

BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vs C te D
Zaak : Geneeskundige zorg, buitenland, cervicale microforaminotomie op niveau
C4-5, C5-6 en C6-7
Zaaknummer : 2007.0187
Zittingsdatum : 22 augustus 2007

Zaak: 2007.0187, geneeskundige zorg, buitenland, cervicale microforaminotomie op niveau C4-5, C5-6 en C6-7

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. T. Hartlief (voorzitter), mr. J.H.A. Teulings en mr. drs. P.J.J. Vonk)

(Voorwaarden zorgverzekering 2006, art. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1, 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 18 augustus 2006 inzake het niet vergoeden van een rugoperatie - te weten een cervicale microforaminotomie op de niveaus C4-5, C5-6 en C6-7 - in de Alpha Klinik te München (Duitsland).

3. Ontstaan en verloop van het geding

3.1. Verzoeker is bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de ZorgVerzorgdpolis, een verzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw) (hierna: de zorgverzekering), en een aanvullende verzekering.

3.2. Bij brief van 18 augustus 2006 heeft de zorgverzekeraar verzoeker bericht dat de in de Alpha Klinik te München (Duitsland) uit te voeren rugoperatie - te weten een cervicale microforaminotomie op de niveaus C4-5, C5-6 en C6-7 - niet wordt vergoed.

3.3. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 6 maart 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker meegedeeld zijn standpunt te handhaven.

3.4. Bij brief van 4 april 2007 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de onderhavige ingreep 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 6 juni 2007 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 5 juli 2007 aan verzoeker gezonden.

- 3.7. Bij brief van 9 juli 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen verzocht om advies, een en ander conform artikel 114 van de Zvw.
- 3.8. Tevens zijn partijen bij brief van 9 juli 2007 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 6 augustus 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 22 augustus 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 geen aanleiding gezien tot het geven van een reactie.
- 3.11. Bij brief van 27 augustus 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden. In vervolg hierop heeft de commissie op 4 september 2007 van het College voor zorgverzekeringen telefonisch 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 74-jarige man. Op 16 mei 2006 is hij door zijn neuroloog onderzocht in verband met uitstralende pijn vanuit de nek naar de armen, met name de rechterduim. Tevens is sprake van een stekende pijn in de rechterduimmuis. Deze klachten zijn in rust aanwezig en niet tijdens inspanning. Uit de MRI-scan, die op verzoek van de neuroloog op 22 mei 2006 is gemaakt, blijkt dat bij verzoeker sprake is van een mid- en laag cervicale matige tot ernstige degeneratieve verandering van de foramina beiderzijds. Er zijn geen aanwijzingen voor een hernia. Voorts blijkt uit een EMG-onderzoek dat verzoeker aan de rechterpols een carpaal tunnelsyndroom heeft. De neuroloog heeft verzoeker naar de plastisch-chirurg verwezen voor een decompressie van de nervus medianus in de pols. Indien daarna de pijnklachten niet over zijn, wordt geadviseerd het Pijnteam in te schakelen voor de nekproblematiek.
- 4.2. Verzoeker heeft zich vervolgens voor een second opinion tot de Alpha Klinik te München (Duitsland) gewend. Blijkens de brief van de behandelend medisch-specialist van 27 mei 2006 van dit behandelcentrum, heeft hij verzoeker tijdens het spreekuur in Noordwijk gezien. Ook de medisch-specialist van de Alpha Klinik heeft een foramenstenose op de niveaus C4-5, C5-6 en C6-7 gediagnosticeerd. Hij heeft echter een cervicale microforaminotomie als passende behandeling geadviseerd, welke ingreep op 2 oktober 2006 in de Alpha Klinik te München is uitgevoerd.
- 4.3. Bij brief van 14 juni 2006 heeft verzoeker bij zijn zorgverzekeraar kenbaar gemaakt niet te kunnen berusten in het oordeel van de behandelend neuroloog, te weten 'te leren leven met de slijtage van de nekwervels'. Verzoeker heeft zich derhalve op eigen initiatief tot de Alpha Klinik gewend, waar hem is medegedeeld dat de stenoseklachten met een cervicale microforaminotomie behandeld kunnen worden. Verzoeker heeft zijn zorgverzekeraar daarbij gevraagd hem te informeren over de vraag of in

Nederland een identieke behandeling kan plaatsvinden en zo ja, waar hij zich hiervoor kan melden. Indien deze behandeling in Nederland niet voorhanden is, heeft verzoeker hem gevraagd te informeren over de voorwaarden waaronder hij zich kan laten behandelen in de Alpha Klinik en de wijze waarop de kosten gedeclareerd kunnen worden.

- 4.4. Verzoeker kan zich niet vinden in het oordeel van de zorgverzekeraar, dat de behandeling experimenteel is en geen adequate en verantwoorde zorg vormt. Hij geeft aan dat een behandeling in de Alpha Klinik bij een andere zorgverzekeraar wel grotendeels werd vergoed. Voorts is een gelijksoortige operatie in een ziekenhuis in Utrecht vergoed door weer een andere verzekeringsmaatschappij. Tevens is hem uit een artikel op de website van omroepmax.nl gebleken dat door zijn zorgverzekeraar een bedrag van € 15.000,00 is toegezegd voor een behandeling in het buitenland. Verzoeker vraagt zich af of dit wel adequate en verantwoorde zorg is.

- 4.5. Tot slot geeft verzoeker aan dat uit jurisprudentie van het Europese Hof van Justitie van begin mei 2006 blijkt dat zorg, genoten in een andere lidstaat van de Europese Unie, door Nederlandse zorgverzekeraars dient te worden vergoed.

5. Het standpunt van de zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar is van oordeel dat de klassieke behandeling van een wervelkanaalstenose bestaat uit een laminectomie, eventueel gevolgd door een fusieoperatie. De minimaal invasieve (microscopische en/of endoscopische) chirurgie bij een lumbale wervelkanaalstenose valt niet binnen de omvang van de geneeskundige zorg in de zin van de voorwaarden van de zorgverzekering, en is derhalve geen verzekerde prestatie.
- 5.2. Voorts stelt de zorgverzekeraar dat verzoeker op eigen initiatief op consult is geweest bij de arts van de Alpha Klinik. In het dossier bevindt zich derhalve geen deugdelijke verwijzing van de huisarts of de behandelend medisch-specialist van verzoeker, waardoor niet aan de administratieve voorwaarden van de zorgverzekering is voldaan.
- 5.3. De indicatie ontbreekt eveneens. Uit de stukken van de behandelend neuroloog blijkt immers dat verzoeker eerst doorverwezen is naar de plastisch chirurg voor het opheffen van het carpaal tunnelsyndroom in de rechterpols, en dat bij het persisteren van de klachten, de inschakeling van het Pijnteam voor de nekproblematiek de eerste behandeling van keuze is.
- 5.4. Voor zover verzoeker zich beroept op het gelijkheidsbeginsel, kan de zorgverzekeraar dit niet honoreren, omdat verzoeker geen concrete gegevens heeft overgelegd, waaruit blijkt dat hier sprake is van wezenlijk gelijke gevallen. Voorts kan een eventuele toestemming naar het oordeel van de zorgverzekeraar niet gestoeld zijn op de basisverzekering. En zelfs als de zorgverzekeraar in een individueel geval de basisverzekering onjuist heeft toegepast, kan dit er niet toe leiden dat de zorgverzekeraar voortaan is gehouden om een dergelijke onjuiste toepassing te continueren.

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 en is nader omschreven in overweging 3.1 van het bindend advies. 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 naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel gebruik dient te maken van gecontracteerde zorg. Vergoeding voor geneeskundige zorg staat vermeld in artikel 8.4 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Artikel 8.4 lid 1 bepaalt wanneer aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat en onder welke voorwaarden. Hierin is, voor zover hier relevant, het volgende opgenomen:

"Geneeskundige zorg omvat zorg zoals (. . .) medisch specialisten (. . .) die plegen te bieden, met inbegrip van daarbij behorende laboratoriumonderzoek (. . .)"

Na lid 8 is in het derde blok vermeld:

*"Voor bovenstaande verzekerde prestatie: Zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden, niet behorend tot het DBG segment B en niet van plastisch-chirurgische aard
Kan verzekerde zich wenden tot: Medisch Specialist (. . .)
Op voorwaarden van verwijzing door huisarts, medisch specialist (. . .)
Vindplaats welke aanbieder is gecontracteerd: website. "*

7.3. Voorts wordt in artikel 8.2 van de zorgverzekering ten algemene bepaald:

"De inhoud en omvang van de zorgvormen ter zake waarvan recht op zorg bestaat wordt mede 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."

7.4. De mogelijkheid van vergoeding van de kosten in geval de zorg of dienst wordt betrokken van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder wordt geregeld in artikel 11 onder b van de zorgverzekering en luidt, voor zover in dit kader relevant:

"Voor zover verzekerde die zorg of een andere dienst betreft van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, heeft hij recht op vergoeding van de kosten van deze zorg of andere dienst overeenkomstig hetgeen hieronder bij 'Vergoeding bij niet gecontracteerde zorgaanbieder' is bepaald. "

- 7.5. De hoogte van de vergoeding van de kosten wordt geregeld in artikel 11 onder e van de zorgverzekering en luidt, voor zover in dit kader relevant:

"Zorgverzekeraar vergoedt de kosten van zorg die is verleend door een ter zake van die zorg niet-gecontracteerde zorgaanbieder overeenkomstig het WTG-tarief, en bij het ontbreken daarvan de kosten voor zover deze in de Nederlandse marktomstandigheden passend zijn te achten.(..)"

- 7.6. Vergoeding van kosten van zorg in het buitenland is geregeld in artikel 13 van de zorgverzekering. Voor zover hier van belang wordt bepaald:

"Ten aanzien van de vergoeding van kosten van zorg in het buitenland wordt toepassing gegeven aan EG-Verordening 1408/11 (..)

a. De verzekerde die woont in Nederland, heeft aanspraak op de vergoeding van kosten van zorg van een aanbieder buiten Nederland conform artikel 11.

b. In het geval dat verzekerde de zorg inroept van een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde aanbieder of instelling vindt vergoeding van kosten van zorg plaats conform het bepaalde in artikel 11.

(. ..)

e. In de gevallen bedoeld in de voorgaande leden vindt, indien zorgverzekeraar vooraf toestemming heeft verleend voor het inroepen van zorg in een ander land dan het woonland, volledige vergoeding van kosten van zorg plaats. "

- 7.7. De regeling van de artikelen 8.2, 8.4, 11 en 13 is volgens artikel 2 van de zorgverzekering, gebaseerd op de Zvw, het Bzv en de Rzv.

- 7.8. 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. Artikel 13 van de Zvw regelt de vergoeding in geval wordt gekozen voor een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde aanbieder.

Waar het gaat om geneeskundige zorg, is een en ander naar inhoud en omvang omschreven in de artikelen 2.1 lid 2 en 2.4 lid 1 van het Bzv.

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.

Voorts blijkt uit de toelichting op de Zvw dat onder geneeskundige zorg mede begrepen wordt medisch onderzoek en paramedische zorg, alsook genees-, verband- en hulpmiddelen .

- 7.9. De commissie constateert dat de eerder genoemde voorwaarden van de zorgverzekering stroken met de toepasselijke regelgeving.

- 7.10 De vraag is of een cervicale microforaminotomie bij een cervicale foramenstenose, 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.

- 7.11. De commissie sluit in deze aan bij de in de medische wereld gangbare benadering 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 onderzoeksopzet, onderzoekspopulatie, controlegroep, randomisatie, blinding, mate van behandelingseffect, follow-up en statistische analyse.
- 7.12. 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 beroepsgeenoten .
- Indien geen gerandomiseerde studies aangetroffen worden, wordt bewijs 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 evidence van een lagere orde wel voldoende is om een uitspraak te kunnen doen over de (meer)waarde van een behandeling.
- 7.13. Een onderzoek naar dergelijke kwalitatieve onderzoeken met betrekking tot de onderhavige behandeling bij een cervicale foramenstenose is door het CVZ in zijn advies van 6 augustus 2007 uitgevoerd en de conclusie daarvan neemt de commissie over en maakt deze tot de hare.
- 7.14. Uit deze onderzoeksgegevens concludeert de commissie dat thans géén voldoende 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.
- Daarbij is de behandeling ook in de praktijk niet als algemeen geaccepteerd te beschouwen, nu daarover geen gezaghebbende meningen vanuit de beroepsgroep zijn te vinden. De cervicale microforaminotomie bij cervicale foramenstenose valt derhalve naar de huidige stand der wetenschap en praktijk niet als gebruikelijk in de inter-

ationale kring der beroepsgenoten aan te merken.

De commissie komt daarom tot de conclusie dat de onderhavige behandeling niet als een verzekerde prestatie in de zin van de zorgverzekering heeft te gelden .

- 7.15. Nu de gevraagde behandeling niet kwalificeert als geneeskundige zorg die ten laste van de zorgverzekering voor vergoeding in aanmerking komt, kan naar het oordeel van de commissie de vraag naar de indicatie en de verwijzing in het midden blijven. Om dezelfde reden kan verzoekers beroep op de jurisprudentie van het Europese Hof van Justitie niet slagen.
- 7.16. Met betrekking tot de stelling van verzoeker dat een medepatiënt van dezelfde medisch-specialist, die tevens verzekerde is bij deze zorgverzekeraar, de behandelingen wél grotendeels vergoed heeft gekregen, oordeelt de commissie dat deze stelling voor de beslissing in de onderhavige zaak onvoldoende onderbouwd is en derhalve niet kan leiden tot toewijzing van het verzoek.
- 7.17. De commissie kan geen uitspraak doen over de mogelijkheid van een uitkering op basis van coulance, nu dit uitsluitend tot de beleidsvrijheid van de zorgverzekeraar behoort. Dit zou slechts anders kunnen zijn indien het gevoerde coulancebeleid tot een vast beleid is verworpen. Hiervan is de commissie echter niet gebleken.
- 7.18. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

8. Het bindend advies

- 8.1 De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 12 september 2007,


Voorzitter