

ANONIEM

BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vs. C te D
Zaak : Geneeskundige zorg, buitenland, minimaal invasieve microscopische chirurgie, opheffen lumbale wervelkanaalstenose
Zaaknummer : ANO07.118
Zittingsdatum : 20 juni 2007

Zaak: ANO07.118, geneeskundige zorg, buitenland, minimaal invasieve microscopische chirurgie, opheffen lumbale wervelkanaalstenose

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 en 11 Zvw, 2.1, 2.2 en 2.4 Bzv)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen verzoekster,

tegen

C te D, hierna te noemen de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen het besluit van de zorgverzekeraar van 17 augustus 2006 inzake het niet vergoeden van de door haar ondergane rugoperatie – te weten een minimaal invasieve microscopische lumbale laminectomie – in de Alpha Klinik te München (Duitsland).

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster is bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de ZorgVerzorgdpolis, een verzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw) (hierna: de zorgverzekering).
- 3.2. Bij brief van 17 augustus 2006 heeft de zorgverzekeraar verzoekster bericht dat de in de Alpha Klinik te München (Duitsland) ondergane rugoperatie niet zal worden vergoed.
- 3.3. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 9 januari 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster meegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. Bij brief van 14 februari 2007 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de onderhavige ingreep te vergoeden.
- 3.5. 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.
- 3.6. De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie op 12 maart 2007 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt.

- 3.7. Bij brief van 23 april 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen verzocht om advies, een en ander conform artikel 114 van de Zvw.
- 3.8. Op 27 april 2007 is verzoekster een afschrift van de reactie van de zorgverzekeraar gezonden. Tevens zijn partijen in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Van de mogelijkheid zich te doen horen is door verzoekster op 2 mei 2007 afgezien, terwijl de zorgverzekeraar op 16 mei 2007 heeft aangegeven niet te willen worden gehoord.
- 3.9. Het College voor zorgverzekeringen heeft op 21 mei 2007, op de voet van artikel 114 lid 3 van de Zvw, zijn advies gegeven. Een afschrift hiervan is met dit bindend advies aan partijen gezonden.
4. Het standpunt van verzoekster
- 4.1. Verzoekster is een 80-jarige vrouw. Blijkens de verwijzing van haar huisarts van 25 april 2006 is sprake van een degeneratieve scoliose en een verminderde lordose. Op de MRI is een aanwijzing gevonden voor een lumbale stenose op niveau L3-4. De huisarts heeft geadviseerd, gezien de leeftijd en het postuur, eerst conservatief te behandelen, te beginnen met symptomatische pijnbestrijding via een anesthesioloog. Het alternatief – een grote chirurgische behandeling met een correctie spondylodese en decompressie – leek hem niet verstandig gezien de leeftijd van verzoekster.
- 4.2. Verzoekster heeft zich vervolgens op eigen initiatief tot de Alpha Klinik te München (Duitsland) gewend, alwaar zij op 19 mei 2006 is geopereerd aan een lumbale wer-
velkanaal stenose op niveau L3-4. De behandeling bestond uit een microscopische decompressie L3-4, een foraminotomie links en een neurolyse en een vetplastiek, op niveau L3-4.
Op 14 juli 2006 heeft zij de nota's van de behandeling in de Alpha Klinik bij de zorgverzekeraar ingediend.
- 4.3. Verzoekster kan zich niet vinden in de afwijzing van de zorgverzekeraar. Naar haar zeggen heeft zij wel degelijk conform de voorwaarden van de zorgverzekering gehandeld. Zij is zowel naar de Zorgbus als naar een filiaal van de zorgverzekeraar gegaan om informatie in te winnen. Als antwoord op haar vraag naar de vergoeding, is haar echter medegedeeld dat het zinloos zou zijn deze behandeling aan te vragen.
- 4.4. Met betrekking tot de inhoud van de brief van haar huisarts merkt zij op dat zij hierin zwaar teleurgesteld was, met name over de zinsnede dat het op basis van haar leeftijd niet verstandig was om een grote chirurgische behandeling te ondergaan. Na de chirurgische behandeling was zij immers weer geheel mobiel, waar zij voorheen in een rolstoel zat en gebruik maakte van een scootmobiel.
- 4.5. Tot slot wijst zij op jurisprudentie van het Europese Hof van Justitie en de Centrale Raad van Beroep, waaruit volgens haar blijkt dat zij zonder toestemming vooraf van de zorgverzekeraar gebruik mag maken van medische hulp in een Europese lidstaat.

5. Het standpunt van de zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar is van mening dat de onderhavige behandeling – te weten een minimaal invasieve microscopische lumbale laminectomie – in beginsel een verzekerde prestatie is. Omdat verzoekster echter niet voldaan heeft aan het indicatievereiste, zoals verwoord in de voorwaarden van de zorgverzekering, komt de door haar gevraagde behandeling niet voor vergoeding in aanmerking. Uit de brief van de verwijzend huisarts blijkt immers dat pijnbestrijding door een anesthesioloog de eerst aangewezen behandeling is. Een grote chirurgische ingreep is door de huisarts afgeraden in verband met de leeftijd van verzoekster.
- 5.2. Met betrekking tot de eisen die gesteld worden aan een correcte verwijzing in de zin van de voorwaarden van de zorgverzekering, zoals vastgelegd in jurisprudentie van de Centrale Raad voor Beroep, merkt de zorgverzekeraar op dat de verwijzing van de huisarts niet voldoet aan de eisen die aan een deugdelijke verwijzing gesteld worden.
- 5.3. Naar het oordeel van de medisch adviseur van de zorgverzekeraar is verzoekster op basis van het medisch onderzoek in Nederland, gelet op haar behoefte en vanuit het oogpunt van doelmatigheid, niet aangewezen op de ingreep, zodat deze niet ten laste van de zorgverzekering voor vergoeding in aanmerking komt.

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.

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. Waar het vervolgens gaat om de onderhavige kosten, geldt het volgende.
- 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 staat, voor zover hier relevant, in lid 1 het volgende vermeld:

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

Na lid 8 in het derde blok vermeld:

*“Voor bovenstaande verzekerde prestatie: Zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden, niet behorens 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.”*

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-gecontracteerde 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 daarin 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.

Waar het gaat om geneeskundige zorg, is een en ander naar inhoud en omvang omschreven 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.

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.

- 7.9. De commissie constateert dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.10. De commissie is op basis van de in het dossier aanwezige stukken van oordeel dat gesteld noch gebleken is dat de onderhavige behandeling – te weten minimaal invasieve microscopische chirurgie voor het opheffen van een lumbale wervelkanaal stenose – voldoet aan de maatstaven die mede bepaald worden door de internationale stand van de wetenschap en praktijk en evenmin dat die behandeling in het betrokken vakgebied heeft te gelden als verantwoorde en adequate zorg. De commissie baseert zich daarbij op het advies van het College voor zorgverzekeringen van september 2006, zaaknummer 26073544, waaruit op basis van de Europese en de Amerikaanse richtlijnen inzake wervelkanaal stenose, het volgende blijkt:

“er is slechts beperkt bewijs dat operatief ingrijpen effectiever is dan goede conservatieve behandeling. Indien toch operatief ingrijpen geïndiceerd is, is behandeling van eerste keus laminectomie en eventueel fusiechirurgie. De conclusie van het College voor zorgverzekeringen is dat er onvoldoende data zijn over de minimaal invasieve technieken bij wervelkanaalstenose. Er bestaan slechts twee beschrijvende studies,(in totaal 200 a 300 patiënten).”

Minimaal invasieve microscopische chirurgie voor het opheffen van een lumbale wervelkanaal stenose is daarmee geen geneeskundige zorg die medisch-specialisten plegen te bieden als bedoeld in artikel 8.2 van de zorgverzekering.

- 7.11. De vraag of sprake is van geneeskundige zorg als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering staat tussen partijen niet langer ter discussie. De zorgverzekeraar is immers, bij nader inzien, in zijn brief van 12 maart 2007 onder punt 16 tot de conclusie is gekomen dat het hier weldegelijk om een gebruikelijke behandeling gaat.
- 7.12. De zorgverzekeraar heeft de indicatie bestreden, waardoor verzoekster het recht op een verzekerde prestatie in haar specifieke situatie geldend kan maken. Ten aanzien hiervan merkt de commissie op dat zowel in de St. Maartenskliniek als in de Alpha Klinik dezelfde diagnose is gesteld, te weten een stenose van de wervelkanaal op niveau L3-L4. Door een medisch-specialist van de eerstgenoemde kliniek is symptomatische pijnbestrijding door een anesthesioloog geïndiceerd. Door de medisch-specialist van de laatstgenoemde kliniek is de onderhavige operatieve behandeling geïndiceerd.

- 7.13. Wil de onderhavige operatieve behandeling voor vergoeding in aanmerking kunnen komen, dan dient daaraan een deugdelijke verwijzing ten grondslag te liggen. Van een deugdelijke verwijzing is sprake als aan de volgende voorwaarden wordt voldaan:
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.
- Tegen deze achtergrond kan het schrijven van de huisarts van verzoekster van 15 april 2006 niet worden beschouwd als een deugdelijke verwijzing ten behoeve van de behandeling zoals deze door haar op 19 mei 2006 is ondergaan in de Alpha Klinik te München (Duitsland), zodat niet is voldaan aan het bepaalde in artikel 8.4 lid 1 van de zorgverzekering.
- 7.14. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
8. Het bindend advies
- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 4 juli 2007,

Voorzitter