

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen C te D
Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, prodisc-c kogellager op niveau C5-
C6 en C6-C7, verwijdering tussenwervelschijf op niveau C6-C7,
stand wetenschap en praktijk
Zaaknummer : 2013.01826
Zittingsdatum : 20 november 2013

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. H.P.Ch. van Dijk)

(Voorwaarden zorgverzekering 2012, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2012)

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

C te D, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] Zorgverzekering Restitutie (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw).

Verder waren ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen [naam ziektekostenverzekeraar] Compleet, Tand en Gaaf 500 en Gezondheidsservices afgesloten (hierna gezamenlijk: de aanvullende ziektekostenverzekering).

Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van een operatie aan de nek, uitgevoerd te Heidelberg (Duitsland) (hierna: de aanspraak). Bij brieven van 12 en 27 september 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Bij e-mailbericht van 10 juli 2013 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).
- 3.3. Tevens heeft verzoeker aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van de onder 3.1 genoemde beslissing gevraagd. Bij brief van 6 augustus 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.4. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 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.

- 3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 3 oktober 2013 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 4 oktober 2013 aan verzoeker gezonden.
- 3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 5 oktober 2013 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.7. Bij brief van 4 oktober 2013 heeft de commissie het College voor Zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 4 november 2013 (zaaknummer 2013122461) heeft het CVZ bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat plaatsing van een cervicale discusprothese (nog) niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Een afschrift van het CVZ-advies is op 5 november 2013 aan partijen gezonden.
- 3.8. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 20 november 2013 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.9. Bij brief van 21 november 2013 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 voorlopig advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 26 november 2013 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
 - 4.1. In december 2010 heeft verzoeker een MRI-scan gehad van zijn nek, waaruit bleek dat alle nekwervels en tussenwervelschijven waren versleten. Verzoeker heeft hiervoor in 2011 in Nederland een ingreep ondergaan, die niet het gewenste effect heeft gehad. De klachten zijn na de operatie toegenomen. Verzoeker heeft botwildgroei en hernia's gekregen. Hij had daarom geen vertrouwen meer in de Nederlandse arts.
 - 4.2. De huisarts verwees verzoeker naar Heidelberg. Aldaar zijn de tussenwervelschijven op niveau C5-C6 en C6-C7 verwijderd, zijn twee prodisc-c kogellagers op deze niveaus geplaatst, en is wildgroei van bot weggefreest. Dit was voor de behandelend arts geen experiment. Het resultaat is goed.
 - 4.3. Voorafgaand aan de ingreep heeft verzoeker toestemming gevraagd aan de ziektekostenverzekeraar. Door deze is vergoeding geweigerd op de grond dat de onderhavige ingreep niet gebruikelijk zou zijn. Het alternatief zou echter zijn een slechte kwaliteit van leven en uiteindelijk de dood.
 - 4.4. De ziektekostenverzekeraar is verplicht de ingreep te vergoeden. De alternatieven zouden verzoeker, het sociale stelsel, en het ziektekostenverzekeringstelsel in het bijzonder onnodig hebben belast. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker een operatie aangeraden, die zeer slecht voor hem was. De juristen van de ziektekostenverzekeraar hebben zich daarmee gedegradeerd tot kwakzalvers, en zijn onmenselijk en incompetent. Het vergoeden van de operatie is niet strafbaar, terwijl dat wel geldt voor het niet helpen van mensen in doodsnood. Verzoeker merkt verder op dat de

ziektekostenverzekeraar bewust en moedwillig een negen maanden durende, onnodig lange bureaucratische ontmoedigingsprocedure heeft gevoerd.

4.5. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar de uitspraken van de Hoge Raad niet respecteert. Doordat hij te laat is geopereerd, zijn allerlei complicaties opgetreden, zoals een slecht functionerende sluitspier. Uiteindelijk was een faillissement het gevolg. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker geen alternatief aangeboden en heeft tegen hem gelogen. De arts wilde twee discusprothesen plaatsen. De eerste prothese werd in 2011 aangebracht. Door botwildgroei zijn nieuwe hernia's ontstaan. Met het geboden alternatief kon verzoeker niet akkoord gaan. Dit zou namelijk verlamde armen betekenen.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Verzoeker is geïndiceerd voor een operatie aan de nek. De ingreep waarbij een titanium cage wordt geplaatst is verzekerde zorg en hiervoor is een machtiging verleend. Bij verzoeker zijn echter twee discusprothesen geplaatst. Deze zorg is niet conform de stand van de wetenschap en praktijk en vormt daarom geen verzekerde prestatie onder de zorgverzekering.

5.2. Het standpunt van de ziektekostenverzekeraar is gebaseerd op een advies van het CVZ van mei 2009, dat is aangepast in december van dat jaar, en een uitspraak van de commissie van 30 mei 2012. Het is de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar niet gebleken dat sindsdien onderzoeken zijn gepubliceerd van voldoende kwaliteit waaruit blijkt dat deze zorg wel voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

5.3. Aangezien de ingreep geen verzekerde zorg is, kunnen de daarmee samenhangende kosten niet ten laste van de zorgverzekering worden vergoed.

5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat de advocaat van verzoeker heeft geïnformeerd naar de alternatieven. In dat kader is de mogelijkheid van een titaniumcage genoemd. De ziektekostenverzekeraar kan echter niet op de stoel van de arts gaan zitten. Deze beslist uiteindelijk over de behandeling. Met betrekking tot de second opinion merkt de ziektekostenverzekeraar op dat wordt samengewerkt met Best Doctors. Deze artsen bepalen aan de hand van het dossier welke behandeling is aangewezen. Die behandeling moet dan wel conform de stand van de wetenschap en praktijk zijn.

5.5. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel A.21. van 'Hoofdstuk A' van de zorgverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

- 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

- 8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.
- 8.2. De zorgverzekering betreft een restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in 'Hoofdstuk B' van de zorgverzekering.
- 8.3. Artikel B.4.2. van 'Hoofdstuk B' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op zorg met opname bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"B.4.2.1. Omschrijving van de zorg

Deze zorg omvat:

- a. medisch specialistische behandeling;*
- b. opname in de laagste klasse van een instelling voor medisch specialistische zorg voor maximaal 365 dagen (na 365 dagen komen kosten voor rekening van de AWBZ);*
- c. verblijf, verpleging en verzorging;*
- d. paramedische zorg (bijvoorbeeld fysiotherapie, oefentherapie, ergotherapie, logopedie, de geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen;*
- e. laboratoriumonderzoek. (...)"*

- 8.4. Artikel B.2. van 'Hoofdstuk B' van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

"B.2.1. Wonen in Nederland en zorg in buitenland

Als u in Nederland woont, hebt u recht op (vergoeding van) verzekerde zorg door een zorgverlener buiten Nederland. (...)"

- 8.5. Artikel A.3.2. van 'Hoofdstuk A' van de zorgverzekering bepaalt, voor zover hier van belang:

"In deze verzekeringsvoorwaarden staat op welke dekking u recht hebt. Deze dekking omvat zorg die voldoet aan de volgende eisen:

- a. de inhoud en omvang van deze zorg worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk of door wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten; (...)"*

- 8.6. De artikelen A.3.2. van 'Hoofdstuk A' en B.2. en B.4.2. van 'Hoofdstuk B' van de zorgverzekering zijn volgens artikel A.2.4. van 'Hoofdstuk A' van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.7. Artikel 11, lid 1, onderdeel b 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 vergoeding van de kosten van 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 lid 2 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 dan wel, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

- 8.8. De Zvw, het daarop gebaseerde Bzv en de Rzv, schrijven dwingend voor welke prestaties onder de zorgverzekering verzekerd dienen te zijn. De verzekerde die een zorgverzekering sluit heeft recht op niet meer of minder dan deze prestaties. De zorgverzekering is in dit opzicht een bijzondere, van overheidswege gereguleerde vorm van schadeverzekering. Het staat de ziektekostenverzekeraar niet vrij een dekking te bieden die hetzij ruimer dan wel beperkter is dan op grond van het bij of krachtens de Zvw bepaalde is voorgeschreven.

De hiervoor beschreven regeling, zoals opgenomen in de zorgverzekering, strookt met de toepasselijke regelgeving.

- 8.9. Artikel 20 van Vo. nr. 883/2004 luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

- “1. Tenzij in deze verordening anders is bepaald, moet een verzekerde die naar een andere lidstaat reist met het oogmerk gedurende zijn verblijf verstrekkingen te ontvangen, daarvoor toestemming van het bevoegde orgaan vragen.
2. Een verzekerde die van het bevoegde orgaan toestemming heeft gekregen om zich naar een andere lidstaat te begeven met het oogmerk om daar een voor zijn gezondheidstoestand passende behandeling te ondergaan, heeft recht op verstrekkingen die voor rekening van het bevoegde orgaan worden verleend door het orgaan van de verblijfplaats, volgens de door dit orgaan toegepaste wetgeving, alsof hij krachtens die wetgeving verzekerd was. De toestemming mag niet worden geweigerd wanneer de desbetreffende behandeling behoort tot de prestaties waarin de wetgeving van de lidstaat waar betrokkene woont, voorziet, en die behandeling hem, gelet op zijn gezondheidstoestand van dat moment en het te verwachten ziekteverloop, in laatstbedoelde lidstaat niet kan worden gegeven binnen een termijn die medisch verantwoord is. (...)”

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Verzoeker heeft voorafgaand aan de behandeling de ziektekostenverzekeraar om toestemming gevraagd. De ziektekostenverzekeraar heeft tijdig aan verzoeker medegedeeld dat hij van mening is dat geen sprake is van een verzekerde prestatie, zodat noch op grond van de verordening, noch op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering aanspraak op de zorg bestaat. Met betrekking tot de vraag of sprake is van een verzekerde prestatie geldt het volgende.
- 9.2. Mede gelet op het door de ziektekostenverzekeraar ingenomen standpunt, is de vraag of plaatsing van discusprothesen bij de indicatie van verzoeker voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk als bedoeld in artikel A.3.2. van ‘Hoofdstuk A’ 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 de onderhavige behandeling is door het CVZ uitgevoerd. De bevindingen hiervan zijn in het advies van 4 november 2013 verwoord. De conclusie van het advies is dat deze zorg niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is en daarmee geen verzekerde prestatie onder de zorgverzekering. De commissie neemt deze conclusie over en maakt deze tot de hare.
- 9.6. Aangezien geen sprake is van een verzekerde prestatie onder de zorgverzekering, heeft verzoeker geen aanspraak op vergoeding. Tevens was de ziektekostenverzekeraar, gelet op artikel 20 van Vo. nr. 883/2004, niet gehouden hem een S2-formulier te verstrekken.

- 9.7. Verzoeker heeft zich in de procedure nog beroepen op enkele arresten van de Hoge Raad. Hij heeft niet gespecificeerd welke uitspraken dit betreft. Door verzoeker zijn wel twee uitspraken van de Centrale Raad van Beroep (CRvB) overgelegd. Deze uitspraken kunnen echter niet leiden tot een ander oordeel. De CRvB heeft in die uitspraken getoetst aan het in het kader van de Ziekenfondswet toepasselijke gebruikelijkheidscriterium, en niet aan het huidige criterium 'stand van de wetenschap en praktijk'. Bovendien betreft het hier een bestuursrechtelijke procedure en tegen die achtergrond is het betrokken ziekenfonds door de CRvB opgedragen een nieuw besluit te nemen met inachtneming van de uitspraak.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.8. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor de onderhavige zorg, zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden ingewilligd.

Conclusie

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

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 4 december 2013,

Voorzitter