

ANONIEM

Bindend advies

Partijen : A te B vs C te D
Zaak : Geneeskundige zorg, buitenland, wervelkolomfixatie m.b.v. het Dynesys®
systeem
Zaaknummer : ANO07.402
Zittingsdatum : 19 december 2007

BINDEND ADVIES

Zaak: ANO07.402, 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 2007, art. 11, 13, 14 Zvw, 2.1 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 11 juni 2007 inzake het niet (volledig) vergoeden van een fixatie van de wervelkolom met behulp van het Dynesys® systeem, uitgevoerd te Gescher (Duitsland).

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker is bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorgplanverzekering, een verzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw) (hierna: de zorgverzekering). Verzoeker heeft ook een aanvullende verzekering bij de zorgverzekeraar.
- 3.2. Bij brief van 11 juni 2007 heeft de zorgverzekeraar verzoeker bericht dat de door hem ingediende declaratie betreffende een fixatie van de wervelkolom met behulp van het Dynesys® systeem, uitgevoerd te Gescher, niet (volledig) voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking komt.
- 3.3. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 19 juni 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker meegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. Bij brief van 2 juli 2007 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 13 augustus 2007 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt.
- 3.7. Bij brief van 29 oktober 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies als bedoeld in artikel 114 van de Zvw.
- 3.8. Eveneens op 29 oktober 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 (geen) gebruik gemaakt.
- 3.9. Het CVZ heeft op 27 november 2007 zijn advies gegeven en daarbij aangegeven dat verzoeker op grond van de tussen partijen afgesloten zorgverzekering geen aanspraak kan maken op vergoeding van de behandeling. Een afschrift hiervan is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 19 december 2007 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het College voor zorgverzekeringen. Verzoeker heeft van deze mogelijkheid gebruik gemaakt en zijn standpunt nog eens herhaald. De zorgverzekeraar heeft de conclusie van het CVZ onderschreven.
- 3.11. Bij brief van 20 december 2007 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden. In vervolg hierop heeft de commissie van het CVZ 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 in 1999 met spoed geopereerd aan een hernia op niveau L4/L5. Na een aantal jaren is de pijn weer gaan opspelen. In 2006 is verzoeker verteld dat hij met de pijn moet leren leven en dat na de ingreep littekenweefsel is ontstaan. Begin 2007 is de pijn ondraaglijk geworden. Verzoeker heeft via via van de praktijk van dokter Abbink gehoord. Nadat hij daar op 25 juli 2007 voor het eerste consult is geweest, kon de operatie binnen twee weken nadien plaatsvinden.
- 4.2. Verzoeker heeft contact opgenomen met de zorgverzekeraar. Tijdens dit contact is verzoeker medegedeeld dat de medisch adviseur akkoord is gegaan met de ingreep, maar dat het nog onbekend is welk bedrag wordt vergoed. Dokter Abbink had verzoeker in dit verband DBC code 111.365.223 opgegeven. Vervolgens heeft de zorgverzekeraar te kennen gegeven dat een bedrag van € 7.924,80 wordt vergoed. De totale kosten van de operatie zijn geraamd op € 15.122,00.
- 4.3. Verzoeker heeft contact opgenomen met de Maartenskliniek. Volgens verzoeker is hem daar verteld dat het plaatsen van een Dynesys® systeem wel wordt vergoed, ook door zorgverzekeraars die tot het zelfde concern behoren. De door dr. Abbink opgegeven DBC-code staat voor: pijn in de rug na één of meer operaties/operatie met klinische opname met gewrichtsprothese, en is in dit geval de juiste.

5. Het standpunt van de zorgverzekeraar

- 5.1. Bij brief van 11 juni 2007 is aan verzoeker medegedeeld dat de onderhavige rugoperatie vergoed wordt volgens het in Nederland geldende tarief met een gemiddeld toeslagpercentage. In totaal wordt aan verzoeker een bedrag van € 7.924,80 vergoed.
- 5.2. Bij brief van 19 juni 2007 is aan verzoeker medegedeeld dat het Dynesys® systeem experimenteel is en dat de kosten derhalve niet vergoed kunnen worden. Ter zitting is hier aan toegevoegd dat dit niet anders is voor de Maartenskliniek. Daar reeds aan verzoeker schriftelijk was medegedeeld dat hij recht heeft op eerder genoemd bedrag, wordt die mededeling niet teruggedraaid. Een volledige vergoeding is echter niet aan de orde.

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. Ten aanzien van de aanvullende verzekering is de commissie niet bevoegd.

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.
- 7.2. Het betreft hier een mixpolis. Vergoeding voor medisch-specialistische zorg staat vermeld in Hoofdstuk 2; artikel 2A van de zorgverzekering. Hierin wordt, voor zover hier van belang, het volgende bepaald:

“Voor de vergoeding van de kosten respectievelijk verstrekking van deze vormen van zorg is een verwijzing noodzakelijk door een huisarts of bedrijfsarts. Dit geldt niet voor acute zorg. (...). De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen medisch specialisten als zorg plegen te bieden”

Ten aanzien van de inhoud en de omvang van de aanspraak op zorg wordt vervolgens in Hoofdstuk 1; artikel 2D, voor zover hier van belang, bepaald:

“De aanspraak op zorg of vergoeding van kosten van zorg zoals in de

zorgpolis en de daarbij behorende polisvoorwaarden is omschreven, wordt mede naar inhoud en omvang bepaald door de wetenschap en praktijk, dan wel, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

In Hoofdstuk 1; artikel 2D is, voor zover hier van belang, opgenomen:

“De verzekerde heeft slechts recht op zorg voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.”

In Hoofdstuk 2; artikel 3A is, voor zover hier van belang, bepaald:

“De verzekerde die woont in Nederland, heeft naar keuze aanspraak op:
- zorg door een zorginstelling of zorgaanbieder die door {de zorgverzekeraar} in het buitenland is gecontracteerd;
- vergoeding van kosten van zorg van een niet door {de zorgverzekeraar} gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling conform de aanspraken van het Zorg Plan tot maximaal:
- indien dit bij een aanspraak wordt genoemd, de lagere vergoeding of de eigen bijdrage die verzekerde verschuldigd is;
- het op dat moment op basis van de Wet tarieven gezondheidszorg vastgestelde (maximum-)tarief;
- indien en voorzover geen op basis van de Wet tarieven gezondheidszorg vastgesteld (maximum-)tarief bestaat, het in Nederland geldende marktconform bedrag.

- 7.3. Volgens Hoofdstuk 1; artikel 2A van de zorgverzekering is de verzekeringsovereenkomst gebaseerd op de Zvw, het Bzv, met de daarbij behorende Rzv, met inbegrip van de daarbij behorende toelichting, en het door de verzekeringnemer ingevulde aanvraagformulier.
- 7.4. 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. Geneeskundige zorg is naar aard en omvang omschreven in de artikelen 2.1 en 2.4 van het Bzv. In artikel 2.1, tweede lid is 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. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.6. In dit geval is de operatie verricht door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Hoofdstuk 2; artikel 3A 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.

7.7 Daargelaten dat de onderhavige ingreep is verricht door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, is in de onderhavige kwestie de kernvraag of een fixatie van de wervelkolom met behulp van het Dynesys® systeem, beoordeeld naar de internationale stand van de wetenschap en de praktijk, heeft te gelden als zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering.

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, blindering, mate van behandelingseffect, follow-up en statistische analyse.

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.

- 7.9 Een onderzoek naar dergelijke kwalitatieve onderzoeken met betrekking tot een fixatie van de wervelkolom met behulp van het Dynesys® systeem is door het CVZ in zijn advies van 23 juni 2005 uitgevoerd, waarbij is geconcludeerd dat deze behandeling, volgens de terminologie in het kader van de toenmalige Ziekenfondswet, niet “gebruikelijk” is “in de internationale kring van de beroepsgenoten”. In mei 2007 heeft het CVZ, blijkens zijn advies van 27 november 2007, nog gezocht naar aanvullende publicaties over de betreffende behandeling, doch dit heeft niet geleid tot een herziening van het standpunt. De commissie neemt de conclusie van het CVZ over en maakt deze tot de hare. Dit leidt tot de slotsom dat geen sprake is van een behandeling die behoort tot de stand van de wetenschap en de praktijk, en dat het hier derhalve geen verzekerde prestatie op grond van de zorgverzekering betreft. Dit betekent ook dat de discussie over de vraag of de juiste DBC-code, met bijbehorend tarief is toegepast, tegen de achtergrond van de gedane toezegging dat € 7.924,80 zal worden vergoed, verder niet meer van belang is.
- 7.9 Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen
8. Het bindend advies
- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 10 januari 2008

Voorzitter