

Onderwerp:	Oude checklist voor medische indicatie voor opname een astmacentrum is niet meer geldig; netto-gezondheidswinst van verzekerde is uitgangspunt
Samenvatting:	Deze adviesaanvraag betreft de indicatiecriteria voor opname in het Nederlands Astmacentrum Davos in Zwitserland (NAD). De checklist kan niet meer gehanteerd worden als indicatierichtlijn. In het advies wordt als uitgangspunt voor het bepalen van de medische indicatie voor opname een astmacentrum genoemd de individuele medische toestand van de verzekerde. Indien na afweging van medisch te behalen resultaten tegen eventuele risico's of schadelijke gevolgen, sprake is van netto-gezondheidswinst, is een indicatie voor opname aanwezig. Dit geldt ook voor behandeling en verblijf in het NAD. De zorgverzekeraar moet dan in het bijzonder afwegen of ambulante begeleiding niet voldoende is.
Soort uitspraak:	AaZ = adviesaanvraag Zvw
Datum:	25 februari 2008
Uitgebracht aan:	zorgverzekeraar

Onderstaand de volledige uitspraak.

De adviesaanvraag

U ontvangt met enige regelmaat aanvraagformulieren van uw verzekerden voor opname in het NAD. Deze formulieren zijn met de beroepsgroepen van kinderartsen en longartsen, in samenwerking met de Nederlandse verzekeraars en het NAD in het verleden ontwikkeld. Hierin zijn de indicatiecriteria voor opname in het NAD opgenomen.

U wilt advies omtrent de vraag of deze indicatiecriteria sinds de inwerkingtreding van de Zorgverzekeringswet en aanverwante regelgeving nog steeds gelden of dat verzekerden inmiddels mogen kiezen naar welk astmacentrum zij wensen te gaan.

Wet- en regelgeving

Met betrekking tot deze adviesaanvraag zijn de volgende bepalingen van belang.

Zorgverzekeringswet

Artikel 10, onder a van de Zorgverzekeringswet. Hierin is omschreven dat het krachtens de zorgverzekering te verzekeren risico de behoefte aan geneeskundige zorg inhoudt.

Artikel 13, eerste en tweede lid van de Zorgverzekeringswet. Het eerste lid omschrijft dat een verzekerde recht heeft op een door de zorgverzekeraar te bepalen vergoeding indien hij, anders dan in de zorgverzekering overeengekomen, de zorg betreft bij een niet-gecontracteerde aanbieder. Krachtens het tweede lid dient de zorgverzekeraar de wijze waarop hij deze vergoeding berekent, op te nemen in de zorgverzekering.

Artikel 11, derde lid van de Zorgverzekeringswet bepaalt dat bij algemene maatregel van bestuur de inhoud en omvang van de te verzekeren risico's nader kan worden geregeld.

Besluit zorgverzekering

Deze algemene maatregel van bestuur vindt zijn uitwerking in het Besluit zorgverzekering.

Artikel 2.1, eerste lid van het Besluit zorgverzekering regelt dat de zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet de vormen van zorg of diensten omvatten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15.

Artikel 2.1, tweede lid van het Besluit zorgverzekering bepaalt, voor zover hier van belang, dat de inhoud en omvang van de zorg mede wordt bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk.

Artikel 2.1, derde lid van het Besluit zorgverzekering bepaalt dat (...) de verzekerde slechts recht heeft op een vorm van zorg of een dienst voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

Artikel 2.2, tweede lid, onder b van het Besluit zorgverzekering bepaalt, voor zover hier van belang, dat bij het bepalen van de vergoeding in mindering wordt gebracht de kosten die hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend zijn te achten.

Artikel 2.4, eerste lid van het Besluit zorgverzekering bepaalt dat geneeskundige zorg omvat de zorg zoals (...) medisch-specialisten (...) die plegen te bieden (...).

Artikel 2.10, eerste lid van het Besluit zorgverzekering bepaalt dat ook als een te verzekeren prestatie aan te merken valt, het verblijf gedurende een ononderbroken periode van ten hoogste 365 dagen indien dat medisch noodzakelijk is in verband met de geneeskundige zorg zoals bedoeld in artikel 2.4 van ditzelfde Besluit zorgverzekering.

EEG-Verordening 1408/71

Artikel 22, eerste lid, onder a van de Verordening (EEG) 1408/71 bepaalt dat de werknemer of zelfstandige die (...) en wiens toestand verstrekkingen vereist welke tijdens een verblijf op het grondgebied van een andere lidstaat medisch noodzakelijk worden, met inachtneming van de aard van de prestaties en de verwachte duur van het verblijf, recht heeft op verstrekkingen, welke voor rekening van het bevoegde orgaan (d.i. de Nederlandse zorgverzekeraar) door het orgaan van de woon- of verblijfplaats (i.c. het Spaanse ziektekostenverzekeringsorgaan) worden verleend, *volgens de door dit orgaan toegepaste wettelijke regeling* (lees de buitenlandse ziektekostenverzekering), *alsof de verzekerde bij dat buitenlandse ziekenfonds was aangesloten.*"

Artikel 22, eerste lid, onder c van de Verordening (EEG) 1408/71 bepaalt dat de werknemer of zelfstandige die (...) van het bevoegde orgaan toestemming heeft ontvangen om zich naar het grondgebied van een andere Lid-Staat te begeven teneinde aldaar een voor zijn gezondheidstoestand passende behandeling te ondergaan, recht heeft op verstrekkingen, welke voor rekening van het bevoegde orgaan (d.i. de Nederlandse zorgverzekeraar) door het orgaan van de woon- of verblijfplaats (i.c. het buitenlandse ziektekostenverzekeringsorgaan) worden verleend, *volgens de door dit orgaan toegepaste wettelijke regeling* (lees de buitenlandse ziektekostenverzekering), *alsof de verzekerde bij dat buitenlandse ziekenfonds was aangesloten.*"

Medische beoordeling

Voor een medische beoordeling van uw adviesaanvraag heeft de medisch adviseur van het College kennisgenomen van de stukken. De medisch adviseur deelt het volgende mee.

Nederlands Astmacentrum Davos

Het NAD is een in Zwitserland gelegen Nederlands longrevalidatiecentrum.

Een specifiek voordeel van het NAD is, dat het zó hoog gelegen is, dat de huisstofmijt daar niet kan leven. Voor patiënten bij wie een allergie voor huisstofmijt een rol speelt, kan dat een doorslaggevende rol spelen om juist in het NAD hulp te zoeken.

Indicatiecriteria

In het verleden gold dat een niet-allergische astma in beginsel geen indicatie vormde voor opname in het NAD. Zie hiertoe ook de uitspraak van de Centrale Raad van Beroep (CRvB) zoals gepubliceerd in RZA 2004, 41. Dit betekende echter niet dat bij een patiënt waar allergie geen rol speelde, een indicatie voor verblijf in het NAD was uitgesloten. Er kunnen andere ernstige en onbeheersbare vormen van astma voorkomen zonder allergie, die een opname in het NAD rechtvaardigen.

De CRvB gaat in RZA 2004, 41 in op de indicatiecriteria voor opname in het NAD: *“mede teneinde eenheid te bevorderen in die besluitvorming maken ziekenfondsen (.....) onder meer gebruik van (een checklist met) indicatiecriteria die zijn ontleend aan het rapport "Indicatiestelling voor behandeling van astmapatiënten met astma en CPOD in het hooggebergte" van het College Begeleidingsorgaan voor Intercollegiale Toetsing (hierna: CBO). In dit rapport zijn de ten tijde in geding algemeen erkende medisch-wetenschappelijke overwegingen neergelegd ten aanzien van de medische noodzaak van behandeling in een ziekenhuis in het hooggebergte. Daaruit komt naar voren dat astma, onder meer door middel van een derde-lijnsvoorziening in bijvoorbeeld een astmacentrum, in Nederland in het algemeen goed te behandelen is en dat een moeilijk behandelbare allergische astma op basis van met name huisstofmijt de hoofdreden is om te verwijzen naar het NAD. Blijkens het rapport is een minderheid van de leden van het CBO van mening dat ook in bepaalde gevallen van een ernstige niet-allergische astma opneming in het NAD aangewezen kan zijn.”* In een vergelijkbare zaak, zoals gepubliceerd in RZA 2004, 137 herhaalt de CRvB deze overweging.

Conclusie

In het verleden is een checklist vastgesteld die een afgeleide was van het eerder genoemde CBO-rapport. Sedert het opstellen van het CBO-rapport en de daarop gebaseerde checklist is er veel veranderd. Niet alleen de stand van de wetenschap zelf, ook de wijze waarop deskundigen vaststellen wat de stand van de wetenschap inhoudt, heeft zich verder ontwikkeld: destijds hanteerde het CBO nog niet de huidige EBRO-normen (“EBRO”= evidence based richtlijnontwikkeling). Ook de destijds afgesproken procedure wordt niet meer gehanteerd. De checklist kan dan ook niet meer gehanteerd worden als een wetenschappelijk gefundeerde indicatierichtlijn. Aan de checklist en de destijds opgestelde criteria komt geen bijzondere betekenis meer toe.

Nu een concreet handvat ontbreekt om de indicatie voor opname vast te stellen volgens objectieveerbare maten en getallen, zijn meer algemene regels van toepassing. Bij het bepalen van de medische indicatie voor een medische behandeling van welke aard dan ook, is de individuele medische toestand van de patiënt het uitgangspunt. Als na afweging van de medisch te behalen resultaten tegen de eventuele medische risico's of schadelijke gevolgen (in medische termen: “contra-indicaties”) geconcludeerd kan worden dat er voldoende netto gezondheidswinst te behalen valt, is er een indicatie. Dat geldt ook voor een behandeling met verblijf in een ver weg gelegen longrevalidatiecentrum zoals het NAD. In het bijzonder moet de zorgverzekeraar afwegen of een ambulante begeleiding niet voldoende is.

Juridische beoordeling

De vraag die beantwoord moet worden is of de destijds ontwikkelde indicatiecriteria voor opname in het NAD nog steeds geldig zijn of dat verzekerden die op een klinische astmabehandeling zijn aangewezen, mogen kiezen naar welk astmacentrum zij wensen te gaan.

Indicatie

Het staat vast dat opname en behandeling in een astmacentrum behoort tot een te verzekeren prestatie krachtens de Zorgverzekeringswet en aanverwante regelgeving (medisch-specialistische zorg zoals omschreven in artikel 2.4, eerste lid jo. artikel 2.10 van het Besluit zorgverzekering). Van belang is ten eerste op welke grond verzekerden onder Zorgverzekeringswet een indicatie hebben voor opname en behandeling in het NAD.

Ziekenfondswet vs. Zorgverzekeringswet

Onder de tot 1 januari 2006 geldende Ziekenfondswet was toestemming van het ziekenfonds noodzakelijk voor opname en behandeling in het NAD. Deze toestemming werd gegeven op basis van een indicatie aanduiding van de behandelend arts (met behulp van de checklist). De Zorgverzekeringswet en aanverwante regelgeving kennen geen bepalingen die expliciet voorwaarden stellen aan de medische indicatie voor opname in het NAD of andere longrevalidatiecentra. Toen de checklist in 1993 werd opgesteld, was het een middel om medische informatie aan de toenmalige ziekenfondsen te verstrekken die behulpzaam was bij de beoordeling van aanvragen voor opnamen in het NAD. De vraag moest immers beantwoord worden of de verzekerde een medische indicatie had voor opname in het NAD. Er was een procedure afgesproken tussen de (adviserend geneeskundigen van) de toenmalige ziekenfondsen en vertegenwoordigers van de longartsen en kinderartsen. In deze procedure speelde de checklist een rol. Sedert het opstellen van het CBO-rapport en de daarop gebaseerde checklist is er veel veranderd. De destijds afgesproken procedure wordt niet meer gehanteerd en de Ziekenfondswet is vervangen door de Zorgverzekeringswet.

Indicatiecriteria

Gelet op het advies van de medisch adviseur, is het College van oordeel dat aan de checklist en de destijds opgestelde criteria geen bijzondere betekenis meer toekomt. Bij het bepalen van de medische indicatie voor een medische behandeling van welke aard dan ook, is de individuele medische toestand van de patiënt het uitgangspunt. De medisch adviseur heeft hiertoe nog overwogen dat indien na afweging van de medisch te behalen resultaten tegen de eventuele medische risico's of schadelijke gevolgen geconcludeerd kan worden dat er voldoende netto gezondheidswinst te behalen valt, er een indicatie is. Tevens dient een afweging gemaakt te worden ten opzichte van de effectiviteit van ambulante begeleiding.

Keuze astmacentrum

Als een indicatie aanwezig is voor opname en behandeling in een astmacentrum, dient de vraag beantwoord te worden of verzekerden zelf mogen kiezen in welk astmacentrum zij opgenomen en behandeld worden.

Vrije keuze verzekerden

De toepassing van de Zorgverzekeringswet is niet beperkt tot zorg binnen de grenzen van Nederland. De Zorgverzekeringswet (en de daarop gebaseerde zorgverzekeringen) bieden werelddekking. Wel is in artikel 2.2, tweede lid, onder b van het Besluit zorgverzekering vastgelegd dat de kostenvergoeding op basis van de zorgverzekering voor zorg in het buitenland nooit meer kan zijn dan de vergoeding die in Nederland verleend kan worden.

Om in aanmerking te komen voor zorg in het buitenland, dient de gevraagde behandeling allereerst aangemerkt te worden als een te verzekeren prestatie. Zoals hiervoor overwogen, kan opname in een astmacentrum kan bij de juiste indicatie worden aangemerkt als een te verzekeren prestatie. Het staat elke zorgverzekeraar vrij in zijn (natura)polis op te nemen *waar* de zorg moet worden verleend. Zorgverzekeraars zijn niet verplicht het NAD als gecontracteerde of preferente zorgaanbieder in hun polis op te nemen. Indien het NAD niet is opgenomen als gecontracteerde zorgaanbieder in de zorgverzekering, maar een verzekerde zich er toch laat behandelen, staat het de zorgverzekeraar vrij een lagere vergoeding uit te keren, nog afgezien van de hiervoor vermelde wettelijke vergoedingsbeperking. Dit is mogelijk op grond van artikel 13 van de Zorgverzekeringswet, mits uitgewerkt in de zorgverzekering. Het voorgaande ligt

echter anders indien een verzekerde die een naturapolis heeft afgesloten, medisch geïndiceerd is voor behandeling en opname in het NAD (bijvoorbeeld vanwege de hoge ligging van het astmacentrum en de aard van de astmatische klachten van verzekerde) en de zorgverzekeraar geen contract heeft gesloten met het NAD. Een consequentie van het naturasysteem is, dat de zorgverzekeraar een leveringsplicht heeft: hij is gehouden de verzekerde zorg binnen redelijke termijn te leveren. Kan hij dat niet zelf of via een door hem gecontracteerde aanbieder leveren, en moet de verzekerde daarom uitwijken naar een niet-gecontracteerde aanbieder (in binnen- of buitenland) dan brengt het privaatrecht met zich mee dat bij wijze van schadevergoeding de volledige noodzakelijke kosten voor vergoeding in aanmerking komen. Vergelijk in dit geval artikel 6:74 van het Burgerlijk Wetboek. Dit is slechts van toepassing indien behandelend arts van de verzekerde kan aantonen dat het voor zijn gezondheidstoestand noodzakelijk was dat hij werd behandeld in Zwitserland en dat een opname en behandeling in een vergelijkbaar centrum in Nederland medisch gezien niet afdoende was.

Verordening (EEG) 1408/71

Voor zover zorg plaatsvindt binnen Europa, de EER-landen en Zwitserland is, naast de Zorgverzekeringswet, ook de Verordening van toepassing. Zowel in geval van medisch noodzakelijke zorg (voorheen spoedeisende zorg) *tijdens verblijf* in een andere lidstaat (Verordening, artikel 22, eerste lid sub a), als bij het *bewust kiezen voor zorg in een andere lidstaat* na verkregen toestemming (Verordening, artikel 22, eerste lid, onder c), leidt dit in de regel tot een volledige vergoeding van de kosten.

Indien een verzekerde zich tot een buitenlandse niet-gecontracteerde zorgverlener/instelling wendt, omdat hij/zij voor bepaalde medisch-specialistische zorg niet of niet tijdig terecht kan bij een gecontracteerde instelling, wijst het College u uitdrukkelijk op het tweede lid van artikel 22 van de Verordening.

Daarin is bepaald dat de toestemming bedoeld in het eerste lid onder c (zie hierboven onder **wet- en regelgeving**) niet mag worden geweigerd, wanneer de desbetreffende behandeling behoort tot de prestaties waarin de wettelijke regeling van de eigen Lid-Staat voorziet (voor Nederland is dit een aanspraak op basis van de desbetreffende polis), en de behandeling in kwestie de verzekerde, gelet op zijn gezondheidstoestand van dat moment en het te verwachten ziekteverloop niet kan worden gegeven binnen de termijn die gewoonlijk nodig is voor de desbetreffende behandeling in de Lid-Staat waar hij woont. Met andere woorden, als het gaat om een behandeling die in beginsel tot de polisaanspraken behoort, maar die niet of niet tijdig verleend kan worden (gelet op zijn gezondheidstoestand etc. etc.), dan kan de zorgverzekeraar de gevraagde toestemming om naar een niet-gecontracteerde instelling elders in Europa (of EER-land of Zwitserland) te gaan, niet weigeren. Het gaat hier dus om de hierboven al eerder besproken *bewuste keuze voor zorg in een andere lidstaat*.

Redelijkerwijs aangewezen op opname en behandeling in het buitenland

Naast een indicatie voor opname en behandeling in een astmacentrum en de vraag of het NAD bij uitstek geschikt is om de beperkingen/belemmeringen van verzekerde te compenseren, is ook van belang of een verzekerde naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen op opname en behandeling in het NAD. Ook hierbij geven de individuele omstandigheden van het geval de doorslag en mag een kostenafweging worden gemaakt.

Advies van het College

Het College adviseert u bovenvermeld advies te betrekken in uw eventuele beslissing naar uw verzekerde(n).