

ANONIEM

Bindend advies

Partijen	: A te B vs C te D
Zaak	: Geneeskundige zorg buitenland, minimaal invasieve reconstructie spinaalkanaal
Zaaknummer	: ANO07.146
Zittingsdatum	: 6 juni 2007

Zaak AN)07.146, Geneeskundige zorg buitenland,minimaal invasieve reconstructie spinaalkanaal

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. J.H.A. Teulings)

(Voorwaarden zorgverzekering 2006, art. 11, 13 en 14 Zvw, 2.4 Bzv)

1. Partijen

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

tegen

E te F, hierna te noemen zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen het besluit van de zorgverzekeraar van 16 juni 2006 inzake het niet vergoeden van een behandeling in de Alpha Klinik te München (Duitsland), te weten een minimaal invasieve reconstructie van het spinaalkanaal.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1 Verzekerde is bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Basispolis, een verzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), (hierna: de zorgverzekering).
- 3.2 Bij brief van 16 juni 2006 heeft de zorgverzekeraar verzekerde bericht dat de kosten van de behandeling in de Alpha Klinik niet vergoed worden.
- 3.3 Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 13 oktober 2006 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4 Bij brief van 16 oktober 2006 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht de zorgverzekeraar op te dragen de totale kosten van de onderhavige behandeling in de Alpha Klinik te vergoeden.
- 3.5 Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, heeft 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 28 november 2006 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt.
- 3.7 Bij brief van 31 januari 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen verzocht om advies, een en ander conform artikel 114 van de Zvw.

- 3.7 Op 29 november 2006 is verzoeker een afschrift van de reactie van de zorgverzekeraar gezonden. Tevens zijn verzoeker en de zorgverzekeraar in de gelegenheid gesteld zich te doen horen.
- 3.9 Het College voor zorgverzekeringen heeft de commissie op 20 april 2007 op de voet van artikel 114 lid 3 van de Zvw, zijn advies gegeven. Een afschrift hiervan is aan partijen gezonden.
- 3.10 Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 6 juni 2007 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het College voor zorgverzekeringen. Verzoeker heeft van deze mogelijkheid gebruik gemaakt en zijn standpunt nog eens herhaald. De zorgverzekeraar heeft geen inhoudelijke reactie gegeven.
- 3.11 Bij brief van 2 juli 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 de commissie op 25 juli 2007 medegedeeld dat hetgeen in de hoorzitting naar voren is gebracht geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies.
4. Het standpunt van verzoeker
- 4.1 Verzekerde is een 60-jarige vrouw die kampt met rugklachten. De rugklachten zijn het laatste jaar in hevigheid toegenomen. Verzekerde heeft een minimaal invasieve reconstructie van het spinaalkanaal op de niveaus L3-L4, L4-L5, L2-L3 en L5-L6 ondergaan in de Alpha Klinik in München.
- 4.2 Verzoeker stelt dat de zorgverzekeraar de behandeling heeft afgewezen omdat er geen verwijzing zou zijn van de behandelend arts in Nederland alsmede omdat de behandeling experimenteel zou zijn. Verzoeker is het hier niet mee eens, omdat de behandeling tot een zeer goed resultaat heeft geleid bij verzekerde. Verzoeker geeft aan dat de zorgverzekeraar geld bespaart nu verzekerde allerhande medicatie en hulpmiddelen die wellicht in de toekomst noodzakelijk zouden zijn geweest, niet hoeft te gebruiken en de door de Nederlandse artsen voorgestelde ingreep niet meer hoeft plaats te vinden. Verzoeker is van mening dat in het geval van verzekerde niet gesproken kan worden van een experimentele behandeling. Vergoeding conform minimaal Nederlands tarief zou door de zorgverzekeraar dan ook moeten plaatsvinden.
5. Het standpunt van de zorgverzekeraar
- 5.1 Volgens de medisch adviseur van de zorgverzekeraar is de operatietechniek die in de Alpha Klinik is voorgesteld niet gebruikelijk is en als experimenteel beschouwd dient te worden. Experimentele behandelingen behoren niet tot de te verzekeren prestaties en kunnen derhalve niet voor vergoeding ten laste van de Zorgverzekering in aanmerking komen.
- 5.2 De zorgverzekeraar heeft onderzocht of er in de jurisprudentie aanknopingspunten zijn te vinden om toch tot vergoeding van de gevraagde behandeling over te gaan. Hierin heeft de zorgverzekeraar geen aanknopingspunten gevonden.
- 5.3 Naar de mening van de zorgverzekeraar zijn er geen alternatieven voorhanden die ertoe leiden dat vergoeding van de gevraagde ingreep mogelijk is. Daarnaast speelt hierbij mee dat geen duidelijkheid verschaft wordt, ook door de Alpha Klinik zelf niet,

of de voorgestelde behandeling op de midden en langere termijn niet juist tot meer rugklachten zullen leiden.

- 5.4 De zorgverzekeraar concludeert dat vergoeding van de gevraagde behandeling niet mogelijk is omdat er geen verwijzing is van een specialist in Nederland. Daarnaast is er volgens de zorgverzekeraar sprake van een experimentele behandeling hetgeen ondermeer blijkt uit een recente literatuursearch uitgevoerd door het College van zorgverzekeringen. De jurisprudentie op dit gebied biedt eveneens geen aanknopingspunten.
- 5.5 Ter zitting verklaart de zorgverzekeraar dat een coulancebetaling ad € 4.382,70 heeft plaatsgevonden. Daarbij zijn het Nederlandse DBC-tarief voor een kanaalstenose en de kosten van een MRI en medicijnen als uitgangspunt genomen.

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 Tussen partijen is met ingang van 1 januari 2006 een verzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het BW tot stand gekomen. 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 restitutiepolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op niet-gecontracteerde zorg. Geneeskundige zorg staat vermeld in artikel 2 van de Lijst van aanspraken van de zorgverzekering. Hierin staat, voor zover hier van belang, in lid b het volgende bepaald:

“b. Niet-klinische medisch specialistische zorg door een ziekenhuis of een zelfstandig behandelcentrum (met uitzondering van plastische chirurgische behandelingen en kaakchirurgische zorg)

Omschrijving: onderzoek en behandeling (poliklinisch of in dagverpleging) door een medisch specialist in een ziekenhuis of een zelfstandig behandelcentrum. De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen medisch specialisten als zorg plegen te bieden. De aanspraak omvat de met de behandeling gepaard gaande verpleging, alsmede de bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

Zorgverlening: medisch specialisten in een ziekenhuis of in een zelfstandig behandelcentrum.

(..)

*Verwijzing: huisarts, tandarts of verloskundige, bedrijfsarts of medisch specialist.
(..)*”.

Artikel 12 van de Lijst van aanspraken van de zorgverzekering bepaalt:

“(…)

4. De verzekerde die in Nederland woont en die naar het buitenland gaat voor medische zorg, heeft recht op die zorg, dan wel vergoeding van de daarvoor gemaakte kosten, volgens de polisvoorwaarden, met dien verstande dat de zorgverzekeraar voor intramurale zorg vooraf toestemming verleend moet hebben. Bij het beoordelen van de aanvraag voor toestemming wordt gelet op de termijn waarbinnen de gevraagde behandeling in Nederland zou kunnen plaatsvinden, het behandelplan alsmede de daarvoor begrote kosten.

(…)

6. Ten aanzien van de vergoeding volgens de leden 3 en 4 geldt, dat deze nooit de in Nederland geldende tarieven te boven gaan.”

- 7.3 Volgens artikel 2 van de zorgverzekering is de verzekeringsovereenkomst gebaseerd op de Zvw, het Bzv en de Rzv, met inbegrip van de daarbij behorende toelichting, en het door de verzekeringnemer ingevulde aanvraagformulier. De overeenkomst is vastgelegd in deze zorgpolis, als bedoeld in artikel 1 sub h en i van de Zvw en het polisblad welke integraal onderdeel uitmaakt van de zorgpolis. Deze zorgpolis wordt bij het aangaan van de verzekering en na wijziging van de voorwaarden verstrekt aan de verzekerde en, zo deze een andere persoon is dan de verzekerde, aan de verzekeringnemer
- 7.4 Voor de beoordeling van het onderhavige geschilpunt zijn de navolgende wettelijke bepalingen relevant.
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. Waar het gaat om geneeskundige zorg, is een en ander naar aard en omvang omschreven in artikel 2.4 van het Bzv. Het betreft onder andere zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden. Artikel 14, lid 1 van de Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar op zorginhoudelijke criteria een doelmatigheidstoets mag toepassen.
Artikel 13 lid 1 van de Zvw regelt dat indien een verzekerde bepaalde vormen van zorg van een andere zorgaanbieder betreft, dan de zorgaanbieder waarmee de zorgverzekeraar een overeenkomst tot het leveren van zorg gesloten heeft, het de zorgverzekeraar is die de vergoeding van de voor deze zorg gemaakte kosten vaststelt.
- 7.5 De commissie constateert dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.6 In het onderhavige geval dient beoordeeld te worden of de uitgevoerde operatie kan worden aangemerkt als gebruikelijk in de internationale kring van de beroepsgenoten en daarmee sprake is van medisch specialistische zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden.

De commissie constateert dat de minimaal invasieve reconstructie van het spinaalkanaal op de niveaus L3-L4 en L4-L5, anders dan de klassieke kanaalstenose-operatie, geen gebruikelijke zorg is in de zin van de zorgverzekering.

Er is slechts een beperkt aantal artikelen gepubliceerd, hetgeen niet toereikend is om te kunnen spreken van een behandeling die voldoende beproefd en deugdelijk is bevonden. Het blijft met name onduidelijk of de ingreep op de langere termijn niet meer rugklachten zal geven.

Verder ontbreekt in dit geval een gerichte verwijzing door de huisarts of een medisch specialist. Zowel de specialist van het Antonius Ziekenhuis te Nieuwegein als de specialist van de Sint Maartenskliniek in Nijmegen hebben geen verwijzing afgegeven.

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

8. Het bindend advies

8.1 De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 1 augustus 2007

Voorzitter