

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, in deze vertegenwoordigd door E te F, vs C te D
Zaak : Geneeskundige zorg buitenland, indicatie spondylodese L4-5
Zaaknummer : 2008.01361
Zittingsdatum : 24 september 2008

Zaak: 2008.01361, Geneeskundige zorg buitenland, indicatie spondylodese L4-5

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, 11 en 13 Zvw, 2.1, 2.2 en 2.4 Bzv)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, in deze vertegenwoordigd door E te F
tegen

C te D, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen de beslissing van de zorgverzekeraar van 12 februari 2008 de spondylodese operatie 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 Zorg-op-maatpolis (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 (hierna: Zvw).

3.2. De behandelend neurochirurg heeft bij verzoekster de volgende diagnose gesteld: "Artrose L5-S1 met vernauwing van de discusruimte, beperkte bulging, facettaire artrose". Verzoekster heeft naar aanleiding van de gestelde diagnose bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten verbonden aan "een decompressie van de neurologische structuren en een stabilisatie van het instabiele segment door middel van een spondylodese op niveau L5-S1" ten laste van de zorgverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 12 februari 2008 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat haar aanspraak is afgewezen.

3.3. Op 14 februari 2008 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 16 april 2008 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn besluit te handhaven.

3.5. Bij brief van 15 mei 2008 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering.

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 mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren.

- 3.7. De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie bij brief van 18 juli 2008 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Op 6 augustus 2008 zijn nadere aanvullende stukken ontvangen. Afschriften hiervan zijn op 6 augustus 2008 aan verzoekster toegezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 19 augustus 2008 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden. De zorgverzekeraar heeft op 26 augustus 2008 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden.
- 3.9. Bij brief van 6 augustus 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 4 september 2008 heeft het CVZ de commissie geadviseerd tot nader onderzoek omdat onvoldoende duidelijk is of bij verzoekster, conform de daarvoor geldende richtlijnen, voldoende langdurige conservatieve revalidatiebehandeling heeft plaatsgevonden. 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, hoewel de aanvraag van 1 februari 2008 dateert, zij pas na aandringen op 12 februari 2008, één dag voor de geplande operatie, van de zorgverzekeraar heeft vernomen dat de onderhavige operatie niet zou worden vergoed. Was zij hiervan eerder op de hoogte gesteld, dan had zij nog andere acties kunnen ondernemen.
- 4.2. Verzoekster heeft zich voor informatie gewend tot het zorgkantoor van de zorgverzekeraar in Goes. Daar is haar medegedeeld dat de kosten voor deze operatie in België zonder problemen tot 90 percent van de gemaakte kosten, zouden worden vergoed.
- 4.3. Het is voor verzoekster onbegrijpelijk dat een medisch adviseur vanaf het papier de situatie beter kan beoordelen dan haar gespecialiseerde neurochirurg.
- 4.4. 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 verzoekster op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering slechts recht heeft op een vorm van zorg of dienst, voor zover zij daarop naar aard, inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. Het betreft als het ware een doelmatigheidstoets.
- 5.2. De zorgverzekeraar stelt dat chronisch lage rugpijn een zeer veel voorkomende klacht is. De behandeling hiervan bestaat volgens nationale en internationale richtlijnen uit een multidisciplinair revalidatieprogramma, eventueel met een cognitieve component. Voorts wordt gesteld dat een ingreep alleen wordt aanbevolen wanneer de zenuwen of het ruggenmerg worden bedreigd, zoals bij een echte discushernia of een spondylolisthesis (een spondylodese is dan aangewezen). Een indicatie voor een ingreep kan alleen worden gesteld nadat een optimaal conservatief traject is doorlopen. Hoewel uit het operatieverslag blijkt dat sprake is van een spondylolisthesis graad 0,5, bestaat pas bij graad 4 een reëel gevaar en is sprake van een harde operatie-indicatie voor een spondylodese. In de situatie van verzoekster dient de onderhavige operatie dan ook als ondoelmatige zorg te worden aangemerkt.

5.3. Met betrekking tot een eventuele toezegging door een medewerker stelt de zorgverzekeraar dat verzoekster telefonisch contact heeft gehad met het zorgkantoor in Goes. Uit de contacthistorie blijkt niet dat sprake is van een ondubbelzinnige en on-geclausuleerde toezegging door een van de medewerkers. Aan verzoekster is immers medegedeeld dat een opname altijd moet worden aangevraagd. De zorgverzekeraar acht zich dan ook niet gehouden de vermeende toezegging gestand te doen. Overigens schuilt er een risico in het zonder meer afgaan op telefonisch ingewonnen informatie. Ter vermindering van misverstanden had verzoekster een bevestiging van de vermeende toestemming dienen te vragen, dan wel het gesprek terstond zelf dienen te bevestigen. Nu dat niet is gebeurd ligt het risico daarvan bij verzoekster.

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. Bij de beoordeling van geschillen aan de hand van de toepasselijke polisvoorwaarden neemt de commissie de datum van aanvang van de zorgvraag tot uitgangspunt. Het geschil zal daarom worden beoordeeld op grond van de polisvoorwaarden van 2007, en niet op grond van de door verzoekster met het dossier meegezonden polisvoorwaarden van 2008.

7. De beoordeling van het geschil

7.1. Het betreft hier een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de zorgverzekeraars gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 19 e.v. van de zorgverzekering. Artikel 20 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op geneeskundige zorg bestaat.

“lid 1

De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen medisch-specialisten als zorg plegen te bieden.”

Artikel 2, leden 4 en 5 van de zorgverzekering bepalen ten algemene:

“4. De aanspraak op zorg of vergoeding van kosten van zorg als in de zorgpolis omschreven wordt naar inhoud en omvang mede bepaald door de stand der wetenschap en praktijk, dan wel, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

5. De verzekerde heeft slechts recht op zorg voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen ”

7.2. De regeling in de artikelen 2 lid 4 en 20 van de zorgverzekering is volgens artikel 2.1 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Bzv en de Rzv.

7.3. Artikel 11, lid 1, onderdeel a 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 Zvw regelt de vergoeding in geval wordt gekozen voor een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde aanbieder.

Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in de artikelen 2.1 en 2.4 Bzv. In artikel 2.1, lid 2 Bzv is bepaald dat de aanspraak op zorg of vergoeding van de kosten van zorg als in de zorgpolis omschreven, naar inhoud en omvang mede bepaald worden door de stand van de wetenschap en de praktijk, dan wel, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

- 7.4. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.5. In geschil is of een posterieure lumbale intervertebrale fusie met behulp van een cage bij de onderhavige diagnose, beoordeeld naar de internationale stand van de wetenschap en praktijk, is te beschouwen als zorg die medisch specialisten 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 ten minste 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. Een onderzoek naar dergelijke kwalitatieve onderzoeken met betrekking tot de spondylodese bij de onderhavige diagnose is door het CVZ in zijn advies van 20 mei 2008 (zaaknummer 28033920) uitgevoerd. Dit advies sluit aan bij het aan de commissie gerichte CVZ-advies van 4 september 2008 (zaaknummer 28073522). De conclusie daarvan neemt de commissie over en maakt zij tot de hare.
- 7.9. Uit deze adviezen blijkt dat in de laatste jaren in toenemende mate tegelijkertijd met een decompressie-operatie een spondylodese wordt uitgevoerd. Een spondylodese, gelijktijdig met een laminectomie, kan aangewezen zijn in die situaties waarin sprake is van (dreigende) instabiliteit van de wervelkolom.
- 7.10. Voor zover het CVZ heeft geadviseerd tot nader onderzoek, omdat onvoldoende vaststaat of verzoekster redelijkerwijs op de operatie is aangewezen aangezien niet duidelijk is of verzoekster daaraan voorafgaand een voldoende langdurige conservatieve revalidatiebehandeling heeft ondergaan, oordeelt de commissie als volgt.
- 7.11. Uitgangspunt is dat medische verklaringen voorafgaand aan, dan wel tijdens de behandeling bepalend zijn voor het oordeel van de commissie.
- 7.12. Uit het CVZ-advies blijkt dat de medisch adviseur van het CVZ van oordeel is dat naar alle waarschijnlijkheid geen goede conservatieve behandeling heeft plaatsgevonden alvorens tot de operatie over te gaan. Verder wordt in de verwijzingsbrief van de huisarts van 29 oktober 2007 weliswaar gesteld dat verzoekster diverse malen is behandeld door een osteopaath. Dat laatste kan naar het oordeel van de commissie, gezien met name ook het in het advies van het CVZ geciteerde uit de website van de Dutch Spine Society met betrekking tot behandeling van chronisch lage rugpijn, duidelijk niet worden gezien als een voldoende langdurige medische en conservatieve revalidatiebehandeling. Het voorgaande komt er op neer dat verzoekster ten tijde van de ingreep redelijkerwijs niet op de onderhavige operatie was aangewezen. Verder onderzoek op dit punt is naar het oordeel van de commissie dan ook niet aangewezen.
- 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, 24 september 2008,

Voorzitter