

Anoniem Bindend advies

Partijen : A te B vs. C te D
Zaak : Geneeskundige zorg, endoscopische decompressie bij lumbale stenose,
buitenland
Zaaknummer : ANO07.243
Zittingsdatum : 19 september 2007

BINDEND ADVIES

Zaak: ANO07.243 (geneeskundige zorg, endoscopische decompressie bij lumbale stenose, buitenland)

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 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 7 september 2006 inzake de afwijzing van de aanvraag voor endoscopische decompressie bij stenose L4-5 en/of L5-S1 in de Alpha Klinik te München (Duitsland).

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker is bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorg Zeker Polis, een verzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw) (hierna: de zorgverzekering), in combinatie met een aanvullende verzekering.
- 3.2. Bij brief van 7 september 2006 heeft de zorgverzekeraar verzoeker bericht dat afwijzen was beslist op de aanvraag voor endoscopische decompressie bij stenose L4-5 en/of L5-S1 in de Alpha Klinik te München (Duitsland).
- 3.3. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 19 december 2006 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker meegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. Bij brief van 28 december 2007 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de aangevraagde behandeling, te weten endoscopische decompressie bij lumbale stenose, in de Alpha Klinik te München te verstrekken.
- 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 7 februari 2007 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt.

- 3.7. Bij brief van 19 april 2007 heeft de commissie verzoeker gevraagd om toezending van het operatieverslag. Tevens is verzoeker de vraag gesteld of hij de onderhavige nota al bij de zorgverzekeraar had ingediend. Op 24 april 2007 heeft de commissie van verzoeker de nodige informatie ontvangen. Daaruit bleek onder meer dat de nota's nog niet bij de zorgverzekeraar waren ingediend. Aangezien het voorlopige operatieverslag leek te duiden op een (deels) andere behandeling dan die eerder was aangevraagd en welke door de zorgverzekeraar was beoordeeld, heeft de commissie de zorgverzekeraar gevraagd of een en ander nog aanleiding vormde voor een andersluidend oordeel. Op 6 juni 2007 heeft de zorgverzekeraar de commissie meegedeeld daartoe geen aanleiding te zien.
- 3.8. Bij brief van 10 juli 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen verzocht om advies, een en ander conform artikel 114 van de Zvw.
- 3.9. Op 11 juli 2007 is verzoeker een afschrift van de reactie van de zorgverzekeraar gezonden. Tevens zijn partijen in de gelegenheid gesteld zich te doen horen.
- 3.10. Het College voor zorgverzekeringen heeft op 29 augustus 2007, op de voet van artikel 114 lid 3 van de Zvw, zijn advies gegeven. Een afschrift hiervan is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.11. Partijen zijn op 19 augustus 2007 in persoon gehoord. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld op het advies van het College voor zorgverzekeringen te reageren.
- 3.12. Bij brief van 21 september 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden. In vervolg hierop heeft het College voor zorgverzekeringen aangegeven 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 was ten tijde van de onderhavige behandeling 58 jaar. Hij had al geruime tijd last van zijn rug. Behandelingen in Nederland hebben niet tot voldoende resultaat geleid. Bovendien heeft hij in Nederland te maken gehad met lange wachttijden. Aangezien de pijn bleef aanhouden, heeft verzoeker zich gewend tot de Alpha Klinik in München, waar hij op korte termijn terecht kon. Op 3 augustus 2006 is hij daar behandeld. Verzoeker zegt de redenen van de zorgverzekeraar voor het niet vergoeden van de behandeling niet te begrijpen. Daarbij merkt hij op dat, gezien de staat van dienst van dr. Hoogland, de opmerking van de zorgverzekeraar dat de behandeling in het betrokken vakgebied geldt als niet verantwoorde en adequate zorg, niet op zijn plaats is. Ter onderbouwing hiervan is door hem ter zitting een lijst van publicaties van de betrokken arts overgelegd.
- 4.2. Het is verzoeker niet duidelijk wanneer hij over een gerichte verwijzing moet beschikken. Voor sommige behandelingen is de verwijzing niet nodig en voor andere weer wel. In de polisvoorwaarden komt in de begripsbepalingen het begrip verwijskaart ook niet voor. Gezien de houding die verzoeker bij de door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverleners waarneemt, is het de vraag of van deze zorgverleners een ge-

richte verwijzing kan worden verwacht.

- 4.3. Verzoeker stelt dat onbegrijpelijk is dat andere zorgverzekeraars de behandelingen in de Alpha Klinik wel vergoeden, aangezien op grond van de Zorgverzekeringswet de te verzekeren prestaties voor iedereen gelijk dienen te zijn.
- 4.4. Ter zitting verklaart verzoeker dat hij, naar aanleiding van een publicatie van de zorgverzekeraar, voor een second opinion naar een door deze gecontracteerde kliniek wilde gaan. Hem werd medegedeeld dat een operatie niet mogelijk was vanwege hartritmestoornissen. Omdat de ingreep niet kon plaatsvinden in de kliniek, wilde men daar ook geen second opinion uitvoeren.
Verzoeker stelt dat de behandeling, zoals deze in de kliniek wordt uitgevoerd, identiek is aan die welke hij heeft ondergaan in de Alpha Klinik.
- 4.5. Verzoeker komt tot de conclusie dat de zorgverzekeraar de uitgevoerde behandeling dient te vergoeden.

5. Het standpunt van de zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar stelt dat hij bij de beoordeling is uitgegaan van de artikelen 1, 2 lid 4 en 7 van de zorgverzekering; dat hij met de Alpha Klinik te München, noch met dr. Hoogland een contract heeft en dat verzoeker niet beschikt over een gerichte verwijzing van een (huis)arts naar deze kliniek.
- 5.2. Verder stelt de zorgverzekeraar, onder verwijzing naar internationale literatuur en het advies van het College voor zorgverzekeringen van 10 oktober 2006 (nr. 23073544), dat de aangevraagde endoscopische decompressie bij stenose L4-5 of L5-S1 in het betrokken vakgebied niet geldt als verantwoorde en adequate zorg.
- 5.3. De zorgverzekeraar concludeert dat nu in het betrokken vakgebied de aangevraagde behandeling niet geldt als verantwoorde en adequate zorg en verzoeker niet beschikt over een gerichte verwijzing, geen aanspraak kan worden gemaakt op de aangevraagde behandeling ten laste van de zorgverzekering.
- 5.4. Verder heeft de zorgverzekeraar bij brief van 6 juni 2007 laten weten dat de blijkens het operatieverslag uitgevoerde behandeling, te weten discograhy L4/5, endoscopic nucleotomy with laser decompression L4/5 right en endoscopic abrasion L4/5, geen aanleiding vormt te komen tot een andersluidend oordeel.
- 5.5. Ter zitting stelt de zorgverzekeraar dat de in de door hem gecontracteerde kliniek een andere behandeling wordt uitgevoerd dan die welke verzoeker heeft ondergaan.

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. Bij zijn aanvraag van 20 juli 2006 heeft verzoeker een kopie gevoegd van het voorstel tot behandeling. Uit dit voorstel maakt de commissie op dat het in deze gaat om een endoscopische decompressie bij stenose L4-5 of L5-S1. De vraag of in dit geval aanspraak bestaat op de aangevraagde endoscopische decompressie bij lumbale stenose in de Alpha Klinik in München (Duitsland), moet worden beantwoord aan de hand van de tussen partijen ten tijde van de onderhavige aanvraag bestaande verzekeringsovereenkomst, te weten de zorgverzekering.
- 7.2. De zorgverzekering omvat de aanspraak op zorg (natura). Voor de benodigde zorg dient de verzekerde, gelet op het bepaalde in artikel 3 van de zorgverzekering, zich te wenden tot een door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverlener. Als niet onweersproken staat vast dat de zorgverzekeraar geen contract heeft met de Alpha Klinik in München (Duitsland), dan wel dr. Hoogland. Het gaat in deze dus om niet-gecontracteerde zorg.

De aanspraak op zorg in het buitenland is geregeld in artikel 23 van de zorgverzekering. Voor zover hier van belang, bepaalt genoemd artikel:

"(...) De verzekerde heeft recht op:

- (...);

- (...);

- vergoeding van kosten van hulp van een niet door [naam zorgverzekering] gecontracteerde hulpverlener of zorginstelling conform het bepaalde dat elders in deze polis bij iedere zorgvorm afzonderlijk is aangegeven indien hulp binnen Nederland door een niet-gecontracteerde zorgverlener of instelling zou zijn verleend. Voor de vaststelling van de vergoeding geldt het Nederlandse marktconforme tarief of WMG tarief. De kosten die het Nederlandse marktconforme tarief of het WMG tarief te boven gaan, blijven in alle gevallen voor uw eigen rekening;

- volledige kostenvergoeding indien [naam zorgverzekering] vooraf toestemming verleent voor inroepen van zorg in een ander land dan het woonland;

- (...).

De kosten die het Nederlandse marktconforme tarief of het WMG tarief te boven gaan, blijven in alle gevallen voor uw eigen rekening.

Voorwaarden:

- voor intramurale zorg buiten het woonland (dat is opneming of verblijf in een instelling gedurende tenminste één nacht) is toestemming nodig van [naam zorgverzekering];

- vergoeding van de kosten van zorg vindt plaats met inachtneming van de voorwaarden zoals gelden onder de toepasselijke sociale zekerheidverordening of het desbetreffende verdrag, danwel zoals elders in deze polis bij iedere zorgvorm afzonderlijk is aangegeven;

- verwijzing naar een instelling buiten uw woonland mag alleen geschieden door uw eigen behandelend huisarts of medisch-specialist in uw woonland; (...)"

De aanspraak op medisch specialistische zorg is geregeld in artikel 7 van de zorgverzekering. Voor zover hier van belang, luidt genoemd artikel als volgt:

"Artikel 7 Medisch specialistische zorg

7.1 Algemeen

Voor in de artikelen 7 tot en met 17 genoemde vormen van zorg is een verwijzing noodzakelijk door uw huisarts, gecontracteerd bedrijfsarts, medisch specialist (...) De omvang van deze te verlenen hulp wordt begrensd door hetgeen medisch specialisten als zorg plegen te bieden en hetgeen gebruikelijk is. (...)"

Aangezien de behandeling in de Alpha Klinik extramuraal (poliklinisch) plaatsvindt, betreft het hier niet-klinische medisch-specialistische zorg. Artikel 7 van de zorgverzekering bepaalt hierover het volgende:

7.3 Niet klinische medisch-specialistische zorg

U heeft recht op:

- medisch specialistische behandeling in of door een daartoe door de zorgverzekeraar gecontracteerd ziekenhuis;*
- medisch specialistische behandeling in een daartoe door de zorgverzekeraar zelfstandig behandelcentrum;*
- medisch specialistische behandeling van de daartoe door [naam zorgverzekering] gecontracteerde extramuraal werkende medisch-specialist;*
- de met de behandeling gepaard gaande dagverpleging, alsmede de bij behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.*

Voorwaarden:

- er dient sprake te zijn van gebruikelijke medisch specialistische zorg; (...)*

Hulp door een niet-gecontracteerde zorginstelling

Bij hulp in een niet-gecontracteerde ziekenhuis/Zelfstandig Behandelcentrum (ZBC) of door een niet-gecontracteerde hulpverlener, vindt een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte plaats tot maximaal 80% van het marktconforme tarief of het WMG-tarief. De kosten van de overige 20% van het marktconforme tarief of toepasselijke WMG-tarief blijven voor uw rekening, tot een maximum van € 500,00 per behandeling. De kosten die het marktconforme tarief te boven gaan blijven eveneens voor uw rekening. (...)

In artikel 1 van de zorgverzekering is 'gebruikelijke zorg' als volgt gedefinieerd:

"Behandeling die door de internationale wetenschap voldoende beproefd en deugdelijk is bevonden. Voor de beoordeling daarvan sluiten wij ons aan bij de uitspraak van de Centrale Raad van Beroep van 30 september 2004, te weten dat hierbij alle relevante gegevens in aanmerking dienen te worden genomen waaronder met name literatuur, wetenschappelijke onderzoeken en gezaghebbende meningen van deskundigen. Beslissingen worden op basis van de beste evidence genomen."

Verder bepaalt artikel 2 lid 4 van de zorgverzekering:

"De aanspraak op zorg of vergoeding van kosten van zorg als in de zorgpolis omschreven, wordt naar inhoud en omvang bepaald door de 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."

- 7.3. De zorgverzekering is blijkens artikel 2 lid 1 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Besluit zorgverzekering (Bzv) met de daarbij behorende ministeriële regeling(en) zorgverzekering, met inbegrip van de daarbij behorende toelichting.

- 7.4. De commissie constateert dat de in de in artikelen 1, 2 lid 4 en 7 van de zorgverzekering opgenomen aanspraak op behandelingen van medisch-specialistische zorg door een niet-gecontracteerde zorgverlener in het buitenland strookt met het daaromtrent bepaalde in de artikelen 10, 11, 13 en 14 van de Zvw, artikel 2.4 van het Bzv en artikel 2.1 van de Regeling zorgverzekering (Rzv), zoals deze bepalingen luiden ten tijde van de onderhavige aanvraag.
- 7.5. De vraag die de commissie in deze eerst heeft te beantwoorden is of een endoscopische (ook wel: minimaal invasieve) decompressie van een lumbale wervelkanaalstenose voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk – in de polisvoorwaarden wordt nog de inmiddels verouderde term “gebruikelijke zorg” gebruikt – en mitsdien te gelden heeft als een verstrekking in de zin van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 7.6. Bij de beoordeling of sprake is van zorg die voldoet aan de wetenschap en praktijk, wordt het principe van “evidence based medicine” gebruikt. Dit is het proces van het systematisch vinden, analyseren en gebruiken van de bestaande onderzoeksbevindingen als een basis voor (klinische) beslissingen. Hierbij is van belang dat er specifiek wordt gezocht naar de toepassing van de gevraagde behandeling bij de indicatie waarvoor de behandeling in het betreffende geval gebruikt wordt.
- 7.7. Uit de indeling van methodologische kwaliteit van individuele onderzoeken en het niveau van de conclusies, zoals onder meer door het Centraal Begeleidings Orgaan, het kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg, gebruikt voor de ontwikkeling van haar richtlijnen, volgt dat de navolgende onderzoeksmethode de standaard is voor de vaststelling van de effectiviteit van een behandeling:

”Eén meta-onderzoek van de systematische reviews van ten minste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde gerandomiseerde dubbelblind vergelijkende klinisch onderzoeken van goede kwaliteit en van voldoende omvang of tenminste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde gerandomiseerde dubbel blind vergelijkende klinisch onderzoeken van goede kwaliteit en van voldoende omvang. Voor beide geldt dat voldoende lange termijn follow-up gegevens bekend dienen te zijn.”

Indien uit minimaal twee van de bovengenoemde studies blijkt dat de behandeling in kwestie een (meer)waarde heeft ten opzichte van de behandeling die tot nog toe in de internationale kring van de beroepsgenoten geldend is, dan kan gesproken worden van een behandeling die voldoet aan de wetenschap en praktijk.

- 7.8. De commissie beantwoordt de in overweging 7.5 geformuleerde vraag aan de hand van het meest recente onderzoek van 10 oktober 2006 van het College voor zorgverzekeringen alsmede eigen onderzoek. Uit eerder genoemde onderzoeken blijkt ten aanzien van de onderhavige behandeling het volgende.
Zoekopdrachten in de meest relevante databases levert de volgende informatie op. Uit de database van het United States National Institutes of Health blijkt dat met betrekking tot de minimaal invasieve microdecompressie van een lumbale wervelkanaalstenose geen gegevens bekend zijn. Voorts levert de database van Pubmed één onderzoek op waarbij 30 patiënten betrokken waren. Op de site van de INAHTA en van de Cochrane library is geen informatie aangetroffen in verband met de minimaal invasieve decompressie van de lumbale wervelkanaalstenose.

Voorts is via Google een inaugurele dissertatie gevonden van 2005 met betrekking tot de 'microdecompressionsoperation bei degeneratieve lumbaler Spinalkanalstenose'. Hoewel de resultaten daarin bemoedigend zijn, ontbreekt het in het daar genoemde onderzoek naar de minimaal invasieve behandelingen aan een controle-groep.

- 7.9. Uit deze onderzoeksgegevens concludeert de commissie dat thans géén gerandomiseerd dubbelblind vergelijkend klinisch onderzoek van goede kwaliteit en van voldoende omvang beschikbaar is. De effectiviteit van de behandeling is aldus niet wetenschappelijk vastgesteld. Het gebrek aan onderzoek doet zich ook voelen in de vraag naar de meerwaarde van de ingreep. Gegevens over de resultaten op de lange termijn ontbreken.
- Daarbij is de behandeling ook in de praktijk niet als algemeen geaccepteerd te beschouwen. De minimaal invasieve decompressie van een lumbale wervelkanaalstenose voldoet derhalve niet aan de huidige wetenschap en praktijk.
- Tegen de achtergrond van bovenstaande kan de commissie tot geen andere conclusie komen dan dat de aangevraagde behandeling niet als een verzekerde prestatie als bedoeld in artikel 7 in samenhang met artikel 2 lid 4 van de zorgverzekering heeft te gelden. Nu geen sprake is van een verzekerde prestatie kan de vraag of aan de overige vereisten voor de verstrekking van de zorg is voldaan, verder buiten bespreking blijven.
- Gezien het voorgaande is de commissie dan ook van oordeel dat de zorgverzekeraar de aanvraagde behandeling terecht heeft afgewezen.
- 7.10. Verzoeker heeft nog aangevoerd dat er zorgverzekeraars zijn die behandelingen in de Alpha Kliniek wél vergoeden. Aangezien niet duidelijk is of het daarbij dezelfde behandeling betreft als de door verzoeker aangevraagd behandeling, en bovendien niet duidelijk is of de door verzoeker bedoelde zorgverzekeraars de behandeling ten laste van de zorgverzekering, de aanvullende verzekering of op basis van coulance vergoeden, kan dit argument verzoeker niet baten.
- 7.11. Uit het voorlopig operatieverslag blijkt dat in de situatie van verzoeker sprake is geweest van een vernauwing van het wervelkanaal als gevolg van sequesters, met druk op de uittredende wortel, en niet van een wervelkanaalstenose, zoals in de aanvraag vermeld. Verricht is een percutane laser discus decompressie (PLDD).
- Met betrekking hiertoe heeft de zorgverzekeraar bij brief van 6 juni 2007 medegedeeld geen reden te zien alsnog over te gaan tot vergoeding van de kosten. Ter zitting is hier door de zorgverzekeraar aan toegevoegd dat het advies van het College voor zorgverzekeringen van 10 oktober 2006 ook betrekking heeft op de uitgevoerde behandeling. Hiervoor geldt eveneens dat deze niet voldoet aan de stand van de wetenschap en de praktijk.
- Nog afgezien van de vraag of de commissie, bij gebrek aan een heroverweging, bevoegd is daarover een oordeel uit te spreken, constateert zij dat verzoeker niet beschikt over een gerichte verwijzing van zijn huisarts, gecontracteerd bedrijfsarts of medisch specialist, zodat niet is voldaan aan alle (administratieve) voorwaarden die in de zorgverzekering aan de verstrekking van medisch-specialistische zorg worden gesteld. Het in de zorgverzekering opgenomen vereiste van verwijzing is een uitwerking van het bepaalde in artikel 14 lid 2 van de Zvw, welke bepaling luidt als volgt:

“De zorgverzekeraar neemt in zijn modelovereenkomst op dat geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden, met uitzondering van acute zorg, slechts toegankelijk is na verwijzing door in die overeenkomst aangewezen categorieën zorgaanbieders, waaronder in ieder geval de huisarts.”

De vraag of de door verzoeker ondergane behandeling voldoet aan de stand van de wetenschap en de praktijk kan, nu een gerichte verwijzing ontbreekt, onbeantwoord blijven.

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

8. Het bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 3 oktober 2007

Voorzitter