake van verzekerde zorg.

5.6. 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 en 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 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 mixpolis, zodat de verzekerde voor bepaalde vormen van zorg is aangewezen op door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners en voor andere vormen van zorg gebruik kan maken van niet-gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 1 tot en met 42 van de 'Aanspraken' van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 1 van de 'Aanspraken' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op ziekenhuisverpleging 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. (...)

Wij vergoeden de kosten van:

- verblijf, inclusief 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.

Bij behandeling door een niet door ons gecontracteerd ziekenhuis hebt u recht op een vergoeding die lager is dan de vergoeding bij een door ons gecontracteerd ziekenhuis. De door ons gecontracteerde ziekenhuizen kunt u vinden via de Zorgzoeker op onze website of bij ons opvragen. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde ziekenhuizen kunt u eveneens vinden op onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarden

• U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, arts voor de jeugdgezondheidszorg, verloskundige in het geval dat het verloskundige zorg betreft of een andere medisch specialist.

(...)

• U moet uw huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, arts voor de jeugdgezondheidszorg, verloskundige of een andere medisch specialist machtigen de reden van opname aan onze medisch adviseur bekend te maken.

(...)"

8.4. Artikel 2 lid 4 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering bepaalt dat de aanspraak op zorg en/of vergoeding van kosten van zorg als omschreven in de zorgverzekering, naar inhoud en omvang mede wordt bepaald 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 en diensten.

8.5. Artikel 19 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering betreft zorg in het buitenland, en luidt, voor zover hier van belang:

"1 Bij gebruik van zorg in een EU/EER-staat of verdragsland hebt 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 ziektekostenverzekeraar] Basisverzekering 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.*

(...)

3 In de gevallen bedoeld in de voorgaande leden kan voor het inroepen van zorg in een ander land dan het woonland, vergoeding van kosten plaatsvinden, die meer kan bedragen dan de in lid 19.1 aangegeven vergoeding. Deze hogere vergoeding is alleen mogelijk wanneer wij u hier vooraf toestemming voor hebben verleend.

(...)"

8.6. De artikelen 1 van de 'Aanspraken' en 2 lid 4 en 19 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 lid 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.

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 dan wel, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg of 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

ziekttekostenverzekeraar 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. Verzoeker is naar België, een andere EU-lidstaat, gegaan met het doel daar de onderhavige zorg te verkrijgen. Derhalve is sprake van planbare zorg. Op deze situatie ziet artikel 20 van Vo. nr. 883/2004. Verzoeker heeft niet voorafgaand aan de behandeling de ziektekostenverzekeraar om toestemming gevraagd. Op grond van jurisprudentie van het Hof van Justitie (Stamatelaki, zaaknummer C-444/05) blijft de verordening in die situatie buiten toepassing. Getoetst dient te worden aan de voorwaarden van de zorgverzekering.

9.2. Gelet op het door de ziektekostenverzekeraar ingenomen standpunt, is de vraag of plaatsing van een MOM-heupprothese bij de indicatie van verzoeker voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk als bedoeld in artikel 2 lid 4 van de 'Algemene 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 plaatsing van een MOM-heupprothese bij de indicatie van verzoeker is door het Zorginstituut in zijn voorlopig advies van 12 januari 2015 uitgevoerd, en in zijn definitief advies van 20 maart 2015 toegelicht. Het Zorginstituut komt tot de conclusie dat deze behandeling niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering en daarmee geen verzekerde prestatie vormt. De commissie neemt deze conclusie over en maakt deze tot de hare. Dit betekent dat verzoeker geen aanspraak kan maken op vergoeding van de kosten van de in België uitgevoerde behandeling. Hetgeen overigens door verzoeker is aangevoerd maakt dit niet anders.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

9.6. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde, zodat de aanspraak niet op die grond kan worden ingewilligd.

Conclusie

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

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 25 maart 2015,

prof. mr. A.I.M. van Mierlo