

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vs C te D.
Zaak : Geneeskundige zorg, buitenland, minimaal invasieve decompressie van
een lumbale wervelkanaalstenose
Zaaknummer : ANO07.224
Zittingsdatum : 5 september 2007

Zaak: ANO07.224, geneeskundige zorg, buitenland, minimaal invasieve decompressie van een lumbale wervelkanaalstenose

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 verzoekster,

tegen

C te D, hierna te noemen de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen het besluit van de zorgverzekeraar van 18 augustus 2006 inzake het niet vergoeden van een rugoperatie – te weten een minimaal invasieve decompressie van een lumbale wervelkanaalstenose – in de Alpha Klinik te München (Duitsland).

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster is bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de ZorgVerzorgdpolis, een verzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw) (hierna: de zorgverzekering).
- 3.2. Bij brief van 18 augustus 2006 heeft de zorgverzekeraar verzoekster bericht dat de in de Alpha Klinik te München (Duitsland) uit te voeren rugoperatie – te weten een minimaal invasieve decompressie van een lumbale wervelkanaalstenose – niet zal worden vergoed.
- 3.3. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 6 maart 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster meegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. Bij brief van 4 april 2006 heeft verzoekster 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 verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 37,00 voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster 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 verzoekster 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 bij brief van 9 juli 2007 partijen in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Van de mogelijkheid zich te doen horen is door verzoekster en de zorgverzekeraar gebruik gemaakt.
 - 3.9. Het College voor zorgverzekeringen heeft op 7 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. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 5 september 2007 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het College voor zorgverzekeringen. Verzoekster heeft van deze mogelijkheid geen gebruik gemaakt. De zorgverzekeraar heeft evenmin aanleiding gezien tot het geven van een reactie.
 - 3.11. Bij brief van 6 september 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden. In vervolg hierop heeft de commissie op 13 september 2007 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 verzoekster
- 4.1. Verzoekster is een 77-jarige vrouw. Zij heeft slijtageklachten met betrekking tot de lumbale wervelkolom, waaraan niets was te doen, met uitzondering pijnbestrijding.
 - 4.2. Verzoekster heeft zich vervolgens op eigen initiatief voor een second opinion tot de Alpha Klinik te München (Duitsland) gewend. De medisch-specialist van de Alpha Klinik heeft in of omstreeks mei 2006 een duidelijke wervelkanaalstenose op L4-5 links en lateraal en een beginnende stenose op de niveaus L1-2, L2-3 en L4-5 vastgesteld. Hij heeft hierop een minimaal invasieve microscopische decompressie van de lumbale wervelkanaalstenosen als passende behandeling geadviseerd, welke ingreep op 5 oktober 2006 in de Alpha Klinik te München is uitgevoerd.
 - 4.3. Bij brief van 14 juni 2006 heeft verzoekster bij haar zorgverzekeraar gevraagd haar te informeren over de vraag of in Nederland een identieke behandeling kan plaatsvinden en zo ja, waar zij zich hiervoor kan melden. Indien deze behandeling in Nederland niet voorhanden is, vraagt verzoekster haar te informeren over de voorwaarden waaronder zij zich kan laten behandelen in de Alpha Klinik en de wijze waarop de kosten gedeclareerd kunnen worden.
 - 4.4. De ondergane behandeling is niet experimenteel en levert een adequate en verantwoorde zorg op. Een behandeling in de Alpha Klinik wordt door een andere zorgverzekeraar wel grotendeels werd vergoed. Voorts is een gelijksoortige operatie in een ziekenhuis in Utrecht vergoed door weer een andere verzekeringsmaatschappij. Uit een artikel op de website van omroepmax.nl blijkt dat door haar zorgverzekeraar een

bedrag van € 15.000,00 is toegezegd voor een behandeling in het buitenland.

- 4.5. 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 nog 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 is verzoekster op eigen initiatief op consult 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 verzoekster, waardoor niet aan de administratieve voorwaarden van de zorgverzekering is voldaan.
- 5.3. Het beroep op het gelijkheidsbeginsel kan de zorgverzekeraar dit niet honoreren, omdat verzoekster geen concrete gegevens heeft overgelegd, waaruit blijkt dat hier sprake is van wezenlijk gelijke gevallen. Voorts kan een eventuele aan een andere verzekerde verleende toestemming 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.

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 DBC 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, dat voor zover in dit kader relevant, luidt:

“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 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 1408/71 (...)
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 minimaal invasieve decompressie van een lumbale wervelkanaalstenose, 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 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 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 dit bewijs 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 een minimaal invasieve decompressie van een lumbale wervelkanaalstenose is door het CVZ in zijn advies van 7 augustus 2007 uitgevoerd en de conclusie daarvan neemt de commissie over en maakt zij tot de hare.
- 7.14. Uit genoemd onderzoek kan ten aanzien van de onderhavige behandeling het volgende worden opgemaakt.
Zoekopdrachten in de meest relevante databases leveren de volgende informatie op. Uit de database van het United States National Institutes of Health blijkt dat met betrekking tot de minimaal invasieve microdecompressie van een lumbale wervelkanaalstenose geen gegevens bekend zijn. Voorts levert de database van Pubmed één onderzoek op waarbij 30 patiënten betrokken waren. Op de site van de INAHTA en van de Cochrane library is geen informatie aangetroffen in verband met de minimaal invasieve decompressie van de lumbale wervelkanaalstenose.
Voorts is via Google een inaugurele rede gevonden van 2005 met betrekking tot de ‘microdecompressionsoperation bei degeneratieve lumbaler Spinalkanalstenose’. Hoewel de resultaten daarin bemoedigend zijn, ontbreekt het in het daar genoemde onderzoek naar de minimaal invasieve behandelingen aan een controlegroep.
- 7.15. Uit deze onderzoeksgegevens concludeert de commissie dat thans géén gerandomiseerd dubbelblind vergelijkend klinisch onderzoek van goede kwaliteit en van voldoende omvang beschikbaar is, en evenmin voldoende kwalitatief bewijs van een lagere orde.
Daarbij is de behandeling ook in de praktijk niet als algemeen geaccepteerd te beschouwen, nu deze slechts op beperkte schaal wordt toegepast. De minimaal invasieve decompressie van een lumbale wervelkanaalstenose valt derhalve naar de huidige stand der wetenschap en praktijk niet als gebruikelijk in de internationale kring der beroepsgenoten aan te merken.
Tegen de achtergrond van bovenstaande komt de commissie tot de conclusie dat de onderhavige behandeling niet als een verzekerde prestatie op grond van de zorgverzekering heeft te gelden.
- 7.16. 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 een beroep op de jurisprudentie van het Europese Hof van Justitie niet slagen. Ook daarvoor geldt dat eerst moet worden vastgesteld dat de be-

handeling tot de verzekerde prestaties behoort.

- 7.17. 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, overweegt de commissie als volgt. Uit de door verzoeker ingebrachte onderbouwing van deze stelling is niet op te maken welke behandeling exact vergoed wordt, welke indicatie de betreffende verzekerde heeft, en evenmin of de vergoeding ten laste van de hoofdverzekering, respectievelijk een aanvullende verzekering heeft plaatsgevonden, dan wel op basis van coulance. De commissie is daarom van oordeel dat deze stelling voor de beslissing in de onderhavige zaak onvoldoende onderbouwd is en derhalve in de onderhavige zaak niet van belang.
- 7.18. De commissie doet geen uitspraak over de mogelijkheid van een positieve beslissing op basis van coulance, nu dit tot de beleidsvrijheid van de zorgverzekeraar behoort. Dit zou slechts anders kunnen zijn indien het gevoerde coulancebeleid tot een vast beleid van de zorgverzekeraar is geworden. Hiervan is de commissie echter niet gebleken. Wel is de commissie de mening toegedaan dat het de zorgverzekeraar zou hebben gesierd tijdig te wijzen op een mogelijk alternatief voor de onderhavige behandeling.
- 7.19. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

8. Het bindend advies

- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 19 september 2007,

Voorzitter