

ANONIEM

Bindend advies

Partijen	: A te B vs C te D
Zaak	: Geneeskundige zorg, medisch-specialistische zorg, buitenland, cervicale discusprothese
Zaaknummer	: ANO07.372
Zittingsdatum	: 21 november 2007

Zaak: ANO07.372 (Geneeskundige zorg, medisch-specialistische zorg, buitenland, cervicale disusprothese)

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, 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 20 maart 2007 inzake de afwijzing van de aanvraag voor het plaatsen van cervicale discusprothesen (op niveau C4/5 en niveau C5/6) bij een niet-gecontracteerde zorgverlener te München.

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 2007, een verzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw) (hierna: de zorgverzekering), in combinatie met een aanvullende verzekering.
- 3.2. De zorgverzekeraar heeft verzoekster op 20 maart 2007 telefonisch meegedeeld dat toestemming wordt gegeven voor de aangevraagde medisch-specialistische zorg.
- 3.3. Bij brief van 20 maart 2007, door verzoekster ontvangen op 23 maart 2007, heeft de zorgverzekeraar verzoekster bericht dat afwijzend was beslist op de aanvraag voor het plaatsen van cervicale discusprothesen (op niveau C4/5 en niveau C5/6) bij een niet gecontracteerde zorgverlener te München.
- 3.4. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 27 april 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster meegedeeld zijn op 20 maart 2007 schriftelijk ingenomen standpunt te handhaven.
- 3.5. Bij brief van 28 mei 2007 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de inmiddels uitgevoerde plaatsing van cervicale discusprothesen (op niveau C4/5 en niveau C5/6) bij een niet gecontracteerde zorgverlener in het buitenland te vergoeden.

- 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. Bij brief van 10 juli 2007 heeft verzoekster de commissie aanvullende informatie doen toekomen. Een afschrift hiervan is op 12 juli 2007 aan de zorgverzekeraar gezonden.
- 3.8. Bij brief van 12 juli 2007 heeft de zorgverzekeraar gebruik gemaakt van de mogelijkheid te reageren op de stellingen verzoekster. Een afschrift hiervan is op 16 juli 2007 aan verzoekster gezonden. Vervolgens heeft verzoekster bij brief van 6 augustus gereageerd op de reactie van de zorgverzekeraar. Een afschrift hiervan is op 13 augustus 2007 aan de zorgverzekeraar gezonden.
- 3.9. Bij brief van 30 augustus 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 van de Zvw.
- 3.10. Het College voor zorgverzekeringen heeft op 2 oktober 2007 zijn advies gegeven. Een afschrift hiervan is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.11. Partijen zijn op 21 november 2007 gehoord, waarbij de zorgverzekeraar telefonisch aan de hoorzitting heeft deelgenomen. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het College voor zorgverzekeringen.
- 3.12. Bij brief van 27 november 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden. In vervolg hierop heeft het College voor zorgverzekeringen de commissie meegedeeld dat hetgeen in de hoorzitting naar voren is gebracht geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies.

4. Het standpunt van verzoekster

- 4.1. Verzoekster geeft aan vele jaren ernstige pijnklachten te hebben gehad, welke volgens haar waarschijnlijk werden veroorzaakt door een aantal auto-ongelukken. Zij verklaart dat de pijnklachten vanuit haar nek uitstraalden naar haar rug en hoofd. Verder geeft verzoekster aan dat zij op enig moment niet meer in staat was te werken; artsen in Nederland konden haar niet verder helpen.
- 4.2. Vervolgens geeft verzoekster aan dat zij werd geattendeerd op de Alpha Klinik te München. De door de artsen van deze kliniek geconstateerde versleten tussenwervelschijven en twee nekhernia's konden volledig worden verholpen, hetgeen op 5 april 2007 is geschied. Verzoekster zegt sindsdien volledig pijnvrij te zijn.
- 4.3. Verzoekster verklaart voorafgaand aan de operatie een aanvraag te hebben ingediend, ten aanzien waarvan de zorgverzekeraar haar echtgenoot op 20 maart 2007 telefonisch heeft meegedeeld dat deze aanvraag was goedgekeurd.
- 4.4. Verzoekster concludeert dat de zorgverzekeraar zijn toezegging dient na te komen en de behandeling volledig (te weten een bedrag van € 27.761,98) dient te vergoeden.

5. Het standpunt van de zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar is van mening dat het plaatsen van een cervicale discusprothese geen behandeling is die voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en mitsdien niet voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking komt.
- 5.2. De zorgverzekeraar erkent dat verzoekster op 20 maart 2007 is meegedeeld dat de aangevraagde behandeling was goedgekeurd. Echter, op 23 maart 2007 heeft verzoekster een afwijsbrief ontvangen. De operatie vond plaats op 5 april 2007 en had dus nog kunnen worden geannuleerd. Verzoekster heeft zelf ervoor gekozen de operatie te laten doorgaan. De zorgverzekeraar begrijpt dat deze keuze in het belang van het welzijn van verzoekster is gemaakt, maar is desondanks van mening dat – mede gezien de afwijsbrief van 23 maart 2007 – de operatie niet voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering 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 vraag die voorligt, is of in dit geval aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten van het plaatsen van cervicale discusprothesen in het buitenland, alsmede de reis- en verblijfkosten, ten laste van de zorgverzekering, zoals deze tussen partijen bestond ten tijde van de van de onderhavige aanvraag.
- 7.2. Op grond van artikel 12 lid 1 van de verzekeringsvoorwaarden heeft verzoekster aanspraak op zorg in natura zoals omschreven in de verzekeringsvoorwaarden. Vergoeding voor medisch-specialistische zorg is geregeld in artikel 15 van de verzekeringsvoorwaarden. Voor het geldend kunnen maken van de aanspraak op medisch-specialistische zorg zijn op grond van laatstgenoemd artikel onder meer een verwijzing door een nader aangeduide arts en een machtiging benodigd. Een machtiging is volgens artikel 1 lid 33 van de zorgverzekering een schriftelijke toestemming voor de afname van bepaalde zorg die door of namens de zorgverzekeraar wordt verstrekt voor de verzekerde voorafgaande aan de afname van die bepaalde zorg.

Verder is in artikel 10.2 van de verzekeringsvoorwaarden 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.”

- 7.3. Verzoekster heeft de behandeling ondergaan in de Alpha Klinik te München in Duitsland. De commissie is gebleken dat de zorgverzekeraar geen contract heeft met deze kliniek. Zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder in het buitenland is gere-

geld in de artikelen 9 en 12 van de zorgverzekering. Ook dan bestaat alleen aanspraak op zorg zoals omschreven in de verzekeringsvoorwaarden.

- 7.4. Ziekenvervoer is geregeld in artikel 34 van de zorgverzekering. Op grond van genoemd artikel bestaat uitsluitend aanspraak op zittend ziekenvervoer ingeval van de volgende situaties:.

*“a. de verzekerde moet nierdialyses ondergaan;
b. de verzekerde moet oncologische behandelingen met chemotherapie of radiotherapie ondergaan;
c. de verzekerde kan zich uitsluitend met een rolstoel verplaatsen;
d. het gezichtsvermogen van de verzekerde is zodanig beperkt dat hij zich niet zonder begeleiding kan verplaatsen;
e. de verzekerde is in verband met de behandeling van een langdurige ziekte of aandoening langdurig aangewezen op vervoer en het niet verstrekken of vergoeden van dat vervoer voor de verzekerde zal leiden tot een onbillijkheid van overwegende aard.”*

- 7.5. Verblijf is geregeld in artikel 31 van de zorgverzekering.

- 7.6. De zorgverzekering, en daarmee de regeling van de artikelen 9, 10, 12, 15, 31 en 34 is – mede gezien artikel 1 en artikel 2.11 van de zorgverzekering – gebaseerd op 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.
De commissie is van oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regelingen ten aanzien van medisch-specialistische zorg als hier aan de orde, ziekenvervoer en verblijf stroken 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).

- 7.7. De vraag die eerst beantwoord dient te worden is of het plaatsen van cervicale discusprothesen, mede gegeven het in artikel 10.2 van de verzekeringsvoorwaarden opgenomen criterium, als een verstrekking in de zin van de verzekeringsvoorwaarden te gelden heeft.

- 7.8. 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.

- 7.9. 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 internationale 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.
- 7.10. 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 de plaatsing van een cervicale discusprothese inmiddels voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk.
- 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 advies in deze zaak van 2 oktober 2007 tot een gelijklopende conclusie.
- 7.11. Gezien het voorgaande komt de plaatsing van cervicale discusprothesen op grond van de verzekeringsvoorwaarden niet voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking. Dat de behandeling verzoekster zeer heeft gebaat, maakt dat niet anders.
- 7.12. Voorts is de commissie niet gebleken dat verzoekster beschikt over een daartoe gerichte verwijzing door een huisarts, bedrijfsarts of medisch-specialist, hetgeen op grond van artikel 15 van de zorgverzekering – welk artikel een uitwerking is van het bepaalde in artikel 14 lid 2 van de Zvw – één van de vereisten is voor het geldend maken van de aanspraak op medisch-specialistische zorg.
- 7.13. Verder is gesteld, noch gebleken dat bij verzoekster sprake is van één in de artikel 34 van de zorgverzekering genoemde situaties, waarbij aanspraak bestaat op zittend ziekenvervoer. Mitsdien bestaat geen aanspraak op vergoeding van de kosten van het vervoer ten laste van de zorgverzekering.
- Tevens blijkt uit de ingediende nota's dat het verblijf niet heeft plaatsgevonden in een instelling als bedoeld in artikel 31 van de zorgverzekering. Mitsdien bestaat ook geen aanspraak op vergoeding van de kosten van het verblijf ten laste van de zorgverzekering.

ring.

- 7.14. Verzoekster heeft evenwel aangevoerd dat de zorgverzekeraar haar echtgenoot op 20 maart 2007 *mondeling* toestemming heeft gegeven voor de onderhavige behandeling. De zorgverzekeraar heeft dit in zijn nader commentaar van 12 juli 2007 ook erkend. Echter bij schrijven van 20 maart 2007, door verzoekster ontvangen op 23 maart 2007, is de toestemming alsnog geweigerd.
- 7.15. Artikel 3:37 lid 5 van het Burgerlijk Wetboek (BW) bepaalt dat een intrekking van een tot een bepaalde persoon gerichte verklaring – welke blijkens artikel 3: 37 lid 1 van het BW vormvrij is – om haar werking te hebben, die persoon eerder dan of gelijktijdig met de ingetrokken verklaring moet bereiken. Nu de schriftelijke afwijzing verzoekster niet eerder dan of gelijktijdig met de mondeling gegeven toestemming heeft bereikt, is de commissie van oordeel dat in deze sprake is van een nog immer geldende toestemming voor de aangevraagde behandeling. Daarmee komt het de zorgverzekeraar niet meer toe de gebruikelijkheid van de behandeling – waarvan de commissie hiervoor heeft vastgesteld dat deze niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk – het bestaan van een indicatie en het voldoen aan de (administratieve) voorwaarden, ter discussie te stellen.
Resteert de vraag wat een en ander betekent voor de vergoeding van de kosten van de onderhavige behandeling. De commissie overweegt met betrekking hiertoe het volgende.
- 7.16. Op grond van artikel 9 juncto artikel 20 van de zorgverzekering is voor medisch specialistische zorg een voorafgaande machtiging nodig. Verzoekster heeft telefonisch contact gehad met de zorgverzekeraar, waarop deze haar het “Aanvraagformulier Machtiging” en het “Formulier Medische Verklaring Zittend Ziekenvervoer” heeft gezonden. Op 3 maart 2007 heeft verzoekster een aanvraag ingediend, bestaande uit een begeleidende brief, het “Aanvraagformulier Machtiging”, het “Formulier Medische Verklaring Zittend Ziekenvervoer” en het medisch verslag d.d. 19 februari 2007. Op 10 maart 2007 heeft verzoekster de aanvragen aangevuld met het medisch verslag (+cervicale discografie) d.d. 8 maart 2007. Uit de overgelegde stukken is niet gebleken dat verzoekster de zorgverzekeraar nog andere stukken heeft doen toekomen alvorens haar echtgenoot op 20 maart 2007 telefonisch contact met de zorgverzekeraar heeft gehad. In het onderhavige telefoongesprek is van de kant van de zorgverzekeraar bij herhaling gezegd dat de aanvraag voor de machtiging voor medisch-specialistische zorg is gehonoreerd. Dit leidt tot het oordeel dat, aangezien de zorgverzekering volledig op de hoogte was van de aangevraagde behandeling, en desgevraagd duidelijk en onomwonden heeft geantwoord dat de behandeling zou worden vergoed, de zorgverzekeraar op die toezegging, mede gelet op hetgeen in 7.15 is overwogen, niet terug kan komen,
- 7.17. Met betrekking tot de hoogte van de vergoeding overweegt de commissie als volgt. Tijdens de op 21 november 2007 gehouden hoorzitting heeft verzoeksters echtgenoot verklaard dat tijdens het bewuste telefoongesprek niet is gesproken over de hoogte van de vergoeding. De vraag dient vervolgens te worden beantwoord of en in hoeverre de telefonisch gegeven toestemming van invloed is op de door verzoekster gedeclareerde kosten, bestaande uit de kosten van medisch-specialistische zorg, van ziekenvervoer en van verblijf.

- 7.18. Bij gebruik van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder in het buitenland bestaat op grond van artikel 9 juncto artikel 12.4 van de zorgverzekering recht op vergoeding van de kosten van zorg tot ten hoogste 80% van de gemiddelde tarieven voor 2006, zoals deze voor de betreffende vormen van zorg zijn overeengekomen tussen de zorgverzekeraar en de betreffende zorgaanbieders. Aangezien het hier een behandeling betreft die niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk is het logisch dat daarvoor geen tarieven zijn overeengekomen. Het komt de commissie onder de gegeven omstandigheden redelijk voor dat voor de berekening van de hoogte van de vergoeding aansluiting wordt gezocht bij de behandeling die, bij de diagnose zoals deze in de situatie van verzoekster is gesteld, regulier door de beroepsgroep wordt uitgevoerd, te weten de behandeling met DBC-code 05.11.00.1220.0223 (reguliere zorg, HNP, cervicale wervelkolom, operatief met klinische episode(n), met gewrichtsprothese). Het daarbij behorende tarief is volgens de tariefapplicatie van de Nederlandse Zorgautoriteit € 9.055,35.
- 7.19. De in Nederland gehanteerde DBC-systematiek berust op het uitgangspunt dat steeds een volledig behandeltraject – dus inclusief ondermeer de te gebruiken (hulp)middelen, vooronderzoeken en controles achteraf – in rekening wordt gebracht. Bovendien wordt het aan de desbetreffende DBC-code gekoppelde tarief geacht kostendekkend te zijn.
- 7.20. Naast het DBC-tarief wordt door de Nederlandse Zorgautoriteit per ziekenhuis en per periode een verrekenpercentage vastgesteld. Dit percentage, dat de vorm kan hebben van een toeslag, maar ook van een korting, dient onder andere ter compensatie van onderzoeks- en scholingstaken die het betreffende ziekenhuis zijn toebedeeld, en is afhankelijk van het verschil tussen het ziekenhuisbudget enerzijds en de opbrengsten uit de gedeclareerde behandelingen anderzijds. Nu het verrekenpercentage afhankelijk is van de situatie in het ziekenhuis, en het – anders dan het DBC-tarief – niet rechtstreeks verband houdt met de uitgevoerde behandeling, ziet de commissie geen dwingende reden in geval van behandeling in het buitenland een toeslag of korting toe te passen.
- 7.21. Gelet op voorgaande komt de door verzoekster te ontvangen vergoeding voor medisch-specialistische zorg, conform artikel 9 juncto artikel 12.4 van de zorgverzekering, op 80% van € 9.055,35 = € 7.244,28.
- 7.22. Dat tijdens het telefonisch onderhoud op 20 maart 2007 van de zijde van de zorgverzekeraar de toezegging is gedaan, inhoudende dat de kosten van het vervoer worden vergoed, is niet gebleken. Integendeel, op de brief van verzoekster van 10 maart 2007 staat met de hand bijgeschreven: “tel 20/3/07 (...) ziekenvervoer kon zij zo snel niets over terugvinden.”
- 7.23. Verder is in de procedure niet gebleken dat de toezegging van 20 maart 2007 mede betrekking had op de verblijfkosten. Uit de stukken valt op te maken dat deze kosten pas na genoemde datum zijn opgevoerd en dat hierbij de oorspronkelijke aanvraag geen melding van is gemaakt.
- 7.24. Het voorgaande leidt ertoe dat de zorgverzekeraar verzoekster een bedrag dient te vergoeden van € 7.244,28 ter zake van de medisch-specialistische zorg.

8. Het bindend advies

- 8.1. De commissie wijst het verzoek toe, in die zin dat de zorgverzekeraar verzoekster een bedrag dient te vergoeden van € 7.244,28 ter zake van medisch-specialistische zorg. Het meer of anders gevorderde wordt afgewezen.
- 8.2. De commissie bepaalt dat de zorgverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden een bedrag ad € 37,00.

Zeist, 19 december 2007,

Voorzitter