

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B vs C te D
Zaak	: Geneeskundige zorg buitenland, cervicale discusprothese op niveau C3-4, C5-6 en C6-7
Zaaknummer	: 2007.02715
Zittingsdatum	: 15 oktober 2008

Zaak: Geneeskundige zorg buitenland, cervicale discusprothese op niveau C5-6 en 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 en 11 Zvw, 2.1 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 16 maart 2007 de plaatsing van een cervicale dan wel lumbale discusprothese in Duitsland, 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 Vrije Keuze Basisverzekering (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, Zorgverzekeringswet (hierna: Zvw).
- 3.2. De behandelend orthopedisch arts heeft bij verzoekster de volgende diagnose gesteld: "Bandscheibenvorfall Th 1-3, Versteifung C5-7". Verzoekster heeft naar aanleiding van de gestelde diagnose bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten verbonden aan "de plaatsing van cervicale discusprothesen op drie niveaus" ten laste van de zorgverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 16 maart 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat een endoscopische nucleotomie tot een maximaal bedrag wordt vergoed en dat de discusprothese is afgewezen.
- 3.3. Op 14 maart 2008 heeft de behandeling, op de vergoeding waarvan verzoekster aanspraak maakt, overeenkomstig de wijze zoals in de aanvraag vermeld, plaatsgevonden.
- 3.4. Op 19 maart 2007 heeft verzoekster de nota's naar de zorgverzekeraar gezonden, welke bij declaratieoverzicht van de zorgverzekeraar van 27 maart 2007 zijn afgewezen.
- 3.5. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 3 september 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn besluit te handhaven.

- 3.6. Bij brief van 18 december 2007 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering.
- 3.7. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 37,00 voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren.
- 3.8. De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie bij brief van 23 juni 2008 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 23 juli 2008 aan verzoekster toegezonden.
- 3.9. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 30 juli 2008 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De zorgverzekeraar heeft op 4 augustus 2008 schriftelijk medegedeeld bij de hoorzitting van 15 oktober 2008 aanwezig te zullen zijn.
- 3.10. Bij brief van 23 juli 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 20 augustus 2008 heeft het CVZ bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek van verzoekster af te wijzen omdat het plaatsen van een discusprothese op grond van de internationale stand van de wetenschap en praktijk niet voldoende beproefd en deugdelijk is bevonden. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.11. Verzoekster en de zorgverzekeraar hebben naar aanleiding van het CVZ advies op 7 oktober respectievelijk 9 oktober 2008 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Verzoekster stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat het voor haar onbegrijpelijk is dat de behandeling als 'niet gebruikelijk' wordt gekwalificeerd. De discusprothese wordt al ruim vijftien jaar met succes geïmplantéerd. In 2006 heeft zij ernstige rugklachten gekregen. Zij is hiervoor in België geopereerd, zonder het gewenste resultaat. Daarom is zij doorverwezen naar de Alpha Klinik in München.
- 4.2. Verzoekster stelt dat de zorgverzekeraar volgens een krantenartikel in het "*Brabants Dagblad*" van 16 mei 2007, de kosten van een soortgelijke behandeling wel heeft vergoed. Op grond daarvan stelt zij eveneens in aanmerking te komen voor de vergoeding van de onderhavige behandeling.
- 4.3. In 2006 heeft verzoekster bewust gekozen voor de zorgverzekeraar, wegens de volgende reclame-uiting, die vandaag de dag nog altijd worden gebezigd: "*Bij de zorgverzekeraar staan kwaliteit en keuzevrijheid centraal. Dus u bepaalt zelf naar welke zorgverlener u gaat.*"
- 4.4. 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 op grond van onderzoeken van het CVZ van januari 2005 en juni 2006 is komen vast te staan dat de plaatsing van een discusprothese niet te beschouwen is als gebruikelijke zorg.
In Nederland wordt de discusprothese uitsluitend in een select aantal ziekenhuizen toegepast, voor een omschreven patiëntengroep, in het kader van een wetenschappelijke studie.
- 5.2. Met betrekking tot de stelling van verzoekster dat voor een andere verzekerde een soortgelijke ingreep is vergoed, stelt de zorgverzekeraar dat hij daar op grond van de Wet bescherming persoonsgegevens niet nader op in zal gaan.
- 5.3. 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.

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. Het betreft hier een restitutiepolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op niet gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in deel B "Omvang dekking" van de zorgverzekering.
Artikel 5 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat. Voor zover relevant, wordt in de leden 1 en 2 van artikel 5 het volgende geregeld:

"Lid 1

(...) De omvang van deze zorg wordt begrensd door hetgeen medisch-specialisten als zorg plegen te bieden.

a. Ziekenhuisopname

Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor opname op basis van de laagste klasse in een ziekenhuis gedurende ten hoogste 365 dagen.

(...)

De aanspraak omvat de vergoeding van kosten voor medisch-specialistische behandeling en het verblijf, al dan niet gepaard gaande met verpleging en verzorging. Tevens vallen hieronder de bij de behandeling behorende paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen gedurende de periode van opname"

Artikel 2 lid 6 van de algemene voorwaarde van de zorgverzekering bepaalt:

"De aanspraak op vergoeding van kosten van zorg als in de zorgpolis omschreven, wordt naar inhoud en omvang mede bepaald door de wetenschap en praktijk, dan wel, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen binnen het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten."

- 7.2. De regeling in artikel 5 van de zorgverzekering en artikel 2 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering is volgens artikel 2 lid 1 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Bzv en de Rzv.
- 7.3. Artikel 11, lid 1, onderdeel b 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.
Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in de artikelen 2.1 en 2.4 Bzv. In artikel 2.1, tweede lid 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.
- 7.4. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.5. In geschil is de vraag is of het plaatsen van een discusprothese op de niveaus C3-4, C5-6 en C6-7 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, blinding, mate van behandelingseffect, follow-up en statistische analyse.
- 7.7. Indien uit tenminste 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 de onderhavige behandeling bij de aandoening van verzoekster is door het CVZ in zijn advies van 20 augustus 2008 uitgevoerd. De conclusie daarvan neemt de commissie over en maakt deze tot de hare. Op basis van deze gegevens komt de commissie tot de conclusie dat de onderhavige behandeling bij de diagnose van verzoekster, beoordeeld naar de internationale stand der wetenschap en de praktijk, niet te gelden heeft als zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden en daardoor niet als een verzekerde prestatie als bedoeld in artikel 5 lid 1 van de zorgverzekering in samenhang met artikel 2 lid 6 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering kan worden beschouwd.

Omdat een search van het CVZ van 13 februari 2008 (zaaknummer 28004638) uitwijst dat naar het oordeel van de beroepsgroep een lange termijn follow up van minimaal vijf jaar is gewenst alvorens een oordeel over de gebruikelijkheid kan worden gegeven en er op dat moment een lange termijn follow up van twee jaar beschikbaar was, was ook op het moment van de operatie in maart 2007 nog geen sprake van zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden, beoordeeld naar de internationale stand van de wetenschap en praktijk.

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

8. Het bindend advies

- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 15 oktober 2008,

Voorzitter