

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B vs C. te D
Zaak	: Geneeskundige zorg, medisch-specialistische zorg, minimaal invasieve microscopische reconstructie spinaalkanaal L3/4 en L4/5, buitenland
Zaaknummer	: 2007.02631
Zittingsdatum	: 5 november 2008

BINDEND ADVIES

Zaak: 2007.02631 (Geneeskundige zorg, medisch-specialistische zorg, minimaal invasieve microscopische reconstructie spinaalkanaal L3/4 en L4/5, 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 2006, artt. 10, 11, 13 en 14 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 de beslissing van de zorgverzekeraar van 7 november 2006 dat verstrekking van een behandeling bestaande uit een minimaal invasieve microscopische reconstructie van het spinaalkanaal op de niveaus L3/4 en L4/5 in de Alpha Kliniek te München (hierna: de zorgverlener) vanuit de zorgverzekering niet mogelijk is.

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 Zorg Zeker 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). Tevens was ten behoeve van verzoeker een aanvullende ziektekostenverzekering afgesloten.
- 3.2. De behandelend zorgverlener heeft bij verzoeker de volgende diagnose gesteld: "spinaalkanaalstenose segment L3/4 en L4/5". In verband daarmee is op 7 november 2006 bij verzoeker een minimaal invasieve reconstructie van het spinaalkanaal op de niveaus L3/4 en L4/5 uitgevoerd.
- 3.3. De aanvraag voor deze behandeling heeft op 26 oktober 2006 plaatsgevonden. Bij brief van 7 november 2006 heeft de zorgverzekeraar verzoeker meegedeeld dat de onderhavige behandeling niet voor verstrekking vanuit de zorgverzekering in aanmerking komt.
- 3.4. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brieven van 1 mei 2007 en 18 juli 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker meegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.5. Bij brief van 12 december 2007 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehou-

den is alsnog over te gaan tot vergoeding van de op 7 november 2006 ondergane behandeling, ten laste van de zorgverzekering (hierna: het verzoek).

- 3.6. De commissie heeft verzoeker gevraagd een kopie van het polisblad te overleggen. Aan dit verzoek heeft verzoeker geen gehoor gegeven.
- 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 2 juli 2008 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 15 juli 2008 aan verzoeker gezonden.
- 3.9. Bij brief van 15 juli 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 29 juli 2008 heeft het CVZ bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek af te wijzen op de grond dat verzoeker geen indicatie heeft voor de door hem ondergane behandeling. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.10. Bij brief van 30 juli 2008 heeft de commissie verzoeker gevraagd om een afschrift van de onderliggende rekening(en). Afschriften van deze rekeningen heeft de commissie op 11 augustus 2008 ontvangen. Een afschrift hiervan is op dezelfde dag aan het CVZ gezonden. Het CVZ heeft bij brief van 19 augustus 2008 de commissie laten weten dat de rekeningen geen aanleiding geven het op 29 juli 2008 uitgebrachte advies te herzien.
- 3.11. Op 9 september 2008 is aan partijen een afschrift gezonden van de op 29 juli en 19 augustus 2008 door het CVZ uitgebrachte adviezen, alsmede van de op 11 augustus 2008 ontvangen rekeningen.
- 3.12. Bij brief van 23 september 2008 heeft het CVZ een nadere uitleg op zijn vorenge-noemde adviezen gegeven. Daarbij heeft het CVZ zijn voorlopige advies van 29 juli 2008 gewijzigd, in die zin dat de door verzoeker ondergane operatie niet voldoet aan het criterium van de stand van de wetenschap en praktijk en derhalve geen te verzekeren prestatie is en verzoeker geen aanspraak kan maken op vergoeding van de kosten daarvan.
- 3.13. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 5 november 2008 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.14. Bij brief van 11 november 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 14 november 2008 de commissie meegedeeld 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 hij twijfelde aan de door de neuroloog gestelde diagnose. Aangezien zijn rugklachten steeds erger werden – hij kon niet meer recht lopen, had uitval in beide benen en had af en toe geen gevoel meer in zijn benen – en behandeling in Nederland geen resultaat had, heeft verzoeker op eigen initiatief voor een second opinion de zorgverlener bezocht, alwaar een Spinaalkanaalstenose L3/4 en L4/5 wordt vastgesteld. De voorgestelde operatie, te weten een minimaal invasieve microscopische reconstructie van het spinaalkanaal op de niveaus L3/4 en L4/5, wordt door de Duitse ziektekostenverzekeraar vergoed. Verder stelt verzoeker dat de behandeling reeds veelvuldig en met bijna 100 percent succes door de zorgverlener is toegepast. Teneinde verdere schade te voorkomen is de operatie op zeer korte termijn uitgevoerd. Zodoende was het ook niet mogelijk om vooraf aan de operatie aan de vereiste voorwaarden te voldoen, zoals een gerichte verwijzing. Verder verklaart verzoeker een klein inkomen te hebben, met welk inkomen hij niet in staat is de rekening van de operatie te betalen. Familieleden hebben de kosten voorgeschoten.
- 4.2. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat hij het onbegrijpelijk vindt dat het CVZ, na aanvankelijk het standpunt te hebben ingenomen dat de uitgevoerde operatie voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en derhalve een verzekerde prestatie is in het kader van de zorgverzekering maar dat verzoeker daarvoor geen indicatie heeft, in zijn derde en laatste advies van 23 september 2008 plotsklap tot de conclusie komt dat *geen* sprake is van een behandeling die voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Verzoeker verzoekt de commissie het laatste advies van het CVZ niet over te nemen. Voorts heeft verzoeker ter zitting gemotiveerd uiteengezet waarom naar zijn mening wel degelijk sprake is van een indicatie voor de onderhavige operatie.
- 4.3. Voorts stelt verzoeker dat indien de operatie niet zou zijn uitgevoerd de kosten voor de overheid en de zorgverzekeraar, mede gezien zijn zeer jonge leeftijd, een veelvoud zou bedragen van de onderhavige kosten van de uitgevoerde operatie.
- 4.4. 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 een minimaal invasieve microscopische reconstructie van het spinaalkanaal geen behandeling is conform de stand van de wetenschap en praktijk en reeds om die reden niet voor verstrekking ten laste van de zorgverzekering in aanmerking komt. Bovendien ontbreekt de vereiste verwijzing.
- 5.2. Ter zitting is door de zorgverzekeraar aangevoerd dat, aangezien geen sprake is van een behandeling die voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, alle vervolgvragen, zoals de vraag of verzoeker een indicatie voor de behandeling heeft, buiten beschouwing kunnen en zijn gebleven.
- 5.3. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden 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. De commissie is daarentegen niet bevoegd ten aanzien van de aanvullende verzekering.

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. In geschil is de vraag of verzoeker aanspraak kan maken op vergoeding van de kosten van de door hem op 7 november 2006 bij de buitenlandse zorgverlener ondergane behandeling, bestaande uit een minimaal invasieve microscopische reconstructie van het spinaalkanaal op de niveaus L3/4 en L4/5, ten laste van de zorgverzekering. Ten aanzien hiervan overweegt de commissie het volgende.
- 7.2. Het betreft hier een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in artikel 3 van de zorgverzekering en het restitutiereglement van de zorgverzekeraar. Zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder is geregeld in artikel 3 lid 4 van de zorgverzekering. Artikel 7 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:

” Voor in de artikelen 7 tot en met 17 genoemde vormen van zorg is een verwijzing noodzakelijk door uw huisarts, gecontracteerd bedrijfsarts, medisch specialist of, (...). De omvang van deze te verlenen hulp wordt begrensd door hetgeen medisch specialisten als zorg plegen te bieden en hetgeen gebruikelijk is.”

Artikel 1 van de zorgverzekering definieert ‘gebruikelijke zorg’ als volgt:

“Behandeling die door de internationale wetenschap voldoende beproefd en deugdelijk is bevonden. Voor de beoordeling daarvan sluiten wij ons aan bij de uitspraak van de Centrale Raad van Beroep van 30 september 2004, te weten dat hierbij alle relevante gegevens in aanmerking dienen te worden genomen waaronder met name literatuur, wetenschappelijke onderzoeken en gezaghebbende meningen van deskundigen. Beslissingen worden op basis van de beste evidence genomen.”

Zorg in het buitenland is geregeld in artikel 23 van de zorgverzekering.

- 7.3. De zorgverzekering is volgens artikel 2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Besluit zorgverzekering (Bzv) met de daarbij behorende Regeling zorgverzekering (Rzv), met inbegrip van de daarbij behorende toelichting. Verder volgt uit artikel 1 onder d van de Zvw dat een zorgverzekering niet meer of minder mag bieden dan daaromtrent is bepaald in de wet en de daarop gebaseerde regelgeving, met name het Bzv en de Rzv.
- 7.4. 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, 13 en 14 Zvw, 2.1, 2.2 en 2.4 Besluit zorgverzekering (Bzv).
- 7.5. Uit de stukken, waaronder het “Entlassungsbericht” van 10 november 2006, komt naar voren dat bij verzoeker een minimaal invasieve microscopische reconstructie

van het spinaalkanaal L3/4 en L4/5 heeft plaatsgevonden. De vraag die primair beantwoord dient te worden 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.

- 7.6. 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, blinding, mate van behandelingseffect, follow-up en statistische analyse.
- 7.7. 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 worden aangetroffen en daarvoor plausibele, zwaarwegende argumenten aanwezig zijn, kunnen bewijsvoeringen 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 worden 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.
- 7.8. Zoals de commissie eerder heeft overwogen (zie onder andere GcZ, 31 juli 2008, zaaknummer 2007.01599), voldoet de onderhavige behandeling – te weten de minimaal invasieve reconstructie van het spinaalkanaal c.q. wervelkanaal – niet aan de maatstaven die mede bepaald worden door de internationale stand van de wetenschap en praktijk en heeft de behandeling evenmin in het betrokken vakgebied te gelden als verantwoorde en adequate zorg. De commissie baseert zich daarbij op het advies van het CVZ (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, RZA 2007/10, waarin onder meer wordt aangegeven dat uit de internationale richtlijnen (zowel Europees als Amerikaans) blijkt dat:

“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.”

Verder komt het CVZ in zijn hiervoor genoemde advies tot de conclusie dat:

*“er onvoldoende data zijn over de minimaal invasieve technieken bij wervelkanaalstenose. Er bestaan slechts twee beschrijvende studies, in totaal 200 à 300 patiënten.
(...)”*

Op basis van de toepasselijke regelgeving en het advies van de medisch adviseur is het College van mening dat noch de endoscopische transforaminale benadering van een lumbale hernia nucleï pulposi (HNP) noch de minimaal invasieve benadering voor de lumbale wervelkanaalstenose aangemerkt kunnen worden als “gebruikelijk in de (internationale) kring van de beroepsgenoten” en daarmee niet vallen onder de omvang van de geneeskundige zorg, zoals bepaald in het Besluit Zv.”

- 7.9. Het CVZ is in zijn advies van 23 september 2008, na aanvankelijk een ander standpunt te hebben ingenomen, eveneens tot de conclusie gekomen dat de door verzoeker ondergane operatie niet voldoet aan de internationale stand van de wetenschap en praktijk.
- 7.10. Gezien het voorgaande komt de commissie tot het oordeel dat de onderhavige behandeling niet heeft te gelden als zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering en mitsdien niet voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking komt. Door verzoeker zijn geen feiten of omstandigheden aangevoerd die tot een ander oordeel aanleiding geven.
- 7.11. Verder is in artikel 7 van de zorgverzekering – voor zover hier van belang en overeenkomstig het geregelde in artikel 14 Zvw – geregeld, dat voor medisch-specialistische zorg een verwijzing door een huisarts, gecontracteerd bedrijfsarts of medisch-specialist noodzakelijk is.
De commissie heeft reeds eerder geoordeeld (o.a. GcZ 4 juli 2007, ANO07.118) dat van een deugdelijke verwijzing sprake is, indien de verwijzing aan de volgende voorwaarden voldoet:
1. De verwijzing moet afkomstig zijn van een huisarts of specialist die ingeschreven staat in het register van erkende huisartsen van de KNMG, respectievelijk in het specialistenregister van de KNMG of een vergelijkbaar register in een andere Europese lidstaat.
 2. De verwijzing moet tenminste een specifieke vraagstelling inhouden aan een met name genoemde arts of ter beoordeling van een met name genoemd specialisme c.q. afdeling van een instelling.
- 7.12. Verzoeker beschikt niet over een aan de ondergane behandeling voorafgaande verwijzing van een huisarts, gecontracteerd bedrijfsarts of medisch-specialist. Bovendien kunnen de brieven van de huisarts van 15 januari 2007 en de fysiotherapeut van 16 januari 2007, die zijn gericht aan de zorgverzekeraar en/of geen specifieke vraagstelling bevatten inzake de behandeling van de klachten van verzoeker, niet worden be-

schouwd als een deugdelijke verwijzing als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering.

7.13. 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 november 2008,

Voorzitter