

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, in deze vertegenwoordigd door C te D, vs E te F
Zaak : Geneeskundige zorg, percutane nucleotomie en sekwester verwijderen op
niveau C5-6.
Zaaknummer : ANO07.353
Zittingsdatum : 5 december 2007

Zaak: ANO07.353, geneeskundige zorg, percutane nucleotomie en sekwester verwijderen op niveau C5-6.

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 14 Zvw, 2.1, 2.2 en 2.4 Bzv)

1. Partijen

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

E te F, hierna te noemen de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen het besluit van de zorgverzekeraar van 9 mei 2006 inzake het niet vergoeden van de door haar ondergane nekoperatie – te weten een endoscopische nucleotomie op niveau C5-6 en het verwijderen van een sekwester – uitgevoerd 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 Zorgkeuze polis, een verzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw) (hierna: de zorgverzekering).
- 3.2. Bij brief van 9 mei 2006 heeft de zorgverzekeraar verzoekster medegedeeld dat de door haar op 23 maart 2006 ondergane nekoperatie in München (Duitsland) niet zal worden vergoed.
- 3.3. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brieven van 8 januari en 20 juli 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster meegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. Bij brief van 15 augustus 2007 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de door haar op 23 maart 2006 ondergane nekoperatie te vergoeden naar Nederlands tarief.
- 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 27 september 2007 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt.

- 3.7. Bij brief van 11 oktober 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 11 oktober 2007 zijn partijen in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Van de mogelijkheid zich te doen horen is door verzoekster en de zorgverzekeraar afgezien.
- 3.9. Het College voor zorgverzekeringen heeft op 8 november 2007 zijn advies gegeven. Een afschrift hiervan is op 9 november 2007 aan partijen gezonden.
4. Het standpunt van verzoekster
- 4.1. Verzoekster is een 56-jarige vrouw, die in december 2005 in de Alpha Klinik te München (Duitsland) een percutane nucleotomie op niveau C6-7 heeft ondergaan. Op 22 maart 2006 is zij voor onderzoek en controle naar de Alpha Klinik gegaan. Hoewel haar hoofdpijn verdwenen was, had zij nog altijd pijn rechts onderin het schouderblad, de schouder en de rechterarm. Ook de gevoelloosheid in de vingers van de rechterhand was niet verbeterd. Na onderzoek is verzoekster op 23 maart 2006 opnieuw in de Alpha Klinik behandeld en heeft zij aldaar een percutane nucleotomie op niveau C5-6 ondergaan. Tevens is er een sekwester verwijderd.
- 4.2. Verzoekster stelt dat zij, omdat zij de dag na het onderzoek is geopereerd, niet in staat is geweest vooraf toestemming te vragen. Zij heeft achteraf de nota's voor de behandeling ad € 6.901,11 ingediend, met het verzoek in aanmerking te komen voor een vergoeding naar Nederlands tarief.
- 4.3. Verzoekster stelt dat de zorgverzekeraar zich in december 2005 wel kon verenigen met de indicatie voor de eerste operatie, welke destijds noodzakelijk en doelmatig werd geacht. Als deze operatie in Nederland zou zijn uitgevoerd daarna een nadere operatie nodig zou blijken te zijn, had de zorgverzekeraar de daarop volgende operaties op z'n merites dienen te beoordelen en toestemming hebben moeten verlenen. Het feit dat de zorgverzekeraar de operatie van december 2005 met terugwerkende kracht doelmatig acht, is niet consistent.
- 4.4. Met de keuze voor de tweede operatie in de Alpha Klinik heeft verzoekster geprobeerd minder risico op complicaties te lopen en daarmee tegelijkertijd een minder groot beroep op verzekeringsgelden te doen.
- 4.5. Tot slot stelt verzoekster dat de tweede operatie niet aan de Diagnose Behandel Combinatie (DBC) van de eerste operatie dient te worden toegerekend, aangezien de behandelend artsen in de Alpha Klinik goede redenen hadden deze tweede operatie op een later moment uit te voeren. Hiervoor dient een nieuwe DBC te worden geopend.
- 4.6. Verzoekster komt tot de conclusie dat de ondergane behandeling door de zorgverzekeraar dient te worden vergoed.
5. Het standpunt van de zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar verwijst naar zijn brief van 1 december 2005 waarin is geschreven dat, hoewel de indicatie hernia C6-7 aanleiding gaf tot vergoeding van de ingreep in de Alpha Klinik, verzoekster gecompliceerde en ernstige afwijkingen heeft op niveau C5-6 en zij door de percutane nucleotomie op dat niveau haar problemen en klachten niet helemaal verholpen zullen zijn. Er is haar destijds geadviseerd een second opinion te laten verrichten door een door de zorgverzekeraar gecontracteerd ziekenhuis.

Voorts is indertijd al kenbaar gemaakt dat eventuele complicaties en her-operaties onder de DBC-code van de eerste operatie vallen en dat voor het gehele traject, dus inclusief de eventuele her-operaties, een bedrag van € 4.414,40 wordt vergoed, het maximale Nederlandse tarief.

- 5.2. Met betrekking tot de DBC-systematiek stelt de zorgverzekeraar dat in het Nederlandse vergoedingensysteem per zorgvraag één DBC geopend kan worden. De zorgvraag van verzoekster was van meet af aan duidelijk: het verhelpen van de gecompliceerde problematiek op de niveaus C5-6 en C6-7. Hiervoor kan één DBC in rekening worden gebracht: 05.11.00.1220.0213. Uitsluitend indien een nieuwe zorgvraag ontstaat, kan een nieuwe DBC worden geopend. Aangezien de eerste operatie in december 2005 de zorgvraag niet heeft weggenomen, en er een tweede operatie nodig is geweest, valt deze tweede operatie van 23 maart 2007 als heroperatie binnen de DBC van de zorgvraag van de eerste operatie.

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 geregeld 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 restitutiepols, zodat de verzekerde gebruik kan maken van niet-gecontracteerde zorg. Vergoeding voor geneeskundige zorg is geregeld in artikel 9 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Voor zover relevant wordt hierin het volgende bepaald:

“lid 1

De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen medisch--

specialisten als zorg plegen te bieden.

lid 2

(...)

b. Niet-klinische medisch-specialistische zorg

Aanspraak bestaat op medisch-specialistische behandeling in een of door een als ziekenhuis toegelaten instelling. De aanspraak omvat de met de behandeling gepaard gaande verpleging, alsmede de bij behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

(...)

Voorwaarden

toestemming:

toestemming vooraf is vereist, als:

a. de medisch specialistische zorg betrekking heeft op intramurale zorg;

(...)

verwijzing:

voor de medisch specialistische zorg heeft een verwijzing plaatsgevonden door een huisarts, (...), medisch specialist (...)

zorgverlener:

de medisch specialistische zorg wordt verleend door een ziekenhuis, medisch specialist (...) “

Artikel 24 Buitenland, bepaalt, voor zover hier relevant, het volgende:

“lid 1

De verzekerde die woont in Nederland, heeft aanspraak op de vergoeding van kosten voor zorg als bedoeld in artikel 3 lid 2 van een zorgaanbieder of instelling buiten Nederland.

(...)”

Ten algemene wordt in artikel 2 lid 4 het volgende bepaald:

“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 of diensten.”

Met betrekking tot de hoogte van de vergoeding regelt artikel 3 lid 2, voor zover relevant, het volgende.

“lid 2.

De aanspraak op vergoeding van kosten vindt plaats tot maximaal:

a. het op dat moment op basis van de Wet tarieven gezondheidszorg vastgestelde (maximum-)tarief.

(...)”

- 7.3. De regeling van de artikelen 2, 3, 9 en 24 is volgens de algemene voorwaarden, artikel 2 van de zorgverzekering, gebaseerd op de Zvw, het Bzv en de Rzv.

- 7.4. Artikel 11 lid 1 onderdeel b 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 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, 2.2 en 2.4 van het Bzv.
- 7.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.6. Indien de ingreep van maart 2006 zou moeten worden aangemerkt als een heroperatie in het kader van de operatie uit december 2005 zou het onderhavige geschil ingevolge artikel 2.1.2 Invoerings- en aanpassingwet Zorgverzekeringswet niet onder de competentie van de Geschillencommissie Zorgverzekeringen vallen. Nu de zorgverzekeraar desgevraagd heeft verklaard een toetsing op basis van de zorgverzekering van 2006 te wensen zal de commissie ervan uitgaan dat sprake is van een aanvraag voor een nieuwe behandeling.
- 7.7. De vraag is of een endoscopische nucleotomie op niveau C5-6, beoordeeld naar de internationale stand van de wetenschap en de praktijk, te gelden heeft als zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 7.8. 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.
- 7.9. 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.

- 7.10. Een onderzoek naar dergelijke kwalitatieve onderzoeken met betrekking tot de onderhavige behandeling bij een HNP op niveau C5-6, is door het CVZ in zijn advies van 9 november 2007 uitgevoerd en de conclusie daarvan neemt de commissie over en maakt zij tot de hare. 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 artikel 2 en 9 van de lijst van aanspraken van de zorgverzekering kan worden beschouwd.

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

8. Het bindend advies

- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 10 december 2007

Voorzitter