

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vs C te D en E. te F
Zaak : Geneeskundige zorg Europa, spondylodese
Zaaknummer : 2008.01878
Zittingsdatum : 3 december 2008

Zaak: 2008.01878, geneeskundige zorg Europa, spondylodese

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. J.H.A. Teulings en mr. drs. P.J.J. Vonk)

(Voorwaarden zorgverzekering 2008, art. 10 en 11 Zvw, 2.1, 2.2 en 2.4 Bzv)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

Partij I:

C te D

en

Partij II:

E te F

hierna tezamen te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 20 mei 2008 de door verzoekster in Duitsland ondergane rugoperatie niet te vergoeden.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de ZorgZo polis (hierna: de zorgverzekering). Dit betreft een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (hierna: Zvw). Verder was verzoekster op dat moment bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd op basis van de Extra Verzorgd 3 polis (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 BW.
- 3.2. De behandelend orthopedisch chirurg heeft bij verzoekster de volgende diagnose gesteld: wervelkanaalstenose op niveau L3-4 en linkszijdige foramenstenose op niveau L4-5. Verzoekster heeft naar aanleiding van de gestelde diagnose bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten verbonden aan “een decompressie met foramenverwijding, facetdenervatie en stabilisatie d.m.v. een spondylodese met schroeven en stangen dan wel intercorporeel met een cage” ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 20 mei 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat haar aanspraak is afgewezen.
- 3.3. Op 12 maart 2008 heeft, in afwijking van hetgeen in de aanvraag was vermeld, de bovenvermelde behandeling plaatsgevonden met behulp van een Coflex® prothese (hierna: de behandeling), op de vergoeding waarvan verzoekster aanspraak maakt.

- 3.4. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 31 juli 2008 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.5. Bij brief van 11 augustus 2008 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering 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 ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren.
- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie bij brief van 16 september 2008 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 17 september 2008 aan verzoekster toegezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 26 september 2008 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De zorgverzekeraar heeft op 13 november 2008 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden.
- 3.9. Bij brief van 17 september 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 9 oktober 2008 heeft het CVZ bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek van verzoekster af te wijzen omdat een spondylodese met behulp van een Coflex® prothese niet voldoet aan het criterium “stand van de wetenschap en praktijk “ en verzoekster voor een consult niet beschikte over een deugdelijke verwijzing. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 3 december 2008 gehoord. Verzoekster in persoon en de zorgverzekeraar telefonisch. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.11. Bij brief van 3 december 2008 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting toegezonden 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 5 december 2008 de commissie medegedeeld 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 verzoekster

- 4.1. Verzoekster stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat zij al jaren met rugklachten kampt, deels ten gevolge van het syndroom van Verbiest. Op enig moment is zij in contact gekomen met dr. Abbink, een Duitse orthopeed, door wie zij graag een diagnose wilde laten stellen.
- 4.2. Aangezien verzoekster over een restitutiepolis beschikt, leek dit haar geen probleem. Telefonisch contact met de afdeling buitenland van de ziektekostenverzekeraar stelde dat een diagnostisch onderzoek in verband met de restitutiepolis geen probleem

was, doch dat zij bij een eventuele operatie een formulier buitenland moest invullen.

- 4.3. Na het onderzoek door dr. Abbink bleek dat een operatie moest plaatsvinden. Ten kantore van de ziektekostenverzekeraar in Enschede is een formulier buitenland ingevuld.
- 4.4. Verzoekster stelt dat zij in ieder geval aanspraak kan maken op het diagnostische onderzoek. Dit onderzoek staat los van de vraag of zij zich zal laten opereren en bovendien heeft zij normaliter recht op een second opinion.
- 4.5. Verzoekster stelt dat dezelfde behandeling bij dr. Abbink door andere ziektekostenverzekeraars wel wordt vergoed. Haar zus heeft voor dezelfde ingreep door dr. Abbink een maximumbedrag van € 16.100,00 vergoed gekregen, het bedrag dat in Nederland voor deze behandeling wordt berekend.
- 4.6. In de polisvoorwaarden staat niet vermeld dat artsen niet hun eigen methodes mogen gebruiken. Heel veel alternatieve geneeswijzen (ook niet wetenschappelijk bewezen) worden wel door de ziektekostenverzekeraar vergoed.
- 4.7. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat geen sprake is van een experimentele operatie nu deze behandeling aan de orde van de dag is in de Nederlandse gezondheidszorg.
- 4.8. Verzoekster komt tot de conclusie dat haar verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat de onderhavige operatie is uitgevoerd volgens een experimentele methode en met gebruikmaking van experimentele implantaten. De onderhavige operatie behoort daarmee niet tot de verzekerde prestaties die op grond van de zorgverzekering voor vergoeding in aanmerking komen.
- 5.2. Het eerste consult dient volgens de zorgverzekeraar niet te worden vergoed omdat dit consult niet kan worden losgezien van de onderhavige behandeling.
- 5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat een dergelijke experimentele behandeling door de Nederlandse ziekenhuizen niet onder een reguliere DBC-prestatiecode in rekening mogen worden gebracht.
- 5.4. De ziektekostenverzekeraar 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 en de ziektekostenverzekering, is de commissie bevoegd daarvan kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. In geschil is de vraag of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de door verzoekster in Duitsland ondergane rugoperatie geheel of gedeeltelijk te vergoeden en, zo ja, op welke grondslag.

De zorgverzekering

- 7.2. Het betreft hier een restitutiepols, zodat de verzekerde gebruik kan maken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen B10 e.v. van de zorgverzekering.

Artikel B24 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat. Voor zover hier van belang bepaalt dit artikel:

“Een medisch specialist is een arts die na zijn basisopleiding een specialistische opleiding heeft gevolgd en als medisch specialist geregistreerd is. Er zijn in Nederland ongeveer 30 verschillende specialismen. De meeste medisch specialisten zijn verbonden aan een ziekenhuis.

U heeft recht op vergoeding van kosten van:

- onderzoek en diagnostiek,*
- behandeling,*
- materialen die de medisch specialist gebruikt, zoals geneesmiddelen, verbandmiddelen of hulpmiddelen,*
- laboratoriumonderzoek.*
- second opinion.*

Sommige vormen van medisch specialistische zorg zijn in deze verzekeringsvoorwaarden apart beschreven. Kijk voor bijzonderheden onder het desbetreffende artikel. Dit zijn:

(...)

- Verblijf in het ziekenhuis (zie artikel B32),

(...)

Welke zorgaanbieder

U kunt voor medisch specialistische zorg naar een ziekenhuis en de medisch specialist die daaraan verbonden is, of naar een medisch specialist die een eigen praktijk heeft. U kunt ook naar een zelfstandig behandelcentrum dat specialistische zorg biedt.

(...)

Verwijzing en toestemming

U heeft een schriftelijke verwijzing nodig van uw huisarts, medisch specialist (...) Voor spoedeisende zorg heeft u geen schriftelijke verwijzing nodig. Voor zorg in het astma-centrum in Davos of Heideheuvel heeft u vóór de behandeling toestemming nodig van [naam zorgverzekeraar]. Voor behandeling van natte maculadegeneratie met Lucentis heeft u vóór de behandeling toestemming nodig van [naam zorgverzekeraar].”

Artikel B4 van de zorgverzekering legt uit wat onder stand van de wetenschap en praktijk wordt verstaan.

“Veel vormen van zorg zijn in de wet niet gedetailleerd omschreven maar zijn aangeduid als zorg zoals de desbetreffende beroepsgroepen ‘plegen te bieden’. Daarmee wordt de soort zorg aangegeven. Omdat vaak een gedetailleerde omschrijving ont-

breekt, geldt er een algemene regel. Die regel houdt in dat de verzekerde zorg mede wordt bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk. Dat betekent dat u verzekerd bent voor die zorg die de betrokken beroepsgroep tot het aanvaarde arsenaal van medische onderzoeks- en behandelingsmethoden rekent. (...)."

Ten aanzien van verblijf wordt in artikel B32 van de zorgverzekering, voor zover van belang, het volgende geregeld

"B32 Verblijf

Patiënten kunnen in overleg met de medisch specialist voor onderzoek, ingreep of ter observatie worden opgenomen. Als een patiënt meerdere dagen moet blijven, is hij "klinisch" opgenomen. Het verblijf in een ziekenhuis of instelling kan langdurig zijn. In dat geval zijn 365 dagen verzekerd in de Basisverzekering. De AWBZ verzekert verblijf na 365 dagen.

Welke zorg

U heeft recht op vergoeding van kosten van verblijf, gedurende het etmaal, dat medisch noodzakelijk is in verband met verloskundige zorg, medisch specialistische zorg en de bijbehorende noodzakelijke verpleging, verzorging, paramedische zorg en geneesmiddelen.

Welke zorgaanbieder

Het verblijf vindt plaats in het ziekenhuis, revalidatiecentrum of Zelfstandig Behandel Centrum (ZBC).

Toestemming

Als u voor revalidatie wordt opgenomen, heeft u bij een aantal instellingen vooraf toestemming van de ziektekostenverzekeraar nodig. U kunt een lijst van instellingen waarbij u geen machtiging nodig heeft vinden op onze website."

Met betrekking tot het begrip toestemming vermeldt artikel B7 van de zorgverzekering het navolgende:

"B7 Toestemming

Voor bepaalde vormen van zorg heeft u vóóraf schriftelijke toestemming van [naam ziektekostenverzekeraar] nodig. Waar dat het geval is, staat het vermeld en ook wat u moet doen om de toestemming te krijgen."

Het buitenlandartikel, artikel B9 van de zorgverzekering, bepaalt als volgt:

"B9 Buitenland

Bij zorg in het buitenland zijn de regels van deze verzekeringsvoorwaarden, EG-Verordening 1408/71 en bilaterale verdragen van toepassing. Voor zorg in het buitenland gelden de voorwaarden zoals hierna genoemd bij de verschillende zorgsoorten in de verzekeringsvoorwaarden.

Welke zorg

U heeft recht op vergoeding van kosten van zorg van een buitenlandse zorgaanbieder.

(...)

Als u woont of verblijft in een ander EU/EER-land of Verdragsland dan Nederland, kunt u kiezen uit:

- recht op zorg volgens de wettelijke regeling van dat land, of
- recht op vergoeding van kosten van zorg van een door [naam ziektekostenverzekeraar] gecontracteerde zorgaanbieder in de GGZ, of
- vergoeding van kosten van zorg door een niet gecontracteerde zorgaanbieder in de GGZ die u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder in de GGZ,
- recht op vergoeding van kosten van zorg tot maximaal het geldende WTG-tarief als de zorg in Nederland zou zijn verleend, of tot een in Nederland geldend marktconform bedrag.

(...)

Toestemming

Voor intramurale zorg in het buitenland, dat wil zeggen medische zorg met opname in een instelling van minimaal één nacht in een ander land dan uw woonland, heeft u voorafgaande toestemming van [naam zorgverzekeraar] nodig. Voorafgaande toestemming heeft u niet nodig als er sprake is van zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na uw terugkeer in Nederland."

- 7.3. De regeling in vorengenoemde artikelen van de zorgverzekering is volgens artikel B1 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Bzv en de Rzv.
- 7.4. Artikel 11, lid 1, onderdeel b 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 Bzv. In artikel 2.1, tweede lid 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. In artikel 2.2, lid 2 is vervolgens bepaald dat bij het bepalen van de vergoeding in mindering wordt gebracht de kosten die hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten. 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
- 7.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.6. Zowel op grond van de zorgverzekering als op grond van EG-Verordening 1408/71 dient sprake te zijn van een prestatie die onder de dekking van de zorgverzekering valt. Hiervan is sprake indien de door verzoekster ondergane behandeling op grond van de internationale stand van de wetenschap en praktijk voldoende deugdelijk en beproefd is bevonden. De vraag is derhalve of een dynamische spondylodese met behulp van een Coflex® prothese te gelden heeft als zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 7.7. 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 medi-

sche 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.

- 7.8. 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.

- 7.9. Een onderzoek naar dergelijke kwalitatieve onderzoeken is door het CVZ in zijn advies van 2 oktober 2007 (zaaknummer 27061525) uitgevoerd, en de conclusie daarvan neemt de commissie over en maakt zij tot de hare. Uit het CVZ-advies van 9 oktober 2008 blijkt dat een update van 30 juni 2008 met betrekking tot de gebruikelijkheid van de onderhavige zorg geen nieuwe inzichten oplevert. Op basis van deze gegevens komt de commissie tot de conclusie dat de onderhavige behandeling bij de diagnose van verzoekster, beoordeeld naar de internationale stand der wetenschap en de praktijk, niet te gelden heeft als zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden en daardoor niet als een verzekerde prestatie als bedoeld in de zorgverzekering kan worden beschouwd.
- 7.10. Met betrekking tot de vergoeding van het eerste consult ten behoeve van de onderhavige behandeling, oordeelt de commissie als volgt. Vaste rechtspraak van de commissie is dat een eerste consult naar aanleiding waarvan een behandeling volgt die niet heeft te gelden als zorg die medisch-specialisten plegen te bieden als be-

doeld in de voorwaarden van de zorgverzekering, niet voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking komt (Zie GcZ 19 december 2007, ANO 07.380). In dat kader is van belang dat de omvang van het verzekerde pakket van een zorgverzekering niet door de zorgverzekeraar doch door de wetgever wordt bepaald, waarbij deze om redenen van budgettaire aard welbewust ervoor heeft gekozen niet alle medisch noodzakelijke zorg in het verzekerde pakket op te nemen.

De aanvullende verzekering

- 7.11. Met betrekking tot niet-spoedeisende zorg bepaalt artikel E8.2 dat aanspraak bestaat op een aanvulling op de vergoeding uit de basisverzekering. Aangezien vanuit de basisverzekering geen vergoeding kan worden verleend, behoeft de aanspraak op grond van artikel E8.2 de aanvullende verzekering geen verdere bespreking meer.
- 7.12. Voor zover verzoekster een beroep doet op artikel E40, second opinion, oordeelt de commissie als volgt. Uit de omschrijving van artikel E40 blijkt dat het moet gaan om een oordeel of advies van een andere medisch specialist dan de behandelend arts. Deze deskundige geeft op verzoek zijn mening maar neemt de behandeling niet over. Aangezien de medisch specialist van verzoekster de onderhavige behandeling heeft uitgevoerd kan niet worden gesproken van een second opinion als bedoeld in de voorwaarden van de aanvullende verzekering.
- 7.13. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek, zowel ten laste van de zorgverzekering als ten laste van de aanvullende verzekering, dient te worden afgewezen.

8. Het bindend advies

- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 17 december 2008,

Voorzitter