

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen C en E beide te D
Zaak : EU/EER, Geneeskundige zorg, endoscopische nucleotomie met
behulp van laser op niveau C4/C5 en C5/C6
Zaaknummer : 2009.00043
Zittingsdatum : 13 januari 2009

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

1) C en

2) E beide te D,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 22 juli 2008 de kosten verbonden aan een endoscopische nucleotomie met behulp van laser op niveau C4/C5 en C5/C6, uitgevoerd te Stadtlohn (Duitsland) niet te vergoeden.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de ZorgVerzorgd polis (hierna: de zorgverzekering). Een zorgverzekering betreft een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen ExtraVerzorgd 3 en TandVerzorgd 3 afgesloten (hierna gezamenlijk te noemen: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op de onder 2 vermelde kosten, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 22 juli 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.3. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 15 september 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.5. Bij brief van 28 juli 2009 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).

- 3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief van 20 oktober 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 22 oktober 2009 aan verzoeker gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 25 oktober 2009 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.9. Bij brief van 22 oktober 2009 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 15 december 2009 heeft het CVZ (zaaknummer 29115876) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat de toepassing van lasertechniek bij een open cervicale nucleotomie niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is. Een afschrift van het CVZ-advies is op 16 december 2009 aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 13 januari 2010 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.11. Bij brief van 14 januari 2010 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of het verslag aanleiding geeft tot aanpassing van het voorlopige advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 20 januari 2010 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. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. De behandelend orthopedisch chirurg heeft bij verzoeker de volgende diagnose gesteld: "neklachten met uitstraling naar onder andere de linker gezichtshelft worden veroorzaakt door meerdere discopathieën met wortelprikkeling op de niveaus C3-C4, C4-C5 en vnl C5-C6". Verzoeker heeft naar aanleiding van de gestelde diagnose bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op "Dekompressie van de aangedane disci dmv nucleotomie met stabilisatie door het inbrengen van Cages gevuld met bekkenspongiosa (voorste spondylodesis)" ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 4.2. Op 21 februari 2008 heeft de behandeling waarop verzoeker aanspraak maakt plaatsgevonden. Blijkens het operatieverslag is een "Laser Nucleotomie mit Foraminoplastik links/rechts C4-C5 und C5-C6 und IF Cage Spondylodesis mit autologener Spondiosa C5/C6" uitgevoerd.
- 4.3. Verzoeker stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat hij drie jaar lang kampte met aangezichtspijn en pijn en krachtverlies in beide armen. In Nederland is hij hiervoor diverse keren geopereerd, doch deze operaties boden geen uit-

komst. Toen in Nederland enkel nog pijnbestrijding mogelijk was, is verzoeker op zoek gegaan naar een alternatief. Hij is vervolgens terecht gekomen bij de chirurg in Stadtlohn, bij wie hij een operatie heeft ondergaan aan de nek. Sindsdien ondervindt verzoeker geen pijnklachten meer. De ziektekostenverzekeraar vergoedt de operatie echter niet. Verzoeker merkt daar over op dat reeds in 2007 een verwijzing van de huisarts heeft plaatsgevonden voor behandeling door een arts in Nederland. De laatste verwijzing is pas na de operatie uitgeschreven omdat de chirurg in Stadtlohn geen voorafgaande verwijzing wenste. Uit alle gegevens blijkt dat medisch handelen noodzakelijk was en doelmatig is gebleken. Verzoeker benadrukt dat door de artsen in Nederland enkel nog pijnbestrijding werd aangeboden.

4.4. Ter zitting is door verzoeker aangevoerd dat men in Nederland een operatie op drie niveaus niet aandurfde. De arts in Stadtlohn durfde de operatie wel aan. Verzoeker heeft toegelicht dat men in eerste instantie dacht dat de problemen te maken hadden met de mond, waarop al zijn tanden zijn getrokken. Binnenkort zal hij een implantaat-behandeling ondergaan.

4.5. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat een operatie alleen ten laste van de zorgverzekering wordt vergoed als een voorafgaande verwijzing door de huisarts heeft plaatsgevonden, de operatie medisch noodzakelijk en doelmatig is, en de zorg gebruikelijk is. Formeel is de verwijzing van de huisarts bij verzoeker ongeldig, omdat deze achteraf is geschreven. De medische noodzaak van de behandeling is niet goed vast te stellen. Door de Nederlandse artsen is geen directe noodzaak voor de operatie gesteld. De informatie van de chirurg in Stadtlohn is niet voldoende om de medische noodzaak van de behandeling te kunnen vaststellen. Voorts behoort de operatie niet tot de gebruikelijke zorg. Uit de informatie van de huisarts maakt de ziektekostenverzekeraar op dat het bij verzoeker gaat om een nucleotomie met behulp van laser. In de informatie van de chirurg in Stadtlohn is dit niet terug te vinden. Uit die informatie leidt de ziektekostenverzekeraar af dat het gaat om een endoscopische nucleotomie van een nekhernia door nucleotomie. Deze behandeling is door het CVZ niet conform de stand van de wetenschap en praktijk bevonden.

5.2. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat nucleotomie met behulp van laser geen gebruikelijke behandeling is. Voorts ontbreekt een indicatie, daar de aangezichtspijn niet kan zijn veroorzaakt door problemen met de nekwenen. Zulks is anatomisch onmogelijk. De uitvalsverschijnselen van arm en been zouden hun oorzaak in een beklemming van een zenuw moeten vinden, doch daarvan is niet gebleken. Tot slot ontbreekt een geldige verwijzing.

5.3. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag terecht is afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend

advies uit te brengen.

7. Het geschil

- 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten verbonden aan een endoscopische nucleotomie met behulp van laser op niveau C4/C5 en C5/C6 te vergoeden, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en wet- en regelgeving

- 8.1 De zorgverzekering betreft hier een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen B10 tot en met B36 van de zorgverzekering. Artikel B24 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat. Het artikel luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

“U heeft recht op:

- onderzoek en diagnostiek,*
- behandeling,*
- materialen die de medisch specialist gebruikt, zoals geneesmiddelen, verbandmiddelen of hulpmiddelen,*
- laboratoriumonderzoek,*
- second opinion.(...)*

Als u kiest voor een zorgaanbieder die geen overeenkomst heeft met [de ziektekostenverzekeraar], krijgt u een gedeelte van de kosten vergoed. Wat er wordt vergoed, hangt af van de soort zorg:

- zorg waarvoor een wettelijk tarief is vastgesteld (het A-segment): 90% van het tarief wordt vergoed, maar voor uw rekening blijft ten hoogste € 200,-,*
- zorg waarvoor geen wettelijk tarief is vastgesteld (het B-segment): er is een lijst van maximale vergoedingen, die is opgenomen in het Verzekeringsreglement. (...)*

Artikel B9 van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

“Voor zorg in het buitenland gelden de voorwaarden zoals hierna genoemd bij de verschillende zorgsoorten in de verzekeringsvoorwaarden.

U heeft recht op zorg van een door [de ziektekostenverzekeraar] gecontracteerde buitenlandse zorgaanbieder.

Als u kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, krijgt u die vergoeding van kosten van zorg die u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. (...)

Artikel B4 van de zorgverzekering bepaalt dat de verzekerde zorg en diensten mede worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk, en bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

- 8.2 De artikelen B4, B9 en B24 van de zorgverzekering zijn volgens de artikelen B1 en B6 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Besluit zorgverzekering (Bzv)

en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.3 Artikel 11, lid 1, onderdeel a Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Medisch-specialistische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv. Artikel 2.1 Bzv bepaalt dat de inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten mede worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. Artikel 13 Zvw bepaalt dat indien een verzekerde krachtens zijn zorgverzekering een bepaalde vorm van zorg of een andere dienst dient te betrekken van een aanbieder met wie zijn ziektekostenverzekeraar een overeenkomst over deze zorg of dienst en de daarvoor in rekening te brengen prijs heeft gesloten of van een aanbieder die bij zijn ziektekostenverzekeraar in dienst is, en hij deze zorg of andere dienst desalniettemin betreft van een andere aanbieder, hij recht heeft op een door de ziektekostenverzekeraar te bepalen vergoeding van de voor deze zorg of dienst gemaakte kosten.
- 8.4 Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1 Gelet op de onder punt 8 genoemde verzekeringsvoorwaarden en wet- en regelgeving, overweegt de commissie ten aanzien van het in punt 7.1 genoemde geschil als volgt.
- 9.2 De vraag is of een endoscopische nucleotomie met behulp van laser op niveau C4/C5 en C5/C6, voldoet aan de stand van de wetenschap en de praktijk als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 9.3 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, blinding, mate van behandelingseffect, follow-up en statistische analyse.

- 9.4 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.
- 9.5 Een onderzoek naar dergelijke kwalitatieve onderzoeken met betrekking tot endoscopische nucleotomie met behulp van laser op niveau C4/C5 en C5/C6 is door het CVZ in zijn advies van 15 december 2009 uitgevoerd en de conclusie daarvan, namelijk dat genoemde behandeling niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is, neemt de commissie over en maakt zij tot de hare.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.6 De commissie constateert dat de aanvullende ziektekostenverzekering geen dekking biedt voor hetgeen verzoeker heeft verzocht.

Conclusie

- 9.7 Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
10. Het bindend advies
- 10.1 De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 10 februari 2010,

Voorzitter