



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen C en D, beide te E
Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, MoM-prothese, stand wetenschap en
praktijk, gewekt vertrouwen
Zaaknummer : 201400014
Zittingsdatum : 5 november 2014

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2012, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2012, art. 20 Vo nr. 883/2004)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

1) C te E, en

2) D te E,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] Zorgverzekering Restitutie (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering [naam ziektekostenverzekeraar] Uitgebreid 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).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van een Metal-on-Metal (hierna: MoM)-prothese, geplaatst te Gent, België (hierna: de aanspraak). Bij brief van 8 januari 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.

3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 7 februari 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.

3.4. Bij brief van 6 mei 2014 heeft verzoekster 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 verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 37,- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 27 augustus 2014 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 28 augustus 2014 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 1 september 2014 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 28 augustus 2014 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 22 september 2014 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2014111369) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat het plaatsen van een MoM-prothese niet meer voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en daarmee geen verzekerde prestatie vormt onder de zorgverzekering. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 5 november 2014 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.10. Bij brief van 6 november 2014 heeft de commissie het Zorginstituut een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting en nagekomen stukken gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen en nagekomen stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 12 december 2014 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen en nagekomen stukken geen aanleiding vormen tot aanpassing van het advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. De behandelend orthopeed heeft over verzoekster het volgende verklaard: *“op 10/12/2012 zie ik deze patiënt met een belangrijke coxarthrose van de linker heup en een goed functionerende resurfacing rechts. Klinisch en anamnestic is de linker zijde meest aangetast. Er is nog een beperkte beweeglijkheid van 90° flexie, een lichte flexiecontractuur (-5), een beperkte abductie en adductie (+0,0 graden), alsook een beperkte/afwezige exo- en endorotatie (0,0). (...) Een totale heupprothese is hier de enige oplossing. In dit geval is de metaal op metaal resurfacing met behoud van zoveel mogelijk eigen bot, en bij revisie nog de mogelijkheid om een primaire steel te plaatsen, het meest aangewezen (jonge leeftijd, hoog gewicht, arthrose). (...)”*
- 4.2. Op 18 december 2012 heeft verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag gedaan voor een heupoperatie, waarbij een MoM-prothese zou worden geplaatst. Zij ontving van de ziektekostenverzekeraar een brief, gedateerd 14 november 2012, met de mededeling dat maximaal 100 percent van het Nederlandse gebruikelijke tarief wordt vergoed. Indien wordt gekozen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, geldt een lagere vergoeding.
- 4.3. Verder werd gesteld dat een verwijzing van de huisarts, een behandelplan en een kostenbegroting moeten worden ingediend. Verzoekster heeft hieruit opgemaakt dat de ziektekostenverzekeraar in ieder geval gedeeltelijk akkoord was met de ingreep, maar dat na beoordeling eventueel een deel van de kosten voor rekening van verzoekster kon blijven. Zij had niet gerekend op een algehele afwijzing.
- 4.4. Overigens heeft verzoekster enkele jaren geleden aan de andere heup een MoM-prothese gekregen. Deze is destijds wel door de ziektekostenverzekeraar vergoed. Verzoekster heeft ook vanwege deze vergoeding erop vertrouwd dat de onderhavige ingreep zou worden vergoed. De ziektekostenverzekeraar heeft haar niet op de hoogte gesteld van zijn gewijzigde beleid op dit punt.

- 4.5. Ter zitting is door verzoekster aangevoerd dat het standpunt dat de MoM-prothese niet meer als "evidence based" kan worden aangemerkt aan kritiek onderhevig is. Een recente publicatie in The Bone & Joint Journal bevestigt goede resultaten van de in Gent uitgevoerde operaties. Een andere zorgverzekeraar vergoedt de kosten van deze operaties nog wel. Het is aan de ziektekostenverzekeraar zijn beleid op dit gebied te wijzigen. Over het advies van het Zorginstituut merkt verzoekster op dat dit advies een voorlopig karakter draagt en is beperkt tot de aanspraak op grond van de zorgverzekering. In dat verband wordt uitsluitend gerefereerd aan het advies van de NOV. Ook wordt niet ingegaan op de publicatie in The Bone & Joint Journal.
- 4.6. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. De voorwaarden met betrekking tot medisch-specialistische zorg zijn al enkele jaren niet gewijzigd. Het is echter wel mogelijk dat een behandeling die enkele jaren geleden nog conform de stand van de wetenschap en praktijk was, en daarmee een verzekerde prestatie onder de zorgverzekering, dit inmiddels vanwege nieuwe kennis niet langer is.
- 5.2. Dit is ook het geval bij de MoM-prothese. De Nederlandse Orthopaedische Vereniging (NOV) heeft in januari 2012 namelijk het advies gegeven deze prothesen niet meer te plaatsen. Gebleken is dat er hogere revisiepercentages waren en er bestonden zorgen over een verhoogd gehalte aan zware metalen in het bloed en vorming van pseudotumoren rond het implantaat. Aangezien het plaatsen van deze prothese ten tijde van de aanvraag niet langer conform de stand van de wetenschap en praktijk was en daarmee geen verzekerde prestatie onder de zorgverzekering, heeft verzoekster geen aanspraak op vergoeding van de kosten hiervan, ten laste van de zorgverzekering.
- 5.3. In de brief van 14 november 2012, waarop verzoekster zich beroept, staat dat zij bericht zou krijgen of de zorg onder haar zorgverzekering valt. Ook tijdens het telefoongesprek van dezelfde datum is door een medewerker van de ziektekostenverzekeraar gezegd dat het eerste consult zonder meer wordt vergoed, maar dat voor de vervolgbehandeling een aanvraag moet worden ingediend. Overigens wist de medewerker toen niet dat het ging om een MoM-prothese.
- 5.4. Verzoekster heeft de aanvraag ingediend, maar de goedkeuring hiervan niet afgewacht. Zij heeft daarmee het risico genomen dat de betreffende kosten voor haar rekening zouden blijven.
- 5.5. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat door zowel het Zorginstituut als de ziektekostenverzekeraar wordt gekeken naar de internationale stand van de wetenschap en praktijk. Alleen zorg die bewezen goed en veilig is, wordt vergoed ten laste van het verzekerde pakket. Een mening van een individuele patiënt zegt niet zoveel. Als wordt gekeken naar het grote geheel, is de MoM-prothese niet veilig.
- 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 A.21. van 'Hoofdstuk A' van de zorgverzekering en van 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 gehouden is 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 restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in 'Hoofdstuk B' van de zorgverzekering.

8.3. Artikel B.4.2. van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg met opname bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"B.4.2.1. Omschrijving van de zorg

Deze zorg omvat:

a. medisch specialistische behandeling;

b. opname in de laagste klasse van een instelling voor medisch specialistische zorg voor maximaal

365 dagen (na 365 dagen komen kosten voor rekening van de AWBZ);

c. verblijf, verpleging en verzorging;

d. paramedische zorg (bijvoorbeeld fysiotherapie, oefentherapie, ergotherapie, logopedie, de geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen;

e. laboratoriumonderzoek. (...)"

8.4. Artikel A.3.2. van 'Hoofdstuk A' van de zorgverzekering luidt, voor zover hier van belang:

"In deze verzekeringsvoorwaarden staat op welke dekking u recht hebt. Deze dekking omvat zorg die voldoet aan de volgende eisen:

a. de inhoud en omvang van deze zorg worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk of door wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten; (...)"

8.5. De artikelen A.3.2. van 'Hoofdstuk A' van de zorgverzekering en B.4.2. van 'Hoofdstuk B' van de zorgverzekering zijn volgens artikel A.2.4. van 'Hoofdstuk A' van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.6. 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 vergoeding van de kosten van zorg of een andere dienst.

Medisch-specialistische 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 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.

Artikel 13 Zvw regelt de aanspraak op vergoeding indien een verzekerde kiest voor een zorgaanbieder die niet door de zorgverzekeraar is gecontracteerd.

8.7. 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 ziektekostenverzekeraar 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.

8.8. 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. Verzoekster is naar een andere EU-lidstaat, namelijk België, 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.

9.2. Verzoekster heeft voorafgaand aan de behandeling de ziektekostenverzekeraar om toestemming gevraagd. De ziektekostenverzekeraar heeft tijdig aan verzoekster medegedeeld dat hij van mening is dat geen sprake is van een verzekerde prestatie, zodat noch op grond van de verordening, noch op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering aanspraak op de zorg bestaat. Met betrekking tot de vraag of sprake is van een verzekerde prestatie geldt het volgende.

9.3. Mede gelet op het door de ziektekostenverzekeraar ingenomen standpunt, is de vraag of het plaatsen van een MoM-prothese op 8 januari 2012 voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering.

9.4. 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.


- 9.5. 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.
- 9.6. Een onderzoek naar dergelijke kwalitatieve onderzoeken met betrekking tot MoM-prothesen is door het Zorginstituut uitgevoerd, en de bevindingen hiervan zijn in het advies van 22 september 2014 verwoord. De conclusie van het advies is dat deze zorg niet langer conform de stand van de wetenschap en praktijk is en daarmee geen verzekerde prestatie onder de zorgverzekering. Deze conclusie maakt de commissie tot de haren en zij neemt het advies van het Zorginstituut over.
- 9.7. Dit betekent dat verzoekster de gevraagde toestemming op grond van Vo nr. 883/2004 terecht is onthouden en dat ook op grond van de zorgverzekering geen aanspraak bestaat op de onderhavige zorg.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.8. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor heupprothesen, zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden toegewezen.

Gewekt vertrouwen


- 9.9. Verzoekster heeft aangevoerd dat zij erop heeft mogen vertrouwen dat de onderhavige ingreep wordt vergoed. Deze stelling baseert zij op (i) de brief van de ziektekostenverzekeraar van 14 november 2012, (ii) het telefoongesprek van de zelfde datum met een medewerker van de ziektekostenverzekeraar, en (iii) de eerdere vergoeding van een MoM-prothese. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.
- 9.10. Uit zowel de brief van de ziektekostenverzekeraar van 14 november 2012 als de notitie van het telefoongesprek met verzoekster op de zelfde dag, blijkt niet dat een toezegging is gedaan, inhoudende dat de kosten van de ingreep worden vergoed. Aan verzoekster is algemene informatie gegeven over een ingreep bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder in het buitenland. Haar is tevens gezegd dat vooraf een aanvraag moest worden ingediend, hetgeen ook is gebeurd. De beoordeling van een ingediende aanvraag kan ook tot een afwijzing leiden, zoals bekend mag worden verondersteld. Verzoekster heeft de uitkomst van de beoordeling echter niet afgewacht, en heeft de ingreep laten plaatsvinden. Zij heeft hiermee het risico genomen dat de kosten ervan niet worden vergoed.

- 
- 9.11. Ook de eerdere vergoeding van een MoM-prothese leidt niet tot een ander oordeel. Zoals door de ziektekostenverzekeraar is toegelicht, kan de uitkomst van de beoordeling aan de hand van het criterium stand van de wetenschap en praktijk onderhevig zijn aan veranderingen. Zo kan het zijn dat er behandelingen in het verzekerde pakket komen die hun nut en veiligheid hebben bewezen. Het is echter ook mogelijk dat bepaalde behandelingen uit het verzekerde pakket verdwijnen omdat deze niet langer veilig blijken te zijn. Een vergoeding van een ingreep in het verleden bindt de ziektekostenverzekeraar in dat geval niet voor de toekomst.



Conclusie

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



10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.



Zeist, 17 december 2014,



Voorzitter

