

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B, vs C te D
Zaak	: Geneeskundige zorg buitenland, MIR L2-S1
Zaaknummer	: ANO08.125
Zittingsdatum	: 28 mei 2008

Zaak: ANO08.125, geneeskundige zorg buitenland, MIR L2-S1

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 en 11 Zvw, 2.1, 2.2 en 2.4 Bzv)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen verzoekster,

tegen

A te B, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen de beslissing van de zorgverzekeraar van 16 oktober 2007 de door haar ondergane behandeling in Duitsland niet te vergoeden.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Basispolis (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, Zvw.
- 3.2. De behandelend orthopeed heeft bij verzoekster de volgende diagnose gesteld: "werkelkanaalstenose niveau L2-S1 en een prolaps op niveau L4-5". Verzoekster heeft naar aanleiding van de gestelde diagnose bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten verbonden aan een "MIR op 4 niveau's" ten laste van de zorgverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 16 oktober 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat haar aanspraak is afgewezen.
- 3.3. Op 23 juli 2007 heeft de behandeling, op de vergoeding waarvan verzoekster aanspraak maakt, overeenkomstig de wijze zoals in de aanvraag vermeld, plaatsgevonden.
- 3.4. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 21 november 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.5. Bij brief van 19 december 2007 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar is gehouden de aanspraak alsnog in te willigen.
- 3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 37,00 voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de moge-

lijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren.

- 3.7. De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie bij brief van 16 april 2008 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 17 april 2008 aan verzoekster toegezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 25 april 2008 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden. De zorgverzekeraar heeft op 7 mei 2008 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden.
- 3.9. Bij brief van 17 april 2008 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw, gevraagd. Bij brief van 20 mei 2008 heeft het CVZ bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek van verzoeker af te wijzen omdat de door haar ondergane rugoperatie niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Een afschrift van het CVZ-advies is met dit bindend advies aan partijen gezonden.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Verzoekster stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat zij ondraaglijke pijnen leed waartegen weinig medicatie voorhanden was vanwege haar allergieën en haar herseninfarcten. In Nederland was zij uitbehandeld. Uiteindelijk is zij bij de Alpha Klinik in München (Duitsland) terecht gekomen. Daar heeft men haar gezegd dat een operatie, die 80-90 percent kans van slagen had, haar pijnklachten kon wegnemen. Zij heeft daarop een aanvraag ingediend bij de zorgverzekeraar. Op het antwoord heeft zij niet kunnen wachten, aangezien haar om extra aanvullende informatie werd gevraagd terwijl zij ondraaglijke pijnen leed.
- 4.2. Verzoekster stelt primair dat het gebruikelijkheidscriterium niet dient te worden toegepast in situaties waarbij een behandeling succesvol blijkt te zijn en de resultaten blijvend zijn.
Subsidiair stelt zij dat de afwijzing op grond van het gebruikelijkheidscriterium niet is gemotiveerd. De onderzoeken die door het CVZ worden genoemd ter onderbouwing van de stelling dat de door haar ondergane zorg niet gebruikelijk is, zijn al anderhalf jaar oud. Verzoekster stelt dat deze onderzoeken als verouderd moeten worden beschouwd.
Voorts stelt zij dat de diagnose en de behandeling in Nederland en in München vrijwel identiek zijn. Het enige verschil is de wijze van benadering, de gebruikte operatietechniek. Mede gezien de ervaring in München heeft de wijze van behandeling aldaar meer mogelijkheden en veel minder bijwerkingen. Waarom deze behandelingsvorm nog altijd als niet-reguliere zorg wordt beschouwd is voor verzoekster onbegrijpelijk.
- 4.3. Verzoekster stelt dat niet behandelen op de lange termijn, alleen al in verband met langdurige pijnbestrijding en thuiszorg, tot veel meer kosten had geleid voor de zorgverzekeraar.
- 4.4. Verzoekster heeft een verklaring overgelegd van een verzekerde van een andere zorgverzekeraar waarin door die verzekerde gesteld wordt dat zij haar zorgverzekeraar een zogenaamde MIR-operatie betaalbaar is gesteld.
- 4.5. Verzoekster komt tot de conclusie dat haar 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 zorg uitsluitend voor vergoeding in aanmerking komt ten laste van de zorgverzekering, indien sprake is van zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden. Ter bepaling of aan dit vereiste wordt voldaan wordt het “gebruikelijkheidscriterium” toegepast. Onderzoek naar de gebruikelijkheid van de onderhavige behandeling heeft, mede op grond van een literatuursearch van het CVZ van 10 oktober 2006, tot de conclusie geleid dat geen sprake is van zorg die medisch specialisten plegen te bieden als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 5.2. De door de medisch adviseur van verzoeker gestelde vraag naar de courantheid van het CVZ-advies van oktober 2006 wordt door geen enkele medische en/of juridische uitspraken onderbouwd. De beoordelingsprocedure over wel of niet gebruikelijke zorg is duidelijk uiteengezet in de uitspraak van 10 oktober 2006. De procedure om tot een uitspraak over hernia-operaties te komen is landelijk door betrokken partijen als valide geaccepteerd. Opname in het verstrekkingenpakket komt eerst tot stand na een wetenschappelijke beoordeling van de resultaten over de totale behandelde groep patiënten.
- 5.3. Verzoekster kan zich niet met succes beroepen op het feit dat een andere zorgverzekeraar incidenteel een behandeling vergoedt die niet tot het verstrekkingenpakket behoort.
- 5.4. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoekster 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. De commissie is daarentegen niet bevoegd ten aanzien van de aanvullende verzekering.

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. Het betreft hier een restitutiepolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 1 e.v. van de “Lijst van Aanspraken” van de zorgverzekering. Artikel 2 van de “Lijst van Aanspraken” van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg en onderzoek bestaat.

“b. Klinische medisch-specialistische zorg (...)

Omschrijving:

Medisch specialistische behandeling en het verblijf, al dan niet gepaard gaande met verpleging en verzorging. De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen medisch specialisten als zorg plegen te bieden. De aanspraak omvat de met de behandeling en onderzoek gepaard gaande verpleging, alsmede de bij de behandeling behorende geneesmiddelen hulpmiddelen en verband middelen.

(...)

Prestatie: vergoeding van de kosten.

Machtiging: ja, vooraf bij (dag)opnames voor plastisch chirurgische behandelingen

Verwijzing: huisarts, (...) of medisch specialist. Dit geldt niet voor acute zorg.

(...)"

Artikel 11 van de "Lijst van Aanspraken" van de zorgverzekering regelt de vergoeding van zorg in het buitenland.

"(...)

2. De verzekerde die woont of verblijft in een ander EU/EER-land of een Verdragsland dan Nederland, heeft naar keuze:

a. aanspraak op zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag;

b. aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg conform de zorgverzekering: tot maximaal het op dat moment op basis van de Wet tarieven gezondheidszorg vastgestelde (maximum) tarief, indien de zorg binnen Nederland zou zijn verleend; (...)"

- 7.2. De regeling in de artikelen 2 en 11 van de "Lijst van Aanspraken" van de zorgverzekering is volgens artikel 2 van de zorgverzekering/van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Bzv en de Rzv.
- 7.3. Artikel 11, lid 1, onderdeel b 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 vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.
Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in de artikelen 2.1 en 2.4 van het Bzv.
- 7.4. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.5. De vraag is of een MIR bij een wervelkanaalstenose op niveau L2-S1, 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 vol-

ledig 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 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.
- 7.8. Een onderzoek naar dergelijke kwalitatieve onderzoeken met betrekking tot een MIR op de niveaus L2-S1 bij een wervelkanaalstenose is door het CVZ in zijn adviezen van 10 oktober 2006, zaaknummer 26073544, en 20 mei 2008 uitgevoerd en de conclusie daarvan neemt de commissie over en maakt zij tot de hare.
- 7.9. 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, aangezien daarover geen gezaghebbende meningen vanuit de beroepsgroep zijn te vinden. De minimaal invasieve reconstructie bij een wervelkanaalstenose op de niveaus L2-S1 valt derhalve naar de huidige stand der wetenschap en praktijk niet als gebruikelijk in de internationale 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.
- 7.10. Voor zover het verzoek ziet op de kostenbesparing oordeelt de commissie als volgt. Een verzoek om vergoeding of verstrekking ten laste van de zorgverzekering kan enkel en alleen worden toegewezen als de gewenste behandeling onder de dekking van de zorgverzekering valt, hetgeen in casu niet het geval is. Dit laatste betekent dat noch bij de beslissing op het verzoek door de zorgverzekeraar, noch bij de beoordeling in geschil van die beslissing enige ruimte is voor de vraag of de gewenste behandeling in de toekomst een besparing oplevert.

- 7.11. Het beroep op het gelijkheidsbeginsel faalt eveneens. Zorgverzekeraars dienen op basis van de polisvoorwaarden te toetsen of een verzekerde in aanmerking komt voor (vergoeding van) zorg of overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Alle zorgverzekeraars in Nederland zijn voor wat betreft de inhoud van de zorgverzekering gebonden aan dezelfde wet- en regelgeving. Zij mogen niet meer of minder bieden dan de regelgeving hen toestaat. Zulks brengt met zich dat een zorgverzekeraar niet gehouden is over te gaan tot vergoeding of verstrekking van zorg als de polisvoorwaarden van de zorgverzekering daarvoor geen dekking bieden, ook niet als andere zorgverzekeraars dat - om welke reden ook - wel doen. Slechts indien een zorgverzekeraar van verzoekster een beleid voert waarbij meer wordt vergoed of verstrekt dan volgens de regelgeving inzake de zorgverzekering is toegestaan kan een verzekerde van die zorgverzekeraar op dat beleid een beroep doen. Aangezien verzoekster zich slechts beroept op het beleid van een andere zorgverzekeraar, kan haar dat niet baten.
- 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 mei 2008,

Voorzitter