

BINDEND ADVIES

Partijen : A te B. in deze vertegenwoordigd door C te D, vs E te F
Zaak : Geneeskundige zorg buitenland, endoscopische knieoperatie met
behulp van lasertechniek
Zaaknummer : 2008.0094
Zittingsdatum : 11 juni 2008

Zaak: 2008.0094, geneeskundige zorg buitenland, endoscopische knieoperatie met behulp van lasertechniek

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2006, art. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1. 2.2 en 2.4 Bzv)

1 Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, in deze vertegenwoordigd door C te D,

tegen

E te F , hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2 De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen de beslissing van de zorgverzekeraar van 5 december 2006 de door verzoekster in Nordhorn (Duitsland) ondergane knieoperatie niet te vergoeden.

Ontstaan en verloop van het geding

3.

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de ZorgVerzorgd 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: "meniscopathie in de linkerknie". Verzoekster heeft naar aanleiding van de gestelde diagnose bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten verbonden aan "Arthroscopie, kraakbeenplastiek en menisectomie van de linkerknie" ten laste van de zorgverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 5 december 2006 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat haar aanspraak is afgewezen.
- 3.3. Op 7 november 2006 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 8 februari 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat hij heeft besloten zijn standpunt te handhaven .
- 3.5. Bij brief van 6 januari 2008 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 16 april 2008 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 17 april 2008 aan verzoekster toegezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 25 april 2008 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden. De zorgverzekeraar heeft op 23 mei 2008 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden.
- 3.9. Bij brief van 17 april 2008 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw, gevraagd. Bij brief van 16 mei 2008 heeft het CVZ bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek van verzoeker af te wijzen, omdat de endoscopische laseroperatie aan de knie niet voldoet aan het criterium van de stand van de wetenschap en praktijk. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.10. De zorgverzekeraar is op 11 juni 2008 telefonisch gehoord. Hij is daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ. Verzoekster is tweemaal gebeld, maar bleek niet bereikbaar. Haar is op 13 juni 2008 het verslag van de hoorzitting gezonden, met het verzoek hierop en op het CVZ-advies te reageren.
- 3.11. Bij brief van 23 juni 2008 heeft verzoekster haar reactie kenbaar gemaakt. Een kopie van deze brief is op 1 juli ter kennisneming aan de zorgverzekeraar gezonden.
- 3.12. Bij brief van 1 juli 2008 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting toegezonden, alsmede de reactie van verzoekster op het verslag van de hoorzitting en het CVZ-advies, met het verzoek mede te delen of het verslag aanleiding geeft tot aanpassing van het voorlopige advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 4 juli 2008 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 zij zich om de navolgende redenen niet kan vinden in de kwalificatie 'niet gebruikelijke zorg' van de door haar ondergane behandeling:
- het onderzoek waarnaar de zorgverzekeraar verwijst, dateert van oktober 2005 en is mogelijk verouderd;
 - onderzoeken worden vaak uitgevoerd door onderzoekers die niet onafhankelijk zijn, en aan de hand van onderzoeksmethoden die niet onafhankelijk zijn. Gesteld wordt dat de 'evidence based richtlijn' een selectie instrument is van de zorgverzekeraars in het kader van de kostenbeheersing;
 - de door verzoekster ondergane behandeling is in Amerika zeer beproefd verklaard en de resultaten zijn beter dan die van de in Nederland gebruikte behandelmethode;
 - verzoekster begrijpt niet waarom de onderhavige behandelmethode nimmer vanuit

de Duitse of Nederlandse overheid is verboden, als deze niet deugdelijk zou zijn.

- 4.2. Verzoekster stelt voorts dat de ingreep medisch gezien noodzakelijk was. Zij vordert derhalve volledige vergoeding van de door haar ondergane knieoperatie of tenminste een gedeeltelijke vergoeding omdat de zorgverzekeraar de kosten van een knieprothese niet hoeft te vergoeden.
- 4.3. Met betrekking tot de doelmatigheid stelt verzoekster dat het alternatief, een knieprothese, slechts vijftien jaar meegaat, terwijl zij pas zestig jaar oud is. De laserbehandeling zorgt ervoor dat het moment waarop aan een prothese gedacht moet worden, met vijftien tot twintig jaar wordt uitgesteld.
- 4.4. Tot slot stelt verzoekster dat deze behandeling door zowel andere zorgverzekeraars als haar eigen zorgverzekeraar tot vrij recent is vergoed.
- 4.5. Bij brief van 23 juni 2008 is door verzoekster gereageerd op het verslag van de hoorzitting en het CVZ advies. Uit deze brief komen geen nieuwe argumenten naar voren.
- 4.6. 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 op grond van de 'evidence based richtlijn' vast is gesteld dat de knieoperatie met behulp van lasertechniek, zoals door verzoekster in Duitsland ondergaan, op grond van de internationale stand van de wetenschap en praktijk niet behoort tot zorg die medisch-specialisten plegen te bieden als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering.
 - 5.2. Het feit dat deze behandeling door andere zorgverzekeraars op coulancebasis is vergoed is niet relevant. De zorgverzekeraar acht zich niet gebonden aan beleidshalve genomen beslissingen van andere zorgverzekeraars.
 - 5.3. 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. De commissie is daarentegen niet bevoegd ten aanzien van de aanvullende verzekering.
7. De beoordeling van het geschil
 - 7.1. Het betreft hier een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de zorgverzekeraars gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in artikel 8 van de zorgverzekering.

Artikel 8.4 lid 1 bepaalt wanneer aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat en onder welke voorwaarden. In lid 1 staat, voor zover hier relevant, het volgende vermeld:



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

Na lid 8 wordt in het derde blok vermeld:

"Voor bovenstaande verzekerde prestatie: Zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden, niet behorend tot het DBG segment B en niet van plastisch-chirurgische aard

Kan verzekerde zich wenden tot: Medisch Specialist (. . .)

Op voorwaarden van Verwijzing door huisarts, medisch specialist (. . .)

Vindplaats welke aanbieder is gecontracteerd: website. "

In artikel 10 wordt onder a bepaald:

"Onverminderd hetgeen is bepaald in artikel 8 heeft verzekerde op een zorg vorm slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewez-

zen."

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."

De mogelijkheid van vergoeding van de kosten in geval de zorg of dienst wordt betrokken van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder wordt geregeld in artikel 11 onder b van de zorgverzekering en luidt, voor zover in dit kader relevant:

"Voor zover verzekerde die zorg of een andere dienst betreft van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, heeft hij recht op vergoeding van de kosten van deze zorg of andere dienst overeenkomstig hetgeen hieronder bij 'Vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgaanbieder' is bepaald. "

De hoogte van de vergoeding van de kosten wordt geregeld in artikel 11 onder e en f van de zorgverzekering dat, voor zover in dit kader relevant, bepaalt:

"e. Zorgverzekeraar vergoedt de kosten van zorg die is verleend door een ter zake van die zorg niet-gecontracteerde zorgaanbieder overeenkomstig het WTG-tarief, en bij het ontbreken daarvan de kosten voor zover deze in de Nederlandse marktomstandigheden passend zijn te achten. (. . .)

f. Op het onder e bedoelde bedrag wordt een korting van in mindering gebracht van 10%, met een maximum van € 200,00 per verzekerde per kalenderjaar (. . .)"

Vergoeding van kosten van zorg in het buitenland is geregeld in artikel 13 van de zorgverzekering Voor zover hier van belang wordt daarin bepaald:

"Ten aanzien van de vergoeding van kosten van zorg in het buitenland wordt toepassing gegeven aan EG-Verordening 1408f11 (. . .)

a. De verzekerde die woont in Nederland, heeft aanspraak op de vergoeding van kosten van zorg van een aanbieder buiten Nederland conform artikel 11.

b. In het geval dat verzekerde de zorg inroept van een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde aanbieder of instelling vindt vergoeding van kosten van zorg plaats conform het bepaalde in artikel 11.

(. . .)

e. In de gevallen bedoeld in de voorgaande leden vindt, indien zorgverzekeraar vooraf toestemming heeft verleend voor het inroepen van zorg in een ander land dan het woon land, volledige vergoeding van kosten van zorg plaats. "

- 7.2. De regeling in de artikelen 8.2, 8A, 11 en 13 van de zorgverzekering is volgens artikel 2 van de zorgverzekering/van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Bzv en de Rzv.
- 7.3. 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 2A van het Bzv.
- 7.4. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.5. In geschil is of de behandeling van kraakbeen laesies in het kniegewricht met behulp van de lasertechniek bij de indicatie meniscopathie in de linkerknie, beoordeeld naar de internationale stand van de wetenschap en de praktijk te kwalificeren is als zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 7.6. 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 onderzoekopzet, onderzoekpopulatie, controlegroep, randomisatie, blinding, mate van behandelingseffect, follow-up en statistische analyse.

- 7.7. 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.
- 7.8. Een onderzoek naar dergelijke kwalitatieve onderzoeken met betrekking tot de onderhavige behandeling is door het CVZ in zijn advies van 16 mei 2008 uitgevoerd en de conclusie daarvan neemt de commissie over en maakt zij tot de hare.
- 7.9. Gebleken is dat over de onderhavige behandeling sinds het advies van het CVZ van 26 oktober 2005 geen gerandomiseerde studies zijn gepubliceerd en evenmin bewijsvoering van lagere orde van voldoende gewicht is aangetroffen, dat tot een ander standpunt leidt. Ook zijn geen (nieuwe) standpunten of opvattingen bij buitenlandse organisaties verschenen.
De commissie concludeert dat deze vorm van behandeling naar de huidige stand van de wetenschap en de praktijk niet als gebruikelijk kan worden aangemerkt in de (internationale) kring van beroepsgenoten. Hiermee kan de vraag naar de indicatie en de doelmatigheid onbeantwoord blijven.
- 7.10. Voor zover het verzoek ziet op de kostenbesparing oordeelt de commissie als volgt. Een verzoek om vergoeding of verstrekking ten laste van de zorgverzekering kan enkel en alleen worden toegewezen als de gewenste behandeling onder de dekking van de zorgverzekering valt, hetgeen in casu niet het geval is. Bij die beoordeling is niet relevant of de gewenste behandeling in de toekomst een besparing oplevert.
- 7.11. Het beroep op het gelijkheidsbeginsel faalt. Zorgverzekeraars dienen op basis van de polisvoorwaarden te toetsen of een verzekerde in aanmerking komt voor (vergoeding van) zorg of overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Alle zorgverzekeraars in Nederland zijn voor wat betreft de inhoud van de zorgverzekering gebonden aan dezelfde wet- en regelgeving. Zij mogen niet meer of minder bieden dan de regelgeving hen toestaat. Zulks brengt met zich dat een zorgverzekeraar niet gehouden is over te gaan tot vergoeding of verstrekking van zorg als de polisvoorwaarden van de zorgverzekering daarvoor geen dekking bieden, ook niet als andere zorgverzekeraars dat - om welke reden ook - wel doen. Slechts indien de zorgverzekeraar van verzoekster zelf een beleid voert waarbij meer wordt vergoed of verstrekt dan volgens de regelgeving inzake de zorgverzekering is toegestaan kan op dat beleid een beroep worden gedaan. Gesteld noch gebleken is dat sprake is van een begunstigend beleid van de zorgverzekeraar en evenmin dat sprake is van een "oogmerk tot begunstiging". Verzoeksters beroep op het gelijkheidsbeginsel faalt derhalve.
- 7.12. 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 juli 2008,



Voorzitter