

ANONIEM

BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vs. C te B
Zaak : Geneeskundige zorg, buitenland, minimaal invasieve decompressie van
een lumbale wervelkanaalstenose
Zaaknummer : ANO07.120
Zittingsdatum : 20 juni 2007

Zaak: ANO07.120, Geneeskundige zorg, buitenland, minimaal invasieve decompressie 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 verzoeker, in deze vertegenwoordigd door C te D

tegen

E te F, hierna te noemen de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen het besluit van de zorgverzekeraar van 3 november 2006 inzake het niet vergoeden van een rugoperatie – te weten een minimaal invasieve decompressie van een lumbale wervelkanaalstenose – 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 ZorgVerzorgdpolis, een verzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringwet (Zvw) (hierna: de zorgverzekering), en een aanvullende verzekering.
- 3.2. Bij brief van 3 november 2006 heeft de zorgverzekeraar verzoeker bericht dat de in de Alpha Klinik te München (Duitsland) uit te voeren rugoperatie – te weten een minimaal invasieve decompressie van een lumbale wervelkanaalstenose – niet zal worden vergoed.
- 3.3. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 28 december 2006 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker meegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. Bij brief van 1 januari 2007 heeft verzoeker 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 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 12 maart 2007 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt.

- 3.7. Bij brief van 25 april 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen verzocht om advies, een en ander conform artikel 114 van de Zvw.
- 3.8. Op 3 mei 2007 is verzoeker 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 verzoeker op 6 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 5 juni 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 verzoeker

- 4.1. Verzoeker is een 46-jarige man. Blijkens de gegevens uit het medisch dossier is hij in 1990 geopereerd aan een hernia op niveau L5-S1. In 1991 onderging hij een rugoperatie voor de fixatie van enkele wervels van niveau Th4 tot en met niveau Th12 ter correctie van een thoracale scoliose. Hierop ontwikkelde zich een hernia op niveau L2-3, waaraan hij in 1993 werd geopereerd, waarbij tevens een partiële laminectomie werd verricht van de rechterboog van L2 en L3.
- 4.2. Verzoeker is in verband met chronische lage rugklachten met uitstralingspijn aan het linkerbeen, en het rechter onderbeen en rechtervoet, op 17 november 1994 voor een second opinion in de Maartenskliniek te Nijmegen geweest. De geconsulteerde orthopedisch chirurg was van mening dat verzoeker aangewezen is op conservatief beleid, eventueel aangevuld met een gipskorset en een revalidatieschema.
- 4.3. Van 23 juni 2006 dateert een schrijven van zijn behandelend arts orthomaneuele geneeskunde, waaruit blijkt dat verzoeker nog altijd pijnklachten van de nek en de rug heeft. Volgens de arts is de pijn door middel van behandeling – bestaande uit mobilisatie en manipulatie, en injecties – wel effectief te bestrijden, waardoor de beperkingen door de pijn worden verminderd.
Een recente second opinion in de Maartenskliniek heeft blijkens de e-mail van verzoeker van 17 april 2007, geen andere inzichten opgeleverd.
- 4.4. Verzoeker heeft begin 2006 een televisieprogramma gezien waarin de Alpha Klinik te München (Duitsland) werd belicht. Bij brief van 5 juli 2006 heeft hij zich tot deze kliniek gewend met het verzoek of daar iets voor hem zou kunnen worden gedaan, nu men hem, naast pijnbestrijding, in Nederland niets meer te bieden heeft. Verzoeker heeft een MRI laten maken en is daarmee naar het spreekuur in Noordwijk gegaan. Daar is door de geconsulteerde orthopedisch chirurg een wervelkanaalstenose op de niveaus L4-5 en L3-4 gediagnosticeerd. De arts heeft verzoeker een behandeling voorgesteld, bestaande uit minimaal invasieve microscopische decompressie van een lumbale wervelkanaalstenose.
- 4.5. Bij brief van 22 oktober 2006, begeleid door het medisch dossier en een steunbetuiging van zijn huisarts van 20 oktober 2006, heeft verzoeker de zorgverzekeraar om vergoeding van de onder 4.4 genoemde behandeling gevraagd, waarvan de kostenraming € 23.966,44 bedraagt. Deze aanvraag is door de zorgverzekeraar afgewezen.

4.6. Verzoeker kan zich om een aantal redenen niet vinden in de afwijzing. Hij heeft begrepen dat sommige zorgverzekeraars deze ingreep wel vergoeden. Zijn zorgverzekeraar mag zich daarom niet verschuilen achter het feit dat de zorg niet gebruikelijk zou zijn. In Duitsland is men immers veel verder op het gebied van rugoperaties. Voorts is hem gebleken dat inmiddels 1000 mensen met groot succes in Duitsland geopereerd zijn, een stelling waar de zorgverzekeraar niet op heeft gereageerd. Tot slot heeft de zorgverzekeraar niet de moeite genomen de meegezonden Cd-rom en CT-scan te bekijken, alvorens een oordeel te vellen over zijn aanvraag.

4.7. Tegen de hiervoor beschreven achtergrond is verzoeker van oordeel dat de zorgverzekeraar minimaal het in Nederland geldende tarief dient te vergoeden.

5. Het standpunt van de zorgverzekeraar

5.1. De zorgverzekeraar heeft de zaak voorgelegd aan zijn medisch adviseur, die heeft aangegeven dat de behandelmethode voor de rugklachten van verzoeker, zoals door de orthopedisch chirurg van de Alpha Klinik voorgesteld – te weten minimaal invasieve microscopische decompressie van de lumbale wervelkanaalstenose – binnen de beroepsgroep niet als gebruikelijk wordt beschouwd, en dat daarom niet gesproken kan worden van verantwoorde, adequate en doelmatige zorg. Hierdoor valt deze behandeling niet onder de omvang van de geneeskundige zorg in de zin van de voorwaarden van de zorgverzekering. Beoordeling van de Cd-rom en de CT-scan is op basis van dit uitgangspunt niet relevant.

5.2. Voorts dient een adequate verwijzing van een (huis)arts te worden overgelegd. Omdat de brief van de huisarts van 20 oktober 2006 uitsluitend een steunbetuiging verwoordt en verzoeker zich op eigen initiatief tot de Alpha Klinik gewend heeft, kan niet gesteld worden dat de onderhavige behandeling is voorgeschreven als bedoeld in artikel 8.4 van de voorwaarden van de zorgverzekering.

5.3. Dat enkele andere zorgverzekeraars deze behandeling vergoeden zal zijn terug te voeren op het coulancebeleid van deze maatschappijen. Hieraan kunnen derden echter géén rechten ontleen. Bovendien kan niet worden bekeken of de situatie van de verzekerden van de desbetreffende maatschappijen, gelijk is aan die van verzoeker.

5.4. De zorgverzekeraar blijft dan ook bij zijn standpunt dat verzoeker de door hem gevraagde behandeling om bovenstaande redenen niet ten laste van de zorgverzekeraar wordt vergoed.

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. 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 is, voor zover hier relevant, het volgende opgenomen:

*“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 behorend 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 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 eerder genoemde voorwaarden van de zorgverzekering stroken met de toepasselijke regelgeving.

- 7.10. De vraag die de commissie heeft te beantwoorden is of een minimaal invasieve decompressie van een lumbale wervelkanaalstenose – gegeven het gebruikelijkheids-criterium – als een verstrekking in de zin van de voorwaarden van de zorgverzekering te gelden heeft. De tweede stap behelst de toetsing aan de artikelen 8.4 lid 1 en 8.2 van de voorwaarden van de zorgverzekering.

- 7.11. Bij de beoordeling of sprake is van zorg die naar de huidige stand der wetenschap en praktijk als gebruikelijk in de internationale kring der beroepsgenoten aan te merken valt, 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.

- 7.12. 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 gouden 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 dubbelblind 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 ‘gebruikelijke’ behandeling in de internationale kring van de beroepsgenoten.

- 7.13. De commissie beantwoordt de vraag naar de gebruikelijkheid van de onderhavige behandeling in de (internationale) kring der beroepsgenoten aan de hand van het meest recente onderzoek van 10 oktober 2006 van het College voor zorgverzekeringen alsmede eigen onderzoek. Uit eerder genoemd 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 rede gevonden van 2005 met betrekking tot de ‘microdecompressionsoperatie bij degeneratieve lumbale Spinalkanalstenose’. Hoewel de resultaten daarin bemoedigend zijn, ontbreekt het in het daar genoemde onderzoek naar de minimaal invasieve behandelingen aan een controlegroep.
- 7.14. 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 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, nu deze slechts op beperkte schaal wordt toegepast. De minimaal invasieve decompressie van een lumbale wervelkanaalstenose valt derhalve naar de huidige stand der wetenschap en praktijk niet als gebruikelijk in de internationale kring der beroepsgenoten aan te merken.

Tegen de achtergrond van bovenstaande kan de commissie tot geen andere conclusie komen dan dat de onderhavige behandeling niet als een verzekerde prestatie als bedoeld in artikel 8.4 lid 1 in samenhang met artikel 8.2 van de zorgverzekering heeft te gelden.

- 7.15. Nu de gevraagde behandeling niet kwalificeert als geneeskundige zorg die ten laste van de zorgverzekering voor vergoeding in aanmerking komt, kan naar het oordeel van de commissie de vraag naar een adequate verwijzing in het midden blijven. Ook de vraag of verzekerde, uit oogpunt van doelmatigheid op deze vorm van zorg is aangewezen, waarvoor de CD-rom en de CT-scan behulpzaam zouden kunnen zijn, kan hiermee in het midden worden gelaten.
- 7.16. De commissie doet geen uitspraak over de mogelijkheid van een positieve beslissing op basis van coulance, nu de bevoegdheid daartoe in het kader van de beleidsvrijheid de zorgverzekeraar behoort. Dit zou slechts anders kunnen zijn indien het gevoerde coulancebeleid tot een gewoonte is verworden. Hiervan is de commissie echter niet gebleken.
- 7.17. 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