BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B vs C te D
Zaak	: Geneeskundige zorg buitenland, microscopische decompressie lumbale wervelkanaal op niveau L4-5
Zaaknummer	: 2008.0425
Zittingsdatum	: 25 juni 2008

I 2008 0425
1//

Zaak: 2008.0425, geneeskundige zorg buitenland, microscopische decompressie lumbale wervelkanaal op niveau L4-5

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2007, art. 10, 11 en 13 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 de beslissing van de zorgverzekeraar van 20 maart 2007 de door haar ondergane microscopische decompressie van het lumbale wervelkanaal in München niet te vergoeden.

3. Ontstaan en verloop van het geding

3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de ZorgVerzorgdpolis (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 Zvw.

3.2. De behandelend orthopedisch chirurg heeft bij verzoekster de volgende diagnose gesteld: "stenose van het lumbale wervelkanaal op niveau L4-5 bij een degeneratieve LWS scoliose". Verzoekster heeft naar aanleiding van de gestelde diagnose bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van de door haar gewenste zorg bestaande uit "een microscopische decompressie van het lumbale wervelkanaal op niveau L4-5" ten laste van de zorgverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 20 maart 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat haar aanspraak is afgewezen.

3.3. Op 12 maart 2007 heeft de behandeling, op de vergoeding waarvan verzoekster aanspraak maakt, overeenkomstig de wijze zoals in de aanvraag vermeld, plaatsgevonden.

3.4. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 26 april 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat hij heeft besloten zijn standpunt te handhaven .

3.5. Bij brief van 7 februari 2008 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen.

3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 37,00 voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de moge-

lijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren.

3.7. De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie bij brief van 31 maart 2008 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 3 april 2008 aan verzoekster toegezonden .

3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 14 april 2008 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.

3.9. Bij brief van 3 april 2008 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw, gevraagd. Bij brief van 29 april 2008 heeft het CVZ bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek van verzoeker af te wijzen omdat de door verzoekster ondergane behandeling niet kan worden beschouwd als zorg die op grond van de internationale stand van de wetenschap en praktijk voldoende beproefd en deugdelijk is bevonden .. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.

3.10. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 25 juni 2008 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.

3.11. Bij brief van 26 juni 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 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. <u>Het standpunt en de conclusie van verzoekster</u>

4.1. Verzoekster stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat zij een indicatie heeft voor de ondergane behandeling. Met een beroep op de verwijzing door haar huisarts naar de Alpha Klinik en de bevindingen van de behandelend arts in de Alpha Klinik stelt verzoekster dat de operatie medisch gezien noodzakelijk was.

4.2. Een endoscopische operatie voor het opheffen van een spinaalkanaal stenose wordt in Nederland ook uitgevoerd. Deze techniek is weldegelijk gebruikelijk.

4.3. Volgens vaste rechtspraak van het Europese Hof van Justitie, laatstelijk in een uitspraak van 19 april 2007 (zaak Stamatelaki), valt medische zorg die met vergoeding van kosten in het buitenland wordt verleend onder de werkingssfeer van het vrije verkeer van diensten als bedoeld in het EG Verdrag.

4.4. Een aantal verzekerden van deze zorgverzekeraar heeft wél vergoeding ontvangen voor de uitgevoerde operaties in de Alpha Klinik.

4.5. Ter zitting is door verzoekster nog aangevoerd dat de zorgverzekeraar ook kosten zou hebben gehad als zij in Nederland zou zijn geopereerd. Niet valt in te zien waarom deze kosten niet bij wijze van substitutie aan verzoekster kunnen worden uitgekeerd. Bovendien hoeft de zorgverzekeraar, door de ondergane operatie, in de toekomst geen kosten te maken voor onder andere fysiotherapie en medicatie.

4.6. Verzoekster komt tot de conclusie dat haar 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 de behandelend arts buiten het reguliere gezondheidsstelsel van zowel Nederland als Duitsland valt, omdat hij niet altijd de internationaal wetenschappelijk erkende behandelafspraken volgt. De door verzoekster ondergane behandeling moet gelet op de huidige stand van de wetenschap en praktijk als niet-gebruikelijke zorg worden beschouwd . Dat verzoekster haar behandeling in Duitsland heeft ondergaan. maakt dit niet anders.

5.2. Op grond van de internationaal wetenschappelijk erkende richtlijnen heeft de zorgverzekeraar vastgesteld dat verzoekster geen indicatie had voor operatief ingrijpen.

5.3. Slechts indien aan alle vereisten is voldaan, te weten dat sprake is van gebruikelijke zorg, verzoekster beschikt over een indicatie voor die zorg, en over een verwijzing, vergoedt de zorgverzekeraar behandelingen in de Alpha Klinik tot maximaal het bedrag dat in Nederlandse marktomstandigheden passend is te achten. Bij een Naturapolis kan de zorgverzekeraar een korting in rekening brengen.

5.4. Ter zitting is door de zorgverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat van substitutie geen sprake kan zijn omdat de door verzoekster ondergane operatie behoort tot de experimentele zorg. Voor zover het verzoek ziet op de kosten die in de toekomst bespaard zullen worden door de door verzoekster ondergane operatie stelt de zorgverzekeraar dat dit geen toetsingscriterium is.

5.5. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoekster 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. De commissie is daarentegen niet bevoegd ten aanzien van de aanvullende verzekering.

7 De beoordeling van het geschil

.

7.1. 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) zorg of diensten is geregeld in artikel 8.4 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, het volgende vermeld:

> *"Geneeskundige zorg omvat zorg zoals* (. . .) *medisch specialisten* (. . .) *plegen te bieden, met inbegrip van daarbij behorende laboratoriumonderzoek* (. . .)"
> (. . .)

In het kader onder artikel 8.4 staat, voor zover hier relevant, het volgende:

> *Voor de bovenstaande verzekerde prestatie: zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden,* (. . .) *Dient de verzekerde zich te wenden tot: medisch-specialist* (. . .) *op*

> *voorwaarden van: verwijzing door huisarts, medisch specialist* (. .. *Vindplaats welke aanbieder is gecontracteerd: Website. Op verzoek wordt de lijst met gecontracteerde aanbieders toegezonden)"*

Voorts wordt in artikel 8.2 van de zorgverzekering ten algemene bepaald:

> *"De inhoud en omvang van de zorg vormen 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."*

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, e en f van de zorgverzekering. Deze bepaling luidt, voor zover in dit kader relevant, als volgt:

> *"b. Voor zover verzekerde die zorg of een andere dienst betrekt 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.*
> (… .)
> e. *Zorgverzekeraar vergoedt de kosten van zorg die is verleend door een ter zake van die zorg niet gecontracteerde aanbieder overeenkomstig het WMG-tarief, en bij het ontbreken daarvan de kosten voor zover deze de Nederlandse marktomstandigheden passend zijn te achten. Zorgverzekeraar betrekt in zijn vaststelling de gebruikelijke kosten zoals de betrokken aanbieder die in rekening brengt, de gangbare kosten die soortgelijke aanbieders in rekening brengen, en de redelijkheid gegeven de omstandigheden;*
> *f Op het onder* e *bedoelde bedrag wordt een korting in mindering gebracht van 10%, met een maximum van € 200 per verzekerde per kalenderjaar. Deze korting wordt niet toegepast:*
> *i bij onvoorziene en spoedeisende zorg,*
> *ii bij het bestaan van wachtlijsten langer dan de Treeknorm,*
> *iii in het geval de verzekerde zorg, of het type aanbieder waarin deze overeenkomst voorziet, niet is gecontracteerd of niet binnen redelijke afstand van verzekerde bereikbaar is.*

7.2. De regeling in de artikelen 8.2, 8.4 en 11 van de zorgverzekering is volgens artikel 2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Bzv en de Rzv.

7.3. 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.
Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in de artikelen 2.1 en 2.4 van het Bzv. In artikel 2.1, lid 2 is bepaald dat de aanspraak op zorg of vergoeding van de kosten van zorg als in de zorgpolis omschreven, naar inhoud en omvang mede bepaald worden door de stand van de wetenschap en de praktijk, dan wel, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. In artikel 2.2, lid 2 is bepaald dat bij het bepalen van de vergoeding in mindering wordt gebracht de kosten die hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten. 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.

7.4. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving .

7.5. In dit geschil gaat het om de vraag is of een microscopische decompressie van het lumbale wervelkanaal bij een wervelkanaalstenose op niveau L4-5, 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.

7.6. Bij de beantwoording 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, blindering, mate van behandelingseffect, follow-up en statistische analyse.

7.7. Indien uit ten minste 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 worden aangetroffen en daarvoor plausibele, zwaarwegende argumenten aanwezig zijn, kunnen bewijsvoeringen 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 worden 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.

7.8. Een onderzoek naar dergelijke kwalitatieve onderzoeken met betrekking tot een microscopische decompressie van het lumbale wervelkanaal de niveau L4-5 bij een

wervelkanaalstenose is door het CVZ in zijn advies van 29 april 2008 uitgevoerd.

7.9. Uit deze onderzoeksgegevens concludeert het CVZ dat thans géén voldoende 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 gevoelen 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, aangezien daarover geen gezaghebbende meningen vanuit de beroepsgroep zijn te vinden. De microscopische decompressie van het lumbale wervelkanaal bij een wervelkanaalstenose op niveau L4-5 valt derhalve naar de huidige stand der wetenschap en praktijk niet als gebruikelijk in de internationale kring der beroepsgenoten aan te merken.
De commissie neemt deze (eind)conclusie over en maakt deze tot de hare. Op die grond oordeelt de commissie dat de onderhavige behandeling niet een verzekerde prestatie is in de zin van de zorgverzekering. Daarmee kan de vraag naar de indicatie onbesproken blijven.

7.10. Substitutie is uitsluitend mogelijk indien beide vormen van zorg, dat wil zeggen de zorg die primair is gewenst en de zorg die uiteindelijk heeft plaatsgevonden, zijn te kwalificeren als een verzekerde prestatie. Nu uit vorenstaande volgt dat de door verzoekster ondergane behandeling niet als verzekerde prestatie in de zin van de zorgverzekering kan worden beschouwd, komt substitutie niet in aanmerking. Dit geldt eveneens voor een operatie die - in de gedachtengang van verzoekster - eventueel dan in Nederland had kunnen plaatsvinden.

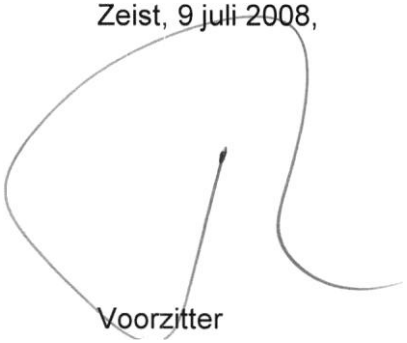
7.11. Voor zover het verzoek ziet op kostenbesparing voor de toekomst, oordeelt de commissie als volgt. Een verzoek om vergoeding of verstrekking ten laste van de zorgverzekering kan enkel en alleen worden toegewezen als de gewenste behandeling onder de dekking van de zorgverzekering valt, hetgeen in casu niet het geval is. Dit laatste betekent dat noch bij de beslissing op het verzoek door de zorgverzekeraar, noch bij de beoordeling in geschil van die beslissing enige ruimte is voor de vraag of de gewenste behandeling in de toekomst een besparing oplevert.

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

8. <u>Het bindend advies</u>

8.1. De commissie wijst het verzoek af .

Zeist, 9 juli 2008,



Voorzitter