

~

t

t

t

t

..

t

t.

1A

BINDEND ADVIES

t

t

t

t

t

t-

t

t

1A

.f

t

t

t

t

Partijen	: A te B, in deze vertegenwoordigd door C te D vs E
Zaak	: Geneeskundige zorg, buitenland, MIR van de lumbale wervelkanaal niveau L2-5 en nacontrole
Zaaknummer	: 2007.2398
Zittingsdatum	: 27 februari 2008

Zaak: 2007.2398. geneeskundige zorg, buitenland, MIR van de lumbale wervelkanaal niveau L2-5 en nacontrole

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. Al.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 en 2.4 Bzv)

1 Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, in deze vertegenwoordigd door C te D tegen

E, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

De bestreden beslissing

2
Verzoeker komt op tegen na te melden besluit van de zorgverzekeraar van 16 februari 2007 inzake het niet vergoeden van een MIR van de lumbale wervelkanaal op niveau L2-5.

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 ZorgActiefpolis (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, van de Zvw.
- 3.2. De behandelend orthopeed heeft bij verzoeker de volgende diagnose gesteld: "wervelkanaalstenose op niveau L2-5". Verzoeker heeft naar aanleiding van de gestelde diagnose bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van de door hem gewenste zorg bestaande uit "een minimaal invasieve reconstructie van het wervelkanaal op niveau L2-5" ten laste van de zorgverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 16 februari 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat zijn aanspraak is afgewezen.
- 3.3. Op 27 maart 2007 heeft de behandeling, op de vergoeding waarvan verzoeker aanspraak maakt, overeenkomstig de wijze zoals in de aanvraag vermeld, plaatsgevonden.
- 3.4. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 30 september 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat hij heeft besloten zijn standpunt te handhaven.
- 3.5. Bij brief van 13 november 2007 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht de zorgverzekeraar te gelasten de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering.

- 3.6. 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.
- 3.7. De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie bij brief van 27 december 2007 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 4 januari 2008 aan verzoeker toegezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 13 januari 2008 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De zorgverzekeraar heeft op 25 februari 2008 telefonisch medegedeeld niet gehoord te willen worden.
- 3.9. Bij brief van 4 januari 2008 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, van de Zvw, gevraagd. Het CVZ heeft bij brief van 1 februari 2008 zijn voorlopige advies gegeven en heeft de commissie geadviseerd de aanspraak van verzoeker af te wijzen omdat een MIR van de lumbale wervelkanaal een behandeling is die niet voldoet aan de internationale stand van de wetenschap en praktijk. Een afschrift hiervan is op 4 februari 2008 aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoeker is op 27 februari 2008 in persoon gehoord. Hij is daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.11. Bij brief van 10 maart 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 13 maart 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 verzoeker
- 4.1. Verzoeker stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat hij in het verleden driemaal is geopereerd voor zijn klachten. Op enig moment is hij voor verdere behandeling naar België gegaan, waar de betreffende chirurg heeft aangegeven niet te willen opereren, wegens een ondefinieerbare vlek op de MRI-scan. Uiteindelijk is verzoeker naar de Alpha Klinik in München (Duitsland) gegaan. Hier bleek een nimmer onderkende lipoom op de scan te zien. Omdat verzoeker de dag na de scan zou worden geopereerd, is geen tijd geweest om nogmaals nader onderzoek te verrichten. Hierdoor ziet verzoeker zich voor hoge kosten voor de behandeling in München geconfronteerd. Indien het onderzoek in Nederland zorgvuldiger zou zijn uitgevoerd had hij hier behandeld kunnen worden.
- 4.2. Verzoeker verzoekt naast de vergoeding van de behandeling in München, vergoeding van de schade die hij lijdt dan wel zal gaan lijden ten gevolge van de onrechtmatigheid van de bestreden beslissing. Deze schade bestaat in ieder geval uit de wettelijke rente over de niet betaalde uitkeringsbedragen. Tevens verzoekt hij ingevolge artikel 7: 15 Awb bij gegrondverklaring over te gaan tot vergoeding van de kosten die hij heeft moeten maken voor juridische bijstand in de bezwaarfase.

4.3 Ter zitting is door verzoeker benadrukt dat sprake was van een niet onderkende tumor.

4.4. Verzoeker komt tot de conclusie dat zijn 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 op grond van de voorwaarde van de zorgverzekering de door verzoeker ondergane behandeling in München geen zorg is die medische specialisten plegen te bieden als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering, overeenkomstig het bepaalde in een uitspraak van het CVZ van 10 oktober 2006 (RZA 2007/10) alsmede een uitspraak van de Geschillencommissie Zorgverzekeringen van 2 mei 2007 (ANO 07.085).

5.2. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoek(st)er 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.

7 De beoordeling van het geschil

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) geneeskundige zorg is geregeld in de artikelen 1 tot en met 15 van de "Aanspraken van de zorgverzekering" .

Artikel 1 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op ziekenhuisverpleging en dagbehandeling in een ziekenhuis bestaat.

"U heeft bij (. . .) ziekenhuisopname voor een ononderbroken periode van maximaal 365 dagen aanspraak op onderstaande zorg. (. . .)

- verpleging en verzorging, op basis van de derde klasse;

- medisch specialistische (. . .) zorg;

- de bij de behandeling behorende paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen gedurende de periode van opname. De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen medisch specialisten als zorg plegen te bieden.

(. . .)"

Ten aanzien van de inhoud en de omvang van aanspraak op zorg wordt vervolgens in artikel 2.4 bepaald:

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

- 7.1. De regeling van de artikelen 1 en 2.4 van de "Aanspraken van de zorgverzekering" is volgens de algemene bepalingen, artikel 2.1 van de zorgverzekering, gebaseerd op de Zvw, het Bzv en de Rzv.
- 7.2. 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. Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in de artikelen 2.1 en 2.4 van het Bzv .
- 7.3. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.4. Aangezien in dit geschil sprake is van een MIR van de lumbale wervelkanaal bij de diagnose wervelkanaalstenose van de lumbale wervelkanaal, is voor de beoordeling primair de vraag aan de orde of deze zorg, beoordeeld naar de internationale stand der wetenschap en de praktijk, te gelden heeft als zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 7.5. Bij de beoordeling 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.
- 7.6. Indien uit tenminste twee "gerandomiseerd dubbelblind vergelijkend klinische onderzoeken" - wetenschappelijk onderzoek waarvan de objectiviteit gegarandeerd is - 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 bewijs van een lagere orde - waaronder vergelijkende studies, publicaties van gezaghebbende menin-

gen 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 .

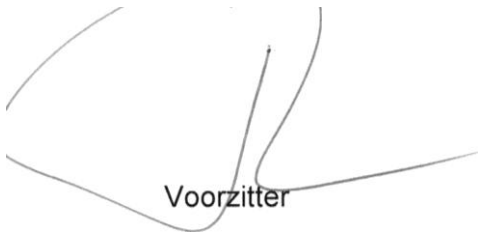
7.7. In een uitspraak van 11 juni 2007 is de commissie tot het oordeel gekomen dat de minimaal invasieve behandeling van een lumbale wervelkanaal stenose, beoordeeld naar de internationale stand der wetenschap en de praktijk, geen zorg is zoals medisch specialisten die plegen te bieden in de zin van de bepalingen omtrent de zorgverzekering en daardoor niet als verzekerde prestatie op grond van de zorgverzekering kan worden beschouwd. De basis voor die conclusie was gelegen in een eerder uitgevoerd onderzoek, zoals dat was uitgevoerd door het College voor zorgverzekeringen blijkens het advies van dat college van 10 oktober 2006 (gepubliceerd in RZA 2007,10). De commissie heeft voor haar hogergenoemde uitspraak de conclusie van dat advies overgenomen en tot de hare gemaakt. De commissie is voor wat betreft het onderhavige geschil niet gebleken van onderzoeksresultaten die inmiddels tot een ander oordeel over de gebruikelijkheid van de behandeling die verzoeker heeft ondergaan zouden moeten leiden. In verband met dit laatste behoeven de overige vragen, met name die betrekking hebben op het feit dat de operatie is gevraagd en uitgevoerd in de Alphakliniek in München geen bespreking.

7.8. Tegen de achtergrond van bovenstaande behoeven de verzoeken om schadevergoeding geen verdere bespreking.

7.9. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

8. Het bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.
Zeist, 25 maart 2008,



Voorzitter