

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vs. C te D
Zaak : Geneeskundige zorg, buitenland, wervelkolomfixatie m.b.v. het Dynesys®
systeem
Zaaknummer : ANO07.136
Zittingsdatum : 4 juli 2007

Zaak: ANO07.136, geneeskundige zorg, buitenland, wervelkolomfixatie m.b.v. Dynesys® systeem

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2006, art. 11, 13, 14 Zvw, 2.1 lid 2, 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 27 april 2006 inzake het niet vergoeden een fixatie van de wervelkolom met behulp van het Dynesys® systeem in de Eeuwfeestkliniek te Antwerpen (België).

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker is bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Basispolis Natura, een verzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw) (hierna: de zorgverzekering).
- 3.2. Bij brief van 27 april 2006 heeft de zorgverzekeraar verzoeker bericht dat de door hem ingediende declaratie betreffende een fixatie van de wervelkolom met behulp van het Dynesys® systeem in de Eeuwfeestkliniek te Antwerpen (België) niet voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking komt.
- 3.3. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 31 augustus 2006, abusievelijk gedateerd 23 augustus 2006, heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker meegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. Bij brief van 7 november 2006 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de bovengenoemde behandeling volledig 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 23 januari 2007 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt.

- 3.7. Bij brief van 12 april 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen verzocht om advies, een en ander conform artikel 114 van de Zvw.
- 3.8. Op 7 mei 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 College voor zorgverzekeringen heeft op 9 mei 2007, op de voet van artikel 114 lid 3 van de Zvw, zijn advies gegeven. Een afschrift hiervan is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 4 juli 2007 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het College voor zorgverzekeringen. Verzoekster heeft van deze mogelijkheid gebruik gemaakt en zijn standpunt nog eens herhaald. De zorgverzekeraar heeft geen aanleiding gezien tot het geven van een reactie.
- 3.11. Bij brief van 5 juli 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden. In vervolg hierop heeft de commissie van het College voor zorgverzekeringen bericht 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 is een 28-jarige man. Blijkens de brief van zijn behandelend medisch-specialist in de Eeuwfeestkliniek in Antwerpen (België) is hij daar van 22 januari tot en met 27 januari 2006 opgenomen geweest in verband met een discopathie op niveau L4-5 en niveau L5-S1, met een centrale hernia op niveau L4-5. Ter behandeling werd een disectomie en een laminectomie op niveau L4-5 verricht en werd de wervelkolom gefixeerd op de niveaus L4-5 en L5-S1 met toepassing van het Dynesys® systeem.
- 4.2. Op 10 maart 2006 is door de werkgever van verzoeker de nota van bovengenoemde behandeling bij de zorgverzekeraar ingediend. Hierbij werd nadrukkelijk vermeld dat, in overleg met de Arbo-dienst, gekozen is voor een behandeling in België in verband met de lange wachttijden in Nederland. Door deze keuze was verzoeker veel sneller weer inzetbaar voor zijn werkgever.
Tegen deze achtergrond is het voor verzoeker onbegrijpelijk dat zijn declaratie wordt afgewezen op de grond dat experimentele medische zorg niet voor vergoeding in aanmerking komt. Daarnaast is hem door de Arbo-dienst van zijn werkgever aangegeven dat volgens deze laatste geen sprake is van experimentele medische zorg en dat vergelijkbare gevallen bekend zijn waar de medische kosten wél geheel zijn vergoed.
- 4.3. Verzoeker is dan ook van oordeel dat de zorgverzekeraar de kosten integraal dient te vergoeden.

5. Het standpunt van de zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar heeft verzoeker op 2 januari 2006, naar aanleiding van de hem in december 2005 gezonden offerte, medegedeeld dat de door verzoeker gevraagde rugoperatie met toepassing van Dynesys® Systeem niet voor vergoeding in aanmerking komt. De gevraagde verstrekking – die destijds op basis van de op dat moment toepasselijke Ziekenfondswet is beoordeeld – werd onvoldoende beproefd en deugdelijk bevonden door de (internationale) medische wetenschap en kon derhalve niet worden beschouwd als gebruikelijke zorg.
- 5.2. De door verzoekers werkgever op 10 maart 2006 ingediende declaratie is door de zorgverzekeraar op bovenstaande gronden opnieuw afgewezen. Ook de voorwaarden van de zorgverzekering laten geen ruimte voor vergoeding, nu ook de hierin verzekerde geneeskundige zorg naar de internationale medische wetenschap voldoende beproefd en deugdelijk dient te zijn bevonden. Nader onderzoek heeft de zorgverzekeraar geleerd dat dit nog altijd niet het geval is.

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.

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. Tussen partijen is met ingang van 1 januari 2006 een verzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het BW tot stand gekomen. 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. Waar het vervolgens gaat om de onderhavige kosten, geldt het volgende.
- 7.2. Het betreft hier een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg. Vergoeding voor medisch-specialistische zorg staat vermeld in Deel 2 van de voorwaarden. In artikel 4 van de voorwaarden van de zorgverzekering wordt, voor zover van belang, het volgende bepaald:

"4.2 Opname in een ziekenhuis

(...)

De aanspraak omvat de medisch-specialistische zorg en het verblijf, al dan niet gepaard gaande met verpleging en verzorging. Tevens vallen hieronder de bij de behandeling behorende paramedische zorg en geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen, gedurende de periode van opname.

(...)

Bij zorg in een niet gecontracteerd ziekenhuis vind een kostenvergoeding van het in rekening gebracht plaats tot maximaal het in het Restitutiereglement genoemde percentage van het te hanteren tarief.”

Ten aanzien van de inhoud en de omvang van de aanspraak op zorg wordt vervolgens in het Algemene deel van de voorwaarden in artikel 20.1.2 onder a bepaald:

”De aanspraak op zorg of vergoeding van de kosten van zorg als in de zorgpolis omschreven, wordt naar inhoud en omvang mede bepaald door de stand der wetenschap en praktijk (...).”

Aanspraak op niet-spoedeisende intramurale zorg in een EU-verdragsland, anders dan het EU-land waar verzekerde woont, is geregeld in artikel 19.1.2, waarin, voor zover hier relevant, wordt bepaald:

”U hebt aanspraak op zorg conform de zorgverzekering in het buitenland bij een door ons gecontracteerde zorgverlener of instelling.

Voorwaarden voor deze vergoeding zijn:

1. (...) dat u bij het invoeren van intramurale zorg, dat wil zeggen gepaard gaand met verblijf, voorafgaand toestemming van ons nodig heeft indien u naar een niet-gecontracteerde zorgverlener of de instelling gaat.

2. de zorg die u in het buitenland krijgt, valt onder de dekking van uw verzekering (u zou recht hebben op vergoeding als de zorg in Nederland was gegeven).”

- 7.3. De regeling van de artikelen 4, 19 en 20.1.2 is volgens de algemene voorwaarden, artikel 20.1.1 van de zorgverzekering, gebaseerd op de Zvw, het Bzv en de Rzv.
- 7.4. In het kader van het onderhavige geschil is de volgende regelgeving relevant. 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. Waar het gaat om geneeskundige zorg, is een en ander naar aard en omvang omschreven in de artikelen 2.1 en 2.4 van het Bzv. In artikel 2.1, tweede lid is vervolgens 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. Uit de Memorie van toelichting op artikel 2.1 van het Bzv blijkt het hier om het gebruikelijkheids criterium te gaan, zoals dat onder de Ziekenfondswet gold, zij het dat onder de Zvw de stand van de wetenschap én de praktijk bepalend is.
- 7.5. De commissie constateert dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.6. De vraag is vervolgens of het plaatsen van osteosynthese materiaal van het merk Dynesys® in de wervelkolom, gegeven de huidige stand van de wetenschap en de praktijk, als een verzekerde prestatie in de zin van de polisvoorwaarden te gelden heeft. De tweede stap behelst de toetsing aan de artikelen 4.2, 2.1.2 en 20.1.2 van de polis.

- 7.7. In dit geval is de operatie verricht door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Artikel 4.2 van de zorgverzekering opent de mogelijkheid gebruik te maken van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, zij het dat in dat geval een gereduceerde vergoeding aan de orde is. Dit laatste is geheel in overeenstemming met artikel 13 van de Zvw. In geval de zorg wordt verleend door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder is het aan de zorgverzekeraar te beoordelen of sprake is van gebruikelijke zorg en daarmee van een verzekerde prestatie.
- 7.8. Bij de beoordeling ten behoeve van het gebruikelijkheids criterium wordt het principe van “evidence based medicine” gebruikt. 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.
- 7.9. Uit de indeling van methodologische kwaliteit van individuele onderzoeken en het niveau van de conclusies, zoals onder meer door het Centraal Begeleidings Orgaan, het kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg, gebruikt voor de ontwikkeling van haar richtlijnen, volgt dat de navolgende onderzoeksmethode de gouden standaard is voor de vaststelling van de effectiviteit van een behandeling:

Eén meta-onderzoek van de systematische reviews van ten minste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde gerandomiseerde dubbelblind vergelijkende klinisch onderzoeken van goede kwaliteit en van voldoende omvang of ten minste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde gerandomiseerde dubbelblind vergelijkende klinisch onderzoeken van goede kwaliteit en van voldoende omvang. Voor beide geldt dat voldoende lange termijn follow-up gegevens bekend dienen te zijn.

Indien uit minimaal twee van de bovengenoemde studies blijkt dat de behandeling in kwestie een (meer)waarde heeft ten opzichte van de behandeling die tot nog toe in de internationale kring van de beroepsgenoten geldend is, dan kan gesproken worden van een ‘gebruikelijke’ behandeling in de internationale kring van de beroepsgenoten.

- 7.10. 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. Uit deze onderzoeksgegevens concludeert de commissie dat ten tijde van de operatie waarbij het Dynesys systeem® geplaatst werd, en ook thans, géén gerandomiseerd dubbelblind vergelijkend klinisch onderzoek van goede kwaliteit en van voldoende omvang beschikbaar was, respectievelijk beschikbaar is gekomen. 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. Toepassing van het Dynesys systeem® is derhalve niet gebruikelijk in de internationale kring der beroepsgenoten. Daarbij is de behandeling ook in de praktijk niet als algemeen geaccepteerd te beschouwen, nu deze slechts op beperkte schaal wordt toegepast. Beoordeeld naar de stand der wetenschap en de praktijk kan derhalve niet gesteld worden dat het Dynesys systeem® als een verzekerde prestatie in de zin van de polisvoorwaarden heeft

te gelden.

7.11. Ten aanzien van de gestelde wachttijd merkt de commissie op dat niet is gebleken dat deze meer heeft bedragen dan de termijn die daar gewoonlijk voor staat, terwijl de wachttijd voorts geen reden vormt om de door verzoeker ondergane behandeling als een verzekerde prestatie aan te merken, wat er ook zij van het argument dat door de behandeling de duur van het ziekteverzuim aanmerkelijk is bekort.

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, 18 juli 2007,

Voorzitter