

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, in deze vertegenwoordigd C, vs D te E
Zaak : Geneeskundige zorg buitenland, indicatie spondylodese L4-5
Zaaknummer : 2008.00327
Zittingsdatum : 11 juni 2008

Zaak: 2008.00327, 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 2006, 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 C,
tegen

D, te E hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen de beslissing van de zorgverzekeraar van 30 oktober 2006 een spondylodese in België gedeeltelijk 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, Zvw.
- 3.2. De behandelend neurochirurg heeft bij verzoekster de volgende diagnose gesteld: "discus degradatie L4-5". De behandelend medisch specialist heeft naar aanleiding van de gestelde diagnose bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten verbonden aan "een spondylodese met behulp van een cage" ten laste van de zorgverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 30 oktober 2006 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat haar aanspraak is afgewezen.
- 3.3. Op 30 november 2006 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 5 december 2006 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.5. Bij brief van 29 januari 2008 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht de zorgverzekeraar gehouden is 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 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 7 april 2008 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 10 april 2008 aan verzoekster toegezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 17 april 2008 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De zorgverzekeraar heeft op 13 mei 2008 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden. Op basis van de op 27 mei 2008 nagekomen stukken heeft de zorgverzekeraar medegedeeld alsnog te willen worden gehoord.
- 3.9. Bij brief van 10 mei 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 nader onderzoek te doen omdat uit het operatieverslag niet is gebleken of sprake is van een (dreigende) instabiliteit van de wervelkolom. Ware dat laatste het geval dan was volgens het advies een spondylodese geïndiceerd. Een afschrift van het CVZ-advies is op 21 mei 2008 aan verzoekster gezonden, en met dit bindend advies aan de zorgverzekeraar gezonden.
- 3.10. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 11 juni 2008 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.11. Met de brief van 21 juli 2008 heeft verzoekster voldaan aan het ter zitting gedane verzoek van de commissie om tot nadere onderbouwing van de indicatie te komen. De zorgverzekeraar heeft bij brief van 24 juli 2008 hierop een reactie gegeven.
- 3.12. Bij brief van 30 juli 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 21 augustus 2008 de commissie medegedeeld dat het verslag aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies. Het na de zitting gevolgde onderzoek dient naar het oordeel van het CVZ tot de conclusie te leiden dat gezien de overgelegde verklaring van de neurochirurg, de spondylodese was geïndiceerd. Een afschrift van dit advies is met het bindend advies meegezonden.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Verzoekster stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat zij een indicatie had voor een spondylodese, en niet slechts voor een HNP. Zowel haar behandelend medisch-specialist als de medisch adviseur van haar rechtsbijstandverzekering, een orthopedisch chirurg, zijn van oordeel dat de mate van discusdegeneratie een indicatie voor een spondylodese rechtvaardigt. Bovendien was de hernia niet het enige probleem, maar was ook sprake van facetslijtage, waardoor besloten is een spondylodese te verrichten. Het verwijderen van de hernia alleen, zou zeker blijvende klachten hebben achtergelaten. Omdat met de huidige technieken de kans van slagen van de spondylodese met sprongen vooruit is gegaan, is het gerechtvaardigd in dezelfde zitting van een hernia-operatie tevens een spondylodese uit te voeren om verzoekster niet extra te belasten met nog eens een operatie.
- 4.2. Verzoekster stelt zich op het standpunt dat de gehele nota van € 7.461,74 vergoed dient te worden in plaats van de € 3.413,42 die zij bij brief van 24 april 2007 toege-

zegd heeft gekregen op basis van een herniaoperatie.

- 4.3. Bij brief van 27 mei 2008 heeft verzoekster nadere informatie van haar behandelend medisch-specialist overgelegd, met de volgende inhoud:

"Spondylodese d.d. 30 november 2006, L4-L5

Peroperatief bleek:

1. geen belangrijke hernia;

2. facetarthrose → kanaalstenose;

3. path. degeneratie tussenwervelschijf = instabiliteit

Bij operatie: mediaan gedeelte facetgewrichten gerececeerd: toename instabiliteit → spondylodese"

- 4.4. Na de zitting is door verzoekster gemotiveerd aangevoerd dat zij, gezien de instabiliteit van de rug die tijdens de operatie is bevestigd, een indicatie had voor een spondylodese.

- 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 geen vergoeding kan plaatsvinden van een spondylodese omdat dit deel van de ingreep niet geïndiceerd is gebleken en derhalve niet als doelmatige zorg aangemerkt kan worden.

- 5.2. De verklaring van de medisch adviseur van verzoekster is gebaseerd op het operatieverslag en de correspondentie van haar behandelend arts. Niet duidelijk is op welke stukken de medisch adviseur van de rechtsbijstandsverzekeraar van verzoekster zich heeft gebaseerd zodat niet duidelijk is of hij volledig is geïnformeerd. Voorts wordt ten onrechte, en zonder enige wetenschappelijke referentie en onderbouwing, gesteld dat de operatie-indicatiedrempel voor een spondylodese in de laatste jaren is verlaagd vanwege betere technieken. Een beslissing tot opereren is echter altijd gebaseerd op een 'indicatie' en niet op een 'techniek'.

- 5.3. Het argument dat "facetslijtage zeker blijvende klachten zou hebben veroorzaakt" duidt op een preventieve operatie, hetgeen naar het oordeel van de zorgverzekeraar onacceptabel is. Facetslijtage maakt onderdeel uit van artrotische veranderingen van de wervels die bij vrijwel iedereen optreden en waarvan bekend is dat dit geen verklaring voor rugklachten kan zijn of dat een operatie van welke aard dan ook hiervoor als geschikt is aan te merken. Zie hiervoor 'NTvG 2007 14 juli; 151(28)'. Zie voor een meer recentere publicatie 'NEngJMed 2008, 358, p. 818-825', waaruit blijkt dat deze zeer veel voorkomende afwijkingen pas tot een operatie-indicatie leiden als sprake is van neurogene klachten, veroorzaakt door beknelling van zenuwen die klinische klachten geven.

- 5.4. Het medisch dossier van verzoekster leidt tot het oordeel dat een HNP geïndiceerd was, en dat de uitgevoerde spondylodese moet worden beschouwd als preventieve zorg, die overigens een verhoogd risico op versnelde slijtage met zich brengt.

- 5.5. Na de zitting is door de zorgverzekeraar aangevoerd dat de door verzoekster na de zitting aangeleverde medische verklaring achteraf is opgesteld en geheel op geleide

van het CVZ-advies is ingevuld. Hiervoor heeft de behandelend neurochirurg zijn operatieverslag aangepast.

- 5.6. 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 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 lid 4 van de zorgverzekering bepaalt ten algemene:

“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.”

Artikel 4 van het Restitutie Reglement bepaalt ten aanzien van de vergoeding van medisch-specialistische zorg, voor zover hier relevant, het volgende.

“lid 1: Voor medisch-specialistische zorg in het A-segment, ook wel A-dbc's genoemd, waarop ingevolge de Algemene Voorwaarden een aanspraak bestaat en waarvoor ingevolge de Wet tarieven gezondheidszorg een tarief is vastgesteld of goedgekeurd, geleverd door een zorgverlener waarmee CZ hiertoe geen overeenkomst heeft gesloten, vergoedt CZ op restitutiebasis, voor zover het intramurale zorg betreft, maximaal negentig procent van het voor de betreffende zorg geldende A-tarief.”

- 7.2. De regeling in de artikelen 2 lid 4 en 20 van de zorgverzekering en artikel 4 van het Restitutie Reglement zijn 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. Het onderhavige geschil spitst zich toe op de vraag of een posterieure lumbale intervertebrale fusie met behulp van een cage bij de diagnose “discus degradatie L4-5”, 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 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 de spondylodese bij de onderhavige diagnose is door het CVZ in zijn advies van 20 mei 2008 uitgevoerd. De conclusie daarvan neemt de commissie over en maakt zij tot de hare.
- 7.9. Uit dit advies blijkt dat in de laatste jaren in toenemende mate tegelijkertijd met een decompressie-operatie een spondylodese wordt uitgevoerd. Een spondylodese, gelijktijdig met een laminectomie, blijkt aangewezen te kunnen zijn in die situaties waarin sprake is van (dreigende) instabiliteit van de wervelkolom.
- 7.10. Op grond van het schrijven van de behandelend arts, welke de commissie bij brief van 16 juli 2008 is toegezonden, alsmede het definitieve advies van het CVZ, blijkt dat in de situatie van verzoekster in ieder geval tijdens de operatie is gebleken dat sprake was van (dreigende) instabiliteit van de wervelkolom. Dit blijkt naar het oordeel van de commissie onder meer uit het originele operatieverslag van 27 januari 2007, waarin is opgemerkt: "Bij deze ingreep wordt een goede stabiliteit verkregen". Deze opmerking zou naar het oordeel van de commissie, zo er met de stabiliteit van de rug vóór of tijdens de operatie niets aan de hand zou zijn geweest, niet zijn gemaakt, zodat het ervoor moet worden gehouden dat er tenminste sprake was van een dreigende instabiliteit van de rug.
- 7.11. Met betrekking tot het tarief voor de onderhavige operatie oordeelt de commissie als volgt. In Nederland worden behandelingstrajecten vanaf de diagnose tot het eind van de behandeling voorzien van een code, de zogenaamde Diagnose Behandelcode (DBC). De commissie stelt vast dat de door de zorgverzekeraar gehanteerde DBC-code 05.11.00.1360.0213 ziet op reguliere zorg/H.N.P.: Thoracale/lumbale wervelkolom /operatief met klinische periode(n), naar het oordeel van de commissie niet de meest passende DBC-prestatiecode is.
Op grond van een door het CVZ op 19 mei 2008 aan de commissie uitgebracht advies (28027543) staat vast dat een declaratie door middel van DBC-prestatiecodes altijd dient te geschieden aan de hand van het specialisme dat de behandeling heeft verricht. Daarom dient voor de onderhavige operatie DBC-code 08.11.00.2565.0023, die ziet op reguliere zorg/uitgebreide decompressie met spondylodese en eventuele instrumentatie/operatief met klinische periode(n), de meest passende DBC-prestatiecode is. Dit betreft op het moment van de operatie een DBC-code uit het A-segment, waarvoor de maximale hoogte van de vergoeding - € 7.638,30 ten tijde van de aanvraag - gegeven is.
- 7.12. Artikel 4 van het Restitutie Reglement bepaalt dat maximaal 90 percent van het maximale tarief wordt vergoed. In casu betekent dit dat maximaal $90\% \times € 7.638,30 = € 6.878,47$ voor vergoeding in aanmerking komt .
- 7.13. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen en verzoekster aanspraak kan maken op een aanvullende vergoeding van $€ 6.878,47$ minus $€ 3.413,42 = € 3.465,05$.

8. Het bindend advies

- 8.1. De commissie wijst het verzoek, met inachtneming van het onder 7.13 bepaalde, toe.
- 8.2. De commissie bepaalt dat de zorgverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden een bedrag ad € 37,00.

Zeist, 27 augustus 2008,

Voorzitter