

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B in deze vertegenwoordigd door E te F vs C te D
Zaak	: Geneeskundige zorg, medisch-specialistische zorg, minimaal invasieve microscopische reconstructie spinaalkanaal en nucleotomie, buitenland
Zaaknummer	: 2008.01483
Zittingsdatum	: 19 november 2008

VOORLEGGER

Zaak: 2008.01483 Geneeskundige zorg, medisch-specialistische zorg, minimaal invasieve microscopische reconstructie spinaalkanaal en nucleotomie, 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. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, in deze vertegenwoordigd door E te F,
tegen

C te D, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen de beslissing van de zorgverzekeraar van 25 mei 2007 de kosten van de minimaal invasieve microscopische reconstructie van het spinaalkanaal in de Alpha Klinik niet te vergoeden.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de ZorgZó 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, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw).
- 3.2. De behandelend arts heeft bij verzoeker de volgende diagnose gesteld: "spinaalkanaalstenose L1/2, L2/3, L3/4, L4/5 en L5/S1". De behandelend zorgverlener heeft naar aanleiding van de gestelde diagnose een MIR®-minimaal invasieve reconstructie van het spinaalkanaal aangeraden.
- 3.3. Op 20 mei 2007 heeft de behandeling, op de vergoeding waarvan verzoeker aanspraak maakt, overeenkomstig de wijze zoals in de aanvraag vermeld, plaatsgevonden echter in combinatie met een nucleotomie eveneens op niveau L4/5.
- 3.4. In reactie op de aanvraag d.d. 30 april 2007 heeft de ziektekostenverzekeraar bij brief van 25 mei 2007 aan verzoeker medegedeeld geen grond voor vergoeding te zien.
- 3.5. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 16 augustus 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te handhaven. Met de brief van 13 september 2008 heeft de zorgverzekeraar dit nogmaals aan verzoeker medegedeeld.

- 3.6. Bij brief van 20 juni 2008 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.7. 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. Bij dit verzoek is een afschrift van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.8. De zorgverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en heeft de commissie bij brief van 15 september zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 19 september 2008 aan verzoeker gezonden.
- 3.9. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 29 september schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden.
- 3.10. Bij brief van 19 september 2008 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 24 oktober 2008 heeft het CVZ bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek voor zover dat ziet op de MIR af te wijzen op grond van het feit dat dit geen behandeling is welke voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Ten aanzien van de nucleotomie neemt het CVZ nog geen standpunt in nu naar zijn mening geen duidelijkheid is over de gebruikte techniek. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 28 oktober 2008 aan partijen gezonden.
- 3.11. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 19 november telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.12. Bij brief van 15 december 2008 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden 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 23 december 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 verzoeker
- 4.1. Verzoeker stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat zijn behandelend chirurg van het Delfzicht Ziekenhuis heeft geconstateerd dat conservatieve behandeling hem niet zou helpen. Zodoende heeft verzoeker contact opgenomen met een wervelkolomchirurg om te beoordelen of deze hem van zijn klachten af zou kunnen helpen. Verzoeker is toen bij de Alpha Klinik terechtgekomen, waar hij op 20 mei 2007 is geopereerd.
- 4.2. Verzoeker had voor deze zorgverzekeraar gekozen op grond van het feit dat in het vergoedingen overzicht 2006 stond, dat niet-spoedeisende hulp in het buitenland voor 100% (Nederlands tarief) wordt vergoed.

- 4.3. Verzoeker stelt dat de zorgverzekeraar in zijn brief van 16 augustus 2007 een toezegging heeft gedaan, gezien de zin: “Aan uw verzoek kunnen wij voldoen omdat de zorg binnen de huidige stand van der wetenschap en praktijk beschouwd als niet gebruikelijke zorg”. Ook het gesprek met mevrouw Bosma was positief. Deze medewerkster van de zorgverzekeraar was van mening dat “verzoeker zich geen zorgen hoefde te maken, en dat alles wel goed zou komen”.
- 4.4. De verklaring van het MRI centrum d.d. 24 juni 2008 spreekt van: “*prachtig uitgevoerde canalis reconstructie vanaf L1-L2 tot en met de L5-S*”. Volgens verzekerde ondergraaft dit de stelling van [naam zorgverzekeraar] dat het in casu gaat om een niet gebruikelijke zorg.
- 4.5. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat er een MIR en een nucleotomie zijn uitgevoerd. De gemachtigde van verzoeker verwijst naar een brief d.d. 17 november 2008 van prof. Dr. Ipreburg hierover. Het gaat in casu niet om een PTED maar om een ingreep volgens de gouden standaard. Deze brief zal nagezonden worden.
- 4.6. Verzoeker komt tot de conclusie dat zijn 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 sprake is van een behandeling die op grond van de internationale stand van de wetenschap en praktijk als onvoldoende beproefd en deugdelijk wordt bevonden. Om die reden is geen sprake van een verzekerde prestatie als bedoeld in artikel 8.4 van de zorgverzekering.
De verwijzing van de huisarts maakt dit niet anders.
- 5.2. Met betrekking tot de onjuiste zin in de brief van 16 augustus 2007, stelt de zorgverzekeraar dat het hier om een kennelijke verschrijving gaat. Omdat uit de strekking van dit schrijven en de inhoud van het overige dossier duidelijk blijkt dat sprake is van een afwijzing voor de onderhavige behandeling, kan deze kennelijke verschrijving niet leiden tot een toewijzing. Verder wordt opgemerkt dat de kennelijke verschrijving geen invloed heeft gehad op het handelen van verzekerde nu deze de operatie reeds had ondergaan op 20 mei 2007. Op 30 april 2007 is de machtiging aangevraagd, en bij schrijven van 25 mei 2007 is deze afgewezen. Dat een kennelijke verschrijving heeft plaatsgevonden in augustus 2007 kan dan ook niet de beslissing van verzekerde de behandeling te ondergaan in mei 2007 beïnvloeden hebben.
- 5.3. Ter zitting is door de zorgverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat, nu is gebleken dat er eerder een ingreep op het niveau L4/5 is gedaan, een endoscopische operatie geen verzekerde prestatie is.
- 5.4. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoeker 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.

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. Het betreft hier een restitutiepolis, zodat de verzekerde gebruik kan maken van niet gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in artikel 8 van de zorgverzekering.

Artikel 8.4 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat. Laatstgenoemd artikel luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

“Omschrijving:

geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch specialisten en verloskundigen die plegen te bieden, met inbegrip van het daarbij behorende laboratoriumonderzoek, en met uitzondering van de zorg zoals tandarts-specialisten die plegen te bieden, alsmede paramedische zorg (...)”

Verder is in artikel 8.2 van de zorgverzekering, voor zover hier van belang, het volgende geregeld:

“De inhoud en omvang van de zorgvormen ter zake waarvan recht op vergoeding van kosten van zorg bestaat, worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.”

- 7.2. De in de zorgverzekering opgenomen regeling met betrekking tot vergoeding van kosten van medisch-specialistische zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder in het buitenland strookt met het geregelde in de artikelen 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 van het Besluit zorgverzekering (Bzv).
- 7.3. In geschil is of een minimaal invasieve reconstructie van het spinaalkanaal, 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. Voorts is van belang de vraag of de nucleotomie welke in dezelfde operatie is uitgevoerd, voor vergoeding in aanmerking komt. Ten slotte moet de vraag worden beantwoord of de brief van de zorgverzekerder van 16 augustus 2007 moet worden gezien als een toezegging dat de aanspraak wordt vergoed.
- 7.4. Bij de beantwoording van de vraag of een minimaal invasieve reconstructie van het spinaalkanaal heeft te gelden als zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden 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 zorgverzekerders 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 bin-

nen- 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.

- 7.5. 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 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.

- 7.6. De commissie is van oordeel dat een minimaal invasieve reconstructie van het spinnaalkanaal c.q. wervelkanaal niet voldoet aan de maatstaven die mede bepaald worden door de internationale stand van de wetenschap en praktijk en evenmin in het betrokken vakgebied heeft te gelden als verantwoorde en adequate zorg. De commissie baseert zich daarbij op het advies van het College voor zorgverzekeringen (welk college een adviserende en voorlichtende rol heeft ten aanzien van de aard, omvang en inhoud van de te verzekeren prestaties in het kader van de zorgverzekering) van 10 oktober 2006, zaaknummer 26073544, waaruit blijkt dat zowel de Europese als de Amerikaanse richtlijnen melding maken van het volgende:

“er is slechts beperkt bewijs dat operatief ingrijpen effectiever is dan goede conservatieve behandeling. Indien toch operatief ingrijpen geïndiceerd is, is behandeling van eerste keus laminectomie en eventueel fusiechirurgie. De conclusie van het College voor zorgverzekeringen is dat er onvoldoende data zijn over de minimaal invasieve technieken bij wervelkanaalstenose. Er bestaan slechts twee beschrijvende studies, in totaal 200 à 300 patiënten.”

De minimaal invasieve chirurgische techniek, waartoe de MIR® gerekend moet worden, voor het opheffen van een lumbale wervelkanaalstenose is daarmee geen geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten plegen die te bieden, als bedoeld in artikel 8.4 van de zorgverzekering.

- 7.9 Wat betreft de percutane nucleotomie oordeelt de commissie dat nu, naar ter zitting door de zorgverzekeraar is gesteld, en door verzoeker niet, althans onvoldoende is bestreden, er in het verleden al een operatie op het zelfde niveau heeft plaatsgevonden, deze endoscopische in lijn met de jurisprudentie, niet conform de stand van de wetenschap en de praktijk kan worden beschouwd. Deze ingreep komt daarom niet voor vergoeding in aanmerking.

- 7.10 Het feit dat in het vergoedingen overzicht 2006 staat dat niet-spoedeisende hulp in het buitenland voor 100% (Nederlands tarief) wordt vergoed, doet hier niet terzake. In voornoemde overzicht staat te lezen:

Wij hebben deze tekst zo zorgvuldig mogelijk samengesteld, maar toch bondig en overzichtelijk gehouden. U kunt er geen rechten aan ontleen. Voor gedetailleerde informatie verwijzen wij u naar de desbetreffende polisvoorwaarden

- 7.11 Resteert nog de vraag of de door verzoeker geciteerde zin uit de brief van de zorgverzekeraar van 16 augustus 2007 kan worden beschouwd als een toezegging. De commissie is van oordeel dat dit niet het geval is, mede in het licht van de eerdere brief van de zorgverzekeraar van 25 mei 2007 en overigens de onbegrijpelijkheid van de geciteerde zinsnede in de brief van 16 augustus 2008. De commissie acht in dit verband bovendien van belang dat verzekerde zich reeds onder behandeling had gesteld voordat de bewuste brief in augustus 2007 werd ontvangen, zodat ook niet gezegd kan worden dat de inhoud van die brief van invloed is geweest op het handelen van verzoeker. De brief van 16 augustus 2007 kan dan ook naar het oordeel van de commissie niet als grondslag voor vergoeding dienen.
- 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, 28 januari 2009,

Voorzitter