

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, in deze vertegenwoordigd door C te D vs E te F
Zaak : Geneeskundige zorg, medisch specialistische zorg, twee discusprotheses,
buitenland
Zaaknummer : ANO07.204
Zittingsdatum : 5 september 2007

Zaak: ANO07.204 (Geneeskundige zorg, medisch specialistische zorg, twee discusprothesen, buitenland)

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. 11 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 het besluit van de zorgverzekeraar van 19 maart 2007 inzake het niet (volledig) vergoeden van de kosten van de plaatsing van twee discusprothesen in de Alpha Klinik te München (Duitsland).

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 Keuze Garant Basisverzekering, een verzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw) (hierna: de zorgverzekering), alsmede op basis van een aanvullende verzekering.
- 3.2. Bij brief van 19 maart 2007 heeft de zorgverzekeraar verzoekster bericht dat de kosten van de rugoperaties in de Alpha Klinik te München niet voor vergoeding in aanmerking komen.
- 3.3. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 3 april 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster meegedeeld zijn standpunt te handhaven. Bij brief van 26 april 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster bericht dat hij zijn standpunt handhaaft met betrekking tot de eerste operatie. In dezelfde brief berichtte de zorgverzekeraar verzoekster dat de kosten van de tweede operatie gedeeltelijk vergoed zouden worden.
- 3.4. Bij brief van 8 mei 2007 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is beide operaties geheel of gedeeltelijk te vergoeden.
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 37,00 voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de moge-

lijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren.

- 3.6. De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie op 15 juni 2007 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt.
- 3.7. Bij brief van 23 juli 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen verzocht om advies, een en ander conform artikel 114 van de Zvw.
- 3.8. Op 23 juli 2007 is verzoekster 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 verzoekster op 6 augustus 2007 afgezien, de zorgverzekeraar heeft op 17 augustus 2007 aangegeven niet gehoord te willen worden.
- 3.9. Het College voor zorgverzekeringen heeft op 22 augustus 2007, op de voet van artikel 114 lid 3 van de Zvw, zijn advies gegeven. Een afschrift hiervan is met het bindend advies aan partijen gezonden.

4. Het standpunt van verzoekster

- 4.1. Verzoekster is een 49-jarige vrouw die twee operaties in de Alpha Klinik te München heeft ondergaan, te weten een discusprothese ter hoogte van C5-6 (eerste operatie) en een discusprothese ter hoogte van L4-5 waarbij tevens een hernia verwijderd is (tweede operatie). Deze operaties moeten worden aangemerkt als verantwoorde en adequate behandelingen.
- 4.2. Gelet op Europese verdraagt het gebruikelijkheidscriterium zich niet met het EG-recht. Een behandeling die naar internationale maatstaven voldoende is bewezen en voldoende is beproefd, mag niet worden geweigerd, omdat die behandeling in eigen land niet voorhanden is of in eigen land enkel experimenteel wordt toegepast.
- 4.3. Verzoekster concludeert dat de beslissing van de zorgverzekeraar met betrekking tot de eerste operatie ongegrond verklaard dient te worden. Met betrekking tot de tweede operatie verzoekt zij toetsing van de beweegredenen die hebben geleid tot de gedeeltelijke vergoeding van de kosten.

5. Het standpunt van de zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar stelt dat de eerste operatie geen gebruikelijke zorg binnen de beroepsgroep is en ook niet als zodanig in Nederland wordt uitgevoerd. Aangezien bij deze behandeling niet wordt voldaan aan artikel 5 lid 1 deel B en artikel 2 lid 6 deel A van de zorgverzekering, komen de kosten van deze behandeling in zijn geheel niet voor vergoeding in aanmerking.
- 5.2. Met betrekking tot de tweede operatie geldt dat deze behandeling niet gezien kan worden als een gebruikelijke behandeling binnen de beroepsgroep van de betreffende medisch specialisten. Uit recent onderzoek van het College voor zorgverzekeringen is gebleken dat de discusprothese op lumbaal niveau nog niet als gebruikelijke zorg kan worden beschouwd. In het Sophia ziekenhuis te Zwolle wordt deze operatie echter wel al verricht. De zorgverzekeraar heeft derhalve besloten de tweede opera-

tie van verzoekster te vergoeden tot maximaal het bedrag van de toepasselijke DBC-prestatiecode, te weten € 9.219,81. De kosten van het verwijderen van de hernia tijdens de tweede operatie kunnen niet afzonderlijk gedeclareerd worden, daar er maar één DBC voor de ingrepen in rekening mag worden gebracht.

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 omschreven 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 restitutiepolis, zodat de verzekerde gebruik kan maken van niet gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van kosten wordt in artikel 1 lid 2 deel B van de zorgverzekering geregeld. Dit artikel bepaalt, voor zover hier van belang, dat de vergoeding plaatsvindt tot maximaal:

*"1. het op het moment van behandeling op basis van de Wet tarieven gezondheidszorg geldende tarief;
2. indien geen op basis van de Wet tarieven gezondheidszorg vastgesteld tarief bestaat, vindt vergoeding van de kosten plaats tot maximaal het in Nederland geldende marktconforme tarief;
(...)"*

7.3. Vergoeding voor geneeskundige zorg staat vermeld in artikel 5 deel B van de zorgverzekering.

7.4. Artikel 20 deel B bepaalt wanneer aanspraak op vergoeding van kosten voor zorg buiten Nederland bestaat en onder welke voorwaarden. Lid 1 van dit artikel bepaalt:

"De verzekerde die woont in Nederland heeft aanspraak op de vergoeding van kosten voor zorg als bedoeld in artikel 1 lid 2 van de zorgaanbieder of instelling buiten Nederland."

7.5. Artikel 2 lid 6 deel A van de zorgverzekering bepaalt:

"de aanspraak op vergoeding van kosten van zorg als in de zorgpolis omschreven, wordt naar inhoud en omvang mede bepaald door de wetenschap en praktijk, dan wel, bij het ontbreken

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

- 7.6. De regeling van de artikelen 1, 5 en 20 deel B is volgens artikel 2 deel A van de zorgverzekering, gebaseerd op de Zvw, het Bzv en de Rzv.
- 7.7. In het kader van het onderhavige geschil is de volgende regelgeving relevant. Artikel 11 lid 1 onderdeel b 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 vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Waar het gaat om geneeskundige zorg, is een en ander naar aard en omvang omschreven in artikel 2.4 van het Bzv. Artikel 2.1 lid 2 van het 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. In artikel 2.2 van het Bzv wordt bepaald dat kosten die hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend zijn, in mindering worden gebracht op de vergoeding.
- 7.8. De commissie constateert dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.9. De vraag is of het plaatsen van twee discusprotheses, beoordeeld naar de internationale stand van de wetenschap en de praktijk, te gelden heeft als zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 7.10. De commissie sluit in deze aan bij de in de medische wereld gangbare (EBRO) richtlijn volgens welke het principe van “Evidence Based Medicine” leidend is. Dit is het 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 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.
- 7.11. Indien uit tenminste twee “gerandomiseerd dubbelblind vergelijkend klinische onderzoeken” – wetenschappelijk onderzoek waarvan de objectiviteit gegarandeerd is –

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.

- 7.12. De commissie beantwoordt de vraag naar de gebruikelijkheid in de (internationale) kring der beroepsgenoten aan de hand van de meest recente jurisprudentie alsmede eigen onderzoek. Met betrekking tot de eerste operatie, de plaatsing van een discusprothese ter hoogte van C5-6, oordeelt de commissie dat ten tijde van de operatie waarbij deze discusprothese geplaatst werd, en ook thans, géén gerandomiseerd dubbelblind vergelijkend klinisch onderzoek van goede kwaliteit en van voldoende omvang beschikbaar is. De effectiviteit van de behandeling is aldus niet wetenschappelijk vastgesteld. Het gebrek aan onderzoek doet zich ook gevoelen in de vraag naar de meerwaarde van de ingreep. Gegevens over de resultaten op de lange termijn ontbreken. De cervicale discusprothese is derhalve niet gebruikelijk in de internationale kring der beroepsgenoten. Beoordeeld naar de stand der wetenschap en de praktijk kan niet gesteld worden dat de cervicale discusprothese als een verzekerde prestatie in de zin van de polisvoorwaarden heeft te gelden.
- 7.13. Met betrekking tot de tweede operatie, de plaatsing van een discusprothese ter hoogte van L4-5 en het verwijderen van de hernia, oordeelt de commissie als volgt. De zorgverzekeraar stelt dat ook deze verrichting niet als een gebruikelijke behandeling binnen de beroepsgroep van de betreffende medisch specialisten kan worden gezien. De zorgverzekeraar heeft echter toegezegd de kosten voor de tweede operatie van verzoekster te vergoeden, nu het Sophia Ziekenhuis te Zwolle deze ingreep op lumbaal niveau ook verricht. De zorgverzekeraar vergoedt de kosten tot het maximale bedrag van de door het Sophia Ziekenhuis gebruikte DBC-prestatiecode, te weten € 9.219,81.
- 7.14. DBC staat voor Diagnose Behandeling Combinatie. Het is de aanduiding voor het totale behandeltraject dat een patiënt in een ziekenhuis doorloopt bij een verrichting. In een DBC zitten alle kosten van de behandeling, van consult, foto's en laboratorium onderzoeken tot en met de operatie en de verpleging daarna. Alle ziekenhuizen in Nederland werken op basis van dit systeem. De commissie heeft geconstateerd dat met de DBC-declaratiecode 140257 een bedrag van € 7.578,25 correspondeert. De commissie acht het door de zorgverzekeraar aangeboden bedrag dan ook alleszins redelijk.
- 7.15. De commissie merkt tot slot op dat het onder 7.13 en 7.14 bedoelde DBC-tarief is gekoppeld aan een volledige behandeling en geacht wordt kostendekkend te zijn. Dat dit, in individuele situaties bij een behandeling in het buitenland, niet per definitie het geval zal zijn, doet geen aanspraak op een hogere vergoeding ontstaan. Feit is immers dat het gehanteerde tarief in de Nederlandse marktomstandigheden toereikend is en dat de kosten voor de zorgverzekeraar bij behandeling in Nederland niet hoger zouden zijn geweest.
- 7.16. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
8. Het bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 19 september 2007

Voorzitter