

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B, in deze vertegenwoordigd door E te F, vs C te D
Zaak	: Geneeskundige zorg buitenland, dynamische spondylodese met behulp van een Coflex® implantaat
Zaaknummer	: 2008.01017
Zittingsdatum	: 24 september 2008

Zaak: 2008.01017, geneeskundige zorg buitenland, dynamische spondylodese met behulp van een Coflex® implantaat

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, in deze vertegenwoordigd door E te F,
tegen

C te D, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen de beslissing van de zorgverzekeraar van 2 april 2007 de door haar in Duitsland ondergane rugoperatie 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 ZorgVerzorgd polis (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 chirurg heeft bij verzoekster de volgende diagnose gesteld: “instabiele spondylolysthesis L3-4, max. discopathie L4-5 links met progressieve wortelprikkeling en motorische uitvalsverschijnselen L4 links bij een bekende wervelkanaalstenose op beide niveaus”. Verzoekster heeft naar aanleiding van de gestelde diagnose bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten verbonden aan “exploratie (deels microscopisch, deels endoscopisch) wortel L3-4 met laterale recessusplastiek, facetdenervatie beiderzijds, laser ondersteunde foraminoplastiek L4-5 links en stabilisatie L4-5 met behulp van een Coflex® prothese” ten laste van de zorgverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 2 april 2008 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat haar aanspraak is afgewezen.
- 3.3. Op 6 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 23 januari 2008 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn standpunt te handhaven.

- 3.5. Bij brief van 15 april 2008 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.
- 3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 37,00 voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren.
- 3.7. De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie bij brief van 30 juli 2008 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 31 juli 2008 aan verzoekster toegezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster en zorgverzekeraar hebben op 1 respectievelijk 3 september 2008 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord.
- 3.9. Bij brief van 31 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 22 augustus 2008 heeft het CVZ bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek van verzoekster af te wijzen omdat een Coflex® prothese niet kan worden beschouwd als zorg die op grond van de internationale stand van de wetenschap voldoende beproefd en deugdelijk is bevonden. Een afschrift van het CVZ-advies is met dit bindend advies aan partijen gezonden.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
 - 4.1. Verzoekster stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat zij voor haar klachten in de St. Maartenskliniek onder behandeling is geweest, doch dat deze behandelingen geen enkel goed resultaat hebben opgeleverd. In haar beleving zijn haar klachten eerder verergerd. De behandeling in Duitsland is echter naar tevredenheid verlopen, de klachten zijn sterk verbeterd.
 - 4.2. Verzoekster kan zich niet vinden in de stelling van de zorgverzekeraar dat de behandeling niet gebruikelijk is in de internationale kring van beroepsgenoten. Ook de specialist is van oordeel dat niet kan worden volgehouden dat de gekozen behandeling niet gebruikelijk is.
 - 4.3. De behandeling wordt wel vergoed door andere zorgverzekeraars.
 - 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 een spondylodese met behulp van een Coflex® prothese op grond van de internationale stand van de wetenschap, onvoldoende beproefd en deugdelijk is bevonden. Zij verwijst hiervoor naar een CVZ-advies van 14 september 2007 (zaaknummer 27045316). Omdat de het CVZ-advies op een later moment is uitgebracht dan de operatie van verzoekster heeft plaatsgevonden, kan worden gesteld dat de operatie die verzoekster heeft ondergaan niet als gebruikelijk wordt beschouwd.

- 5.2. 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 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 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)”

- 7.2. 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.”

- 7.3. 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. Deze bepaling luidt, voor zover in dit kader relevant, als volgt:

“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.”

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

- 7.5. 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.

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 vervolgens 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.

- 7.6. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.7. In geschil is of een spondylodese met behulp van een Coflex® prothese, bij de onderhavige aandoening, 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.
- 7.8. 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.
- 7.9. 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.

- 7.10. Een onderzoek naar dergelijke kwalitatieve onderzoeken is door het CVZ in zijn advies van 2 oktober 2007 uitgevoerd, welke conclusie in het advies van 22 augustus 2008 is bestendigd. De conclusie daarvan neemt de commissie over en maakt zij tot de hare.
- 7.11. Voor zover het verzoek ziet op de stelling van verzoekster dat andere zorgverzekeraars deze behandeling wel vergoeden, oordeelt de commissie als volgt. Het beroep op het gelijkheidsbeginsel faalt. Zorgverzekeraars dienen op basis van de polisvoorwaarden te toetsen of een verzekerde in aanmerking komt voor (vergoeding van) zorg of overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Alle zorgverzekeraars in Nederland zijn voor wat betreft de inhoud van de zorgverzekering gebonden aan dezelfde wet- en regelgeving. Zij mogen niet meer of minder bieden dan de regelgeving hen toestaat. Zulks brengt met zich dat een zorgverzekeraar niet gehouden is over te gaan tot vergoeding of verstrekking van zorg als de polisvoorwaarden van de zorgverzekering daarvoor geen dekking bieden, ook niet als andere zorgverzekeraars dat - om welke reden ook - wel doen. Slechts indien een zorgverzekeraar van verzoekster een beleid voert waarbij meer wordt vergoed of verstrekt dan volgens de regelgeving inzake de zorgverzekering is toegestaan kan een verzekerde van die zorgverzekeraar op dat beleid een beroep doen. Aangezien verzoekster zich slechts beroept op het beleid van een andere zorgverzekeraar, kan haar dat niet baten.
- 7.12. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

8. Het bindend advies

- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 24 september 2008,

Voorzitter