

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B vs C te D
Zaak	: Geneeskundige zorg buitenland, minimaal invasieve microscopische chirurgie van een lumbale wervelkanaalstenose
Zaaknummer	: ANO07.085
Zittingsdatum	: 2 mei 2007

Zaak ANO07.085, Geneeskundige zorg, buitenland, minimaal invasieve microscopische chirurgie van een lumbale wervelkanaalstenose

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2006, art. 11, 13 en 14 Zvw, 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 19 juli 2006 inzake het niet vergoeden van minimaal invasieve microscopische chirurgie van een lumbale wervelkanaalstenose in het buitenland, te weten 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 Basisverzekering Zorg Verzorgd, een verzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), (hierna: de zorgverzekering).
- 3.2 Bij brief van 19 juli 2006 heeft de zorgverzekeraar verzoekster bericht dat op basis van de zorgverzekering de behandeling in de Alpha Klinik te München niet vergoed zal worden.
- 3.3 Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 18 oktober 2006 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn standpunt niet te wijzigen.
- 3.4 Bij brief van 21 november 2006 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht de zorgverzekeraar op te dragen de totale kosten van de behandeling in de Alpha Klinik te vergoeden.
- 3.5 Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, heeft 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 29 januari 2007 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt.

- 3.7 Bij brief van 16 maart 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen verzocht om advies, een en ander conform artikel 114 van de Zvw.
- 3.8 Op 22 maart 2007 is verzoekster 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 verzoekster op 29 maart 2007 afgezien, terwijl de zorgverzekeraar op 3 april 2007 heeft aangegeven niet te willen worden gehoord.
- 3.9 Het College voor zorgverzekeringen heeft op 17 april 2007, op de voet van artikel 114 lid 3 van de Zvw, zijn advies gegeven. Een afschrift hiervan is aan partijen gezonden.

4. Het standpunt van verzoekster

- 4.1 Verzoekster geeft aan dat zij al meer dan een jaar met rugklachten kampt. Nadat zij in een televisieprogramma de behandelend medisch specialist had gezien, heeft zij hem opgebeld. Het bleek dat hij maandelijks spreekuur houdt in Noordwijk. Omdat de klachten toenamen heeft verzoekster gebeld met de Alpha Klinik; verzoekster kon terecht op 20 april 2006 en reeds op 21 april 2006 kon zij geopereerd worden. Volgens verzoekster was sprake van een stenose, vernauwing en een cyste tussen de zenuwkanalen die deze rugklachten veroorzaakten. Verzoekster verklaart zich als herboren te voelen, nu zij de operatie heeft ondergaan en af is van haar rugklachten.
- 4.2 Verzoekster verklaart voorts dat zij erg blij is dat zij heeft doorgezet. De neuroloog met wie zij belde toen de rugklachten verergerden, had pas na twee weken tijd om haar te zien. Volgens verzoekster moest zij gedurende die tijd paracetamol innemen om de pijn wat te verzachten. Daarbij mag een ieder zelf bepalen in welk (Europees) land men zorg betreft, aldus verzoekster.

5. Het standpunt van de zorgverzekeraar

- 5.1 De zorgverzekeraar verwijst naar zijn polisvoorwaarden en geeft aan dat een behandeling als de onderhavige in het buitenland alleen vergoed kan worden indien wordt voldaan aan de voorwaarden; er sprake is van zorg en verzoekster redelijkerwijs op de zorg in kwestie is aangewezen. Er dient voldaan te zijn aan het gebruikelijkheidscriterium. Bij de beoordeling of hier sprake van is, dienen alle relevante gegevens in aanmerking te worden genomen, waaronder met name de literatuur, wetenschappelijke onderzoeken en gezaghebbende meningen van specialisten. De medisch adviseur heeft gekeken of de ingreep 'minimaal invasieve microscopische chirurgie van een lumbale wervelkanaalstenose' als gebruikelijk kan worden aangemerkt. De medisch adviseur refereert aan een advies uit september 2006 van het College voor zorgverzekeringen. Dit college heeft toen geoordeeld dat een behandeling zoals de onderhavige niet als gebruikelijk kan worden beschouwd. Sinds die tijd is de medisch adviseur niet bekend met enige wijziging hierin, in die zin dat een dergelijke behandeling nu wel als gebruikelijk dient te worden aangemerkt.
- 5.2 Verder blijkt uit de gegevens dat verzoekster niet naar de Alpha Klinik is doorverwezen door een huisarts, dan wel een medisch specialist. Omdat verzoekster zonder een verwijzing, zoals wettelijk vereist, de operatie heeft ondergaan, is dit mede een grond om vergoeding van de kosten van de operatie af te wijzen. Zowel uit de brief van de neuroloog als uit die van de reumatoloog kan de zorgverzekeraar niet afleiden dat deze artsen voor verzoekster een indicatie voor een operatie hebben gesteld.

- 5.3 Tot slot merkt de zorgverzekeraar op dat aan artikel 13 onder b - de verzekerde mag zelf bepalen in welk (Europees) land hij zorg betreft - van de zorgverzekering niet wordt toegekomen daar in een eerder stadium al is vastgesteld dat de door verzoekster ondergane operatie niet voldoet aan de voorwaarden van de zorgverzekering.

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 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. Waar het vervolgens gaat om de onderhavige kosten, geldt het volgende.
- 7.2 Het betreft hier een naturapolis, zodat verzoekster in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg. Vergoeding van medisch specialistische zorg is geregeld in de artikelen 8.4 tot en met 8.17 van de zorgverzekering. In de voor de onderhavige relevante bepalingen wordt, voorzover van belang, het volgende aangegeven:

Artikel 8.4:

Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten en verloskundigen die plegen te bieden, (...).

Artikel 8.2:

De inhoud en omvang van de zorgvormen ter zake waarvan recht op zorg bestaat, worden 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.

Artikel 10:

a Onverminderd hetgeen is bepaald in artikel 8 heeft verzekerde op een zorgvorm slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
b De vraag of een verzekerde behoefte heeft aan een bepaalde vorm van zorg of een bepaalde andere dienst wordt slechts op basis van zorginhoudelijke criteria beantwoord.

Artikel 8.17

In voorkomende gevallen kan aanspraak worden gemaakt op andere vormen van zorg dan genoemd in deze overeenkomst, dan wel op de vergoeding van de kosten van deze zorg, als vaststaat dat de betreffende behandeling naar algemeen aanvaard inzicht tot een vergelijkbaar resultaat leidt, en zorgverzekeraar voorafgaand aan de behandeling toestemming heeft verleend en voor zover deze vormen van zorg niet bij of krachtens de wet zijn uitgesloten. Ook uitgesloten is experimentele zorg.

- 7.3 Op grond van artikel 2 van de polisvoorwaarden, vindt de zorgverzekering zijn grondslag in de Zvw, de daarop gebaseerde uitvoeringsbesluiten, en het door verzekeringnemer ingevulde aanvraagformulier. De inhoud van de verzekerings-overeenkomst is weergegeven in de modelovereenkomst en de zorgpolis. Deze worden geacht te voldoen aan de Zvw. In geval van strijdigheid prevaleert het bepaalde bij of krachtens de Zvw.
- 7.4 Voor de beoordeling van het onderhavige geschilpunt zijn de navolgende wettelijke bepalingen 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. Waar het gaat om geneeskundige zorg, is een en ander naar aard en omvang omschreven in artikel 2.4 van het Bzv. Het betreft onder andere zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden. In artikel 2.1 lid 2 van het Bzv is bepaald dat de inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten mede worden bepaald door de stand der wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten
Artikel 13 lid 1 van de Zvw regelt dat indien een verzekerde bepaalde vormen van zorg van een andere zorgaanbieder betreft, dan de zorgaanbieder waarmee de zorgverzekeraar een overeenkomst tot het leveren van zorg gesloten heeft, het de zorgverzekeraar is die de vergoeding van de voor deze zorg gemaakte kosten vaststelt. Artikel 14 lid 1 van de Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar op zorg-inhoudelijke criteria een doelmatigheidstoets mag toepassen. Artikel 14 lid 2 van de Zvw bepaald dat de zorgverzekeraar in zijn modelovereenkomst opneemt dat geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden, met uitzondering van acute zorg, slechts toegankelijk is na verwijzing door in die overeenkomst aangewezen categorieën zorgaanbieders, waaronder in ieder geval de huisarts.
- 7.5 De commissie constateert dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.6 In het onderhavige geval is in geschil of de uitgevoerde operatie kan worden aangemerkt als gebruikelijk in de (internationale) kring van de beroepsgenoten en daarmee sprake is van medisch specialistische zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden.
De commissie constateert dat een minimaal invasieve microscopische chirurgische ingreep van een lumbale HNP geen gebruikelijke zorg is in de zin van de zorgverzekering. Er is slechts een beperkt aantal artikelen gepubliceerd, hetgeen niet toereikend is om te kunnen spreken van een behandeling die voldoende beproefd en deugdelijk is bevonden. Met name over de lange termijneffecten van de ingreep is onvoldoende bekend. Verder ontbreekt in dit geval een gerichte verwijzing door de huisarts of een medisch specialist. De behandelend neuroloog zag geen noodzaak tot operatief ingrijpen.

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

8. Het bindend advies

8.1 De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 11 juni 2007

Voorzitter