

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vs C te D
Zaak : Geneeskundige zorg, buitenland, foraminotomie C3-7, plaatsen Fidji®
cage op niveau C3-4, en plaatsen Mobi-C® discusprothese niveau C4-5
Zaaknummer : ANO07.345
Zittingsdatum : 21 november 2007

Zaak: ANO07.345, geneeskundige zorg, buitenland, foraminotomie C3-7, plaatsen Fidji® cage op niveau C3-4 en plaatsen Mobi-C® discusprothese niveau C4-5

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2006, art. 10, 11 en 13 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 het besluit van de zorgverzekeraar van 2 maart 2007 inzake het niet vergoeden van een door hem gewenste nekoperatie – een cage spondylodese op niveau C3-4 en een cage stabilisatie op niveau C4-5 – in de Alpha Klinik in München (Duitsland)

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 ZorgVerzorgd polis, een verzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw) (hierna: de zorgverzekering) en een aanvullende verzekering.
- 3.2. Bij brief van 2 maart 2007 heeft de zorgverzekeraar verzoeker bericht dat de door hem gevraagde vergoeding van een behandeling in de Alpha Klinik in München – te weten een cage spondylodese op niveau C3-4 en een cage stabilisatie op niveau C4- niet voor vergoeding in aanmerking komt.
- 3.3. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 11 april 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker meegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. Bij brief van 7 juni 2007 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de onderhavige behandeling te vergoeden.
- 3.5. 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.

- 3.6. De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie op 30 augustus 2007 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 18 september 2007 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Bij brief van 21 september 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 van de Zvw.
- 3.8. Bij brief van 21 september 2007 zijn partijen in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Van de mogelijkheid zich te doen horen is door verzoeker en de zorgverzekeraar gebruik gemaakt.
- 3.9. Het College voor zorgverzekeringen heeft op 19 oktober 2007 zijn advies gegeven. Een afschrift hiervan is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 21 november 2007 gehoord; verzoeker in persoon, de zorgverzekeraar telefonisch. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het College voor zorgverzekeringen.
- 3.11. Bij brief van 28 november 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden. In vervolg hierop heeft de commissie van het College voor zorgverzekeringen bericht ontvangen dat hetgeen in de hoorzitting naar voren is gebracht geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies.

4. Het standpunt van verzoeker

- 4.1. Verzoeker is een 45-jarige man. Vanwege prikkelingsverschijnselen in de linkerarm is hij in augustus 2006 door zijn neuroloog geopereerd. Hierbij heeft een foraminotomie op niveau C3-4 plaatsgevonden.
- 4.2. Op 25 oktober 2006 is verzoeker opnieuw naar de neuroloog verwezen. De klachten in de arm zijn niet verbeterd en de tintelingen hebben zich nu naar beide zijden uitgebreid. Daarnaast heeft hij last van de benen, alsof hij ze niet onder controle heeft. Naar aanleiding hiervan is een MRI gemaakt, welke, met goedkeurende ondersteuning van zijn huisarts, is voorgelegd aan de orthopeed van de Alpha Klinik. Daar is in december 2006 vastgesteld dat sprake is van een discusversmalling met spondylose op de niveaus C3-7 en een stenose op niveau C3-4. Verzoeker is geadviseerd een cage spondylodese op niveau C3-4 en een cage stabilisatie op niveau C4-5 te laten uitvoeren.
- 4.3. Ten behoeve hiervan heeft verzoeker een aanvraag bij zijn zorgverzekeraar ingediend. Verzoeker kan zich niet vinden in de afwijzing. In Nederland heeft men slecht werk afgeleverd en in München werd voor 86% garantie gegeven dat het weer goed zou komen. Bovendien heeft een vriend de behandeling in München wel volledig goed gekregen.
- 4.4. Vervolgens is hij op 10 maart 2007 in de Alpha Klinik geopereerd. Uit het operatieverslag blijkt dat hierbij op de niveaus C3-5 een foraminotomie is uitgevoerd, dat op

niveau C3-4 een anterior cervical interbody fusion met behulp van een Fidji® cage in verband met osteochondrose en myelopathie heeft plaatsgevonden en dat op niveau C4-5 een Mobi-C® discusprothese is ingebracht in verband met cervicale instabiliteit.

- 4.5. Tot slot geeft verzoeker aan dat het enige doorslaggevende argument voor de zorgverzekeraar zijn individuele gezondheidssituatie dient te zijn. De vragen die hij de commissie wil voorleggen zijn of het plaatsen van een discusprothese bij gebrek aan andere alternatieven bij een gecontracteerde zorgaanbieder in Nederland aanmerkt kan worden als een gebruikelijke behandeling en of er binnen de bestaande wachttijd in de gezondheidszorg alternatieve mogelijkheden waren bij een gecontracteerde zorgverlener in Nederland.

5. Het standpunt van de zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar heeft verzoeker meegedeeld dat bij een aanvraag voorafgaande aan de behandeling, slechts een verwachting van een bepaalde vergoeding kan worden gegeven. Pas na afloop van de behandeling is definitief vast te stellen of vergoeding wordt toegekend en, zo ja, tot welke hoogte, waarbij het Nederlandse tarief de maximale hoogte bepaalt. Tevens is verzoeker geïnformeerd over de DBC-systematiek, waarbij het gehele behandelingstraject binnen één tarief valt. Op 2 maart 2007 heeft de zorgverzekeraar de gevraagde behandeling afgewezen.
- 5.2. Op 6 maart 2007 heeft de zorgverzekeraar een verzoek tot heroverweging ontvangen. Verzoeker is op 10 maart 2007 in de Alpha Klinik behandeld. Uit het operatieverslag bleek dat bij verzoeker een cage en een discusprothese is geplaatst. Omdat het plaatsen van een discusprothese op cervicaal niveau niet behoort tot zorg zoals medisch specialisten die hier te lande plegen te bieden, en naar het oordeel van de medisch adviseur van de zorgverzekeraar de medische noodzakelijkheid van de ingreep twijfelachtig was, heeft de zorgverzekeraar ook in het kader van de heroverweging negatief beslist.
- 5.3. De stelling van verzoeker dat de zorgverzekeraar de toestemming niet mag weigeren als een verzekerde de bestaande wachttijden niet kan afwachten, is niet ter zake doende nu niet duidelijk is welke indicatie verzoeker had, waarbij tevens sprake moet zijn van een gebruikelijke ingreep, hetgeen in casu evenmin het geval is. Ook de stelling van verzoeker dat hij in Nederland is uitbehandeld, is niet gebleken uit de medische stukken.
- 5.4. Hoewel de zorgverzekeraar begrip heeft voor het feit dat verzoeker het vertrouwen in de Nederlandse artsen verloren heeft en hij zich derhalve aan de behandeling van de artsen in Nederland heeft onttrokken, komt de onderhavige behandeling niet voor vergoeding in aanmerking.

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. De commissie is daarentegen niet bevoegd ten aanzien van de aanvullende verzekering.

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. De relatie tussen partijen wordt beheerst door een verzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het BW. 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.
- 7.2. Het betreft hier een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel gebruik dient te maken van gecontracteerde zorg. Vergoeding voor geneeskundige zorg staat vermeld in artikel 8.4 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
Artikel 8.4 lid 1 bepaalt wanneer aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat en onder welke voorwaarden. Hierin is, voor zover hier relevant, het volgende opgenomen:

*“Geneeskundige zorg omvat zorg zoals (...) medisch specialisten (...) die plegen te bieden, met inbegrip van daarbij behorende laboratoriumonderzoek (...)”
(...)*

Na lid 8 is in het derde blok vermeld:

*“Voor bovenstaande verzekerde prestatie: Zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden, niet behorend tot het DBC-segment B en niet van plastisch-chirurgische aard
Kan verzekerde zich wenden tot: Medisch specialist (...)
Op voorwaarden: van verwijzing door huisarts, medisch specialist (...)
Vindplaats welke aanbieder is gecontracteerd: website. Op verzoek wordt de lijst met gecontracteerde aanbieders toegezonden.”*

- 7.3. Voorts wordt in artikel 8.2 van de zorgverzekering ten algemene bepaald:

“De inhoud en omvang van de zorgvormen ter zake waarvan recht op zorg bestaat wordt 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.”

- 7.4. De mogelijkheid van vergoeding van de kosten in geval de zorg of dienst wordt betrokken van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder wordt geregeld in artikel 11 onder b van de zorgverzekering en luidt, voor zover in dit kader relevant:

“Voor zover verzekerde die zorg of een andere dienst betreft van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, heeft hij recht op vergoeding van de kosten van deze zorg of andere dienst overeenkomstig hetgeen hieronder bij ‘Vergoeding bij niet ge-

contracteerde zorgaanbieder' is bepaald."

- 7.5. De hoogte van de vergoeding van de kosten wordt geregeld in artikel 11 onder e van de zorgverzekering en luidt, voor zover in dit kader relevant:

"Zorgverzekeraar vergoedt de kosten van zorg die is verleend door een ter zake van die zorg niet-gecontracteerde zorgaanbieder overeenkomstig het Wtg-tarief, en bij het ontbreken daarvan de kosten voor zover deze de Nederlandse marktomstandigheden passend zijn te achten.(...)"

- 7.6. Vergoeding van kosten van zorg in het buitenland is geregeld in artikel 13 van de zorgverzekering. Voor zover hier van belang wordt bepaald:

"Ten aanzien van de vergoeding van kosten van zorg in het buitenland wordt toepassing gegeven aan EG-Verordening 1408/71 (...)

a. De verzekerde die woont in Nederland, heeft aanspraak op de vergoeding van kosten van zorg van een aanbieder buiten Nederland conform artikel 11.

b. In het geval dat verzekerde de zorg inroept van een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde aanbieder of instelling vindt vergoeding van kosten van zorg plaats conform het bepaalde in artikel 11.

(...)

e. In de gevallen bedoeld in de voorgaande leden vindt, indien zorgverzekeraar vooraf toestemming heeft verleend voor het inroepen van zorg in een ander land dan het woonland, volledige vergoeding van kosten van zorg plaats."

- 7.7. De regeling van de artikelen 8.2, 8.4, 11 en 13 is volgens artikel 2 van de zorgverzekering, gebaseerd op de Zvw, het Bzv en de Rzv.

- 7.8. In het kader van het onderhavige geschil is de volgende regelgeving 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.

Artikel 13 van de Zvw regelt de vergoeding in geval wordt gekozen voor een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde aanbieder.

Geneeskundige zorg is naar inhoud en omvang geregeld in de artikelen 2.1 lid 2 en 2.4 lid 1 van het Bzv.

In artikel 2.2 van het Bzv wordt bepaald dat kosten die hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend zijn, in mindering worden gebracht op de vergoeding.

- 7.9. De commissie constateert dat de eerder genoemde voorwaarden van de zorgverzekering stroken met de toepasselijke regelgeving.

- 7.10. De commissie stelt voorop dat verzekerden, die overeenkomstig de voorwaarden van de zorgverzekering, vooraf toestemming vragen voor een behandeling in het buitenland, hierop een duidelijk antwoord behoren te verkrijgen. Indien de aanvraag niet voldoende informatie bevat, ligt het op de weg van de zorgverzekeraar hieromtrent meer duidelijkheid te verkrijgen. Indien wel voldoende informatie beschikbaar is, doch de vrees bestaat dat de behandelend medisch-specialist van de verzekerde tot een

andere, meer kostbare, behandeling zal overgaan, dan zal de zorgverzekeraar aan verzekerde dienen aan te geven voor welke behandeling toestemming wordt verleend tot welk maximaal bedrag.

- 7.11. De vraag die de commissie is voorgelegd is of de anterior cervical interbody fusion met behulp van een Fidji® cage en een cervicale discusprothese van het merk Mobi-C® bij gebrek aan andere alternatieven bij een gecontracteerde zorgaanbieder in Nederland aangemerkt kan worden als een gebruikelijke behandeling. De commissie stelt voorop dat bij de beoordeling of een bepaalde behandeling gebruikelijk is, dat wil zeggen te gelden heeft als zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering, uitsluitend gekeken dient te worden naar de internationale stand van de wetenschap en de praktijk.
- 7.12. Hiervoor sluit de commissie aan bij de in de medische wereld gangbare benadering volgens welke het principe van “Evidence Based Medicine” leidend is. Dit is het 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 op deze wijze gevonden artikelen wordt het niveau van bewijskracht 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 onderzoekopzet, onderzoekspopulatie, controlegroep, randomisatie, blinding, mate van behandelingseffect, follow-up en statistische analyse.
- 7.13. Indien uit tenminste twee “gerandomiseerd dubbelblind vergelijkend klinische onderzoeken” – wetenschappelijk onderzoek 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 beroeps-
genoten. Indien geen gerandomiseerde studies aangetroffen worden, wordt bewijs 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 evidence van een lagere orde wel voldoende is om een uitspraak te kunnen doen over de (meer)waarde van een behandeling.

- 7.14. Een onderzoek naar dergelijke kwalitatieve onderzoeken met betrekking tot de onderhavige behandeling bij de aandoening van verzoeker is door het CVZ in zijn advies van 19 oktober 2007 uitgevoerd en de conclusie daarvan neemt de commissie over en maakt deze tot de hare.
- 7.15. Voor zover de behandeling ziet op de anterior cervical interbody fusion met behulp van een Fidji® cage ter behandeling van osteochondrose en myelopathie oordeelt de commissie dat sprake is van zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden.
- 7.16. De stelling van de zorgverzekeraar dat verzoeker hiervoor geen indicatie acht de commissie onvoldoende gemotiveerd. De opmerking van de zorgverzekeraar dat verzoeker in Nederland nog niet is uitbehandeld, doet eerder het tegenovergestelde vermoeden.
- 7.17. Een en ander neemt niet weg dat, waar het gaat om de vergoeding van de behandeling, alle in de zorgverzekering geldende vereisten, waaronder dat van een deugdelijke verwijzing onverkort van toepassing zijn. Van een deugdelijke verwijzing is sprake 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.
- 7.18. Tegen deze achtergrond kunnen de brieven van de huisarts van verzoeker van 29 december 2006 en 26 april 2007, die gericht zijn aan de zorgverzekeraar en die geen specifieke vraagstelling bevatten inzake de behandeling van de klachten van verzoeker, niet worden beschouwd als een deugdelijke verwijzing als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 7.19. Uit het door het College voor zorgverzekeringen genoemde onderzoek, alsmede uit eerdere jurisprudentie van de commissie (zie GS 4 april 2007, ANO 07.054), concludeert de commissie met betrekking tot de cervicale discusprothese van het merk Mobi-C® dat thans géén gerandomiseerd dubbelblind vergelijkend klinisch onderzoek van goede kwaliteit en van voldoende omvang beschikbaar is, en evenmin voldoende kwalitatief bewijs van een lagere orde. Daarbij is de behandeling ook in de praktijk niet als algemeen geaccepteerd te beschouwen, nu deze door de brede kring van beroepsgenoten niet als gebruikelijk wordt gezien. De plaatsing van een cervicale discusprothese van het merk Mobi-C®, bij een discusversmalling met spondylose valt derhalve naar de huidige stand der wetenschap en praktijk niet als gebruikelijk in de internationale kring der beroepsgenoten aan te merken.
- Tegen de achtergrond van bovenstaande komt de commissie tot de conclusie dat de onderhavige behandeling niet als een verzekerde prestatie op grond van de zorgverzekering heeft te gelden. Nu dit deel van de behandeling niet kwalificeert als geneeskundige zorg die ten laste van de zorgverzekering voor vergoeding in aanmerking komt, kan naar het oordeel van de commissie de vraag naar de indicatie en de ver-

wijzing voor dit deel in het midden blijven.

- 7.20. Met betrekking tot de stelling van verzoeker dat een vriend de behandelingen wél vergoed heeft gekregen, is commissie van oordeel dat deze stelling voor de beslissing in de onderhavige zaak onvoldoende onderbouwd is en derhalve in de onderhavige zaak niet van belang.
- 7.21. De vraag die verzoeker heeft voorgelegd in verband met de wachttijden kan door de commissie niet worden beantwoord, nu niet blijkt voor welke voor verzoeker geïndiceerde behandeling in Nederland een wachttijd zou bestaan en hoe lang die wachttijd zou zijn geweest.
- 7.22. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

8. Het bindend advies

- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 7 december 2007

Voorzitter