

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C en E beide te D
Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, discusprothese
Zaaknummer : 2009.00334
Zittingsdatum : 13 januari 2010

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

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 7 november 2008, waarbij de aanvraag voor een tegemoetkoming in de kosten van het plaatsen van een discusprothese in de Atos Klinik te München (Duitsland) is afgewezen.

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 Hoofdverzekering. Het product Hoofdverzekering wordt door de ziektekostenverzekeraar echter niet als zodanig aangeboden. Gezien de tussen partijen gevoerde correspondentie zal echter bedoeld zijn de Zorg-op-Maatpolis (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 Plus PZP en Tandarts PZP afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Deze verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. De behandelend arts heeft bij verzoeker de volgende diagnose gesteld: "diskopathie L4/5, L5, S1". Verzoeker heeft naar aanleiding van de gestelde diagnose bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op "plaatsing van een discusprothese" ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende verzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 7 november 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.3. Op 10 oktober 2008 heeft de behandeling waarop verzoeker aanspraak maakt, overeenkomstig de wijze zoals in de aanvraag vermeld, plaatsgevonden.
- 3.4. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 19 maart 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.5. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.

- 3.6. Bij brief van 5 augustus 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 verzekering (hierna: het verzoek).
- 3.7. 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.
- 3.8. De ziektekostenverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief van 2 november 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 3 november 2009 aan verzoeker gezonden.
- 3.9. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 26 november 2009 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden.
- 3.10. Bij brief van 3 november 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 19 november 2009 heeft het CVZ (zaaknummer 29120362) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat het plaatsen van een discusprothese niet tot de stand van de wetenschap en praktijk behoort. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.11. Verzoeker is op 13 januari 2010 in persoon gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch aan de hoorzitting deelgenomen. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.12. 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 19 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. Verzoeker stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat hij in april 2008 een hernia heeft opgelopen tijdens zijn werk als hondengeleider bij de politie. Hij is hieraan geopereerd, maar na enkele weken kwam de hernia terug. De behandelend neurochirurg wilde hem niet nogmaals opereren, omdat de tussenwervelschijf waar de hernia zat, zo slap was geworden dat behandeling op de conventionele wijze niet haalbaar zou zijn. Volgens deze arts was de enige oplossing het vastzetten van L4/L5 en S1. Verzoeker heeft daarna een zogenoemde pijnblokkade gehad die vier tot zes maanden werkt, waardoor hij weer halve dagen aangepast werk kon doen.
- 4.2. Verzoeker is in de tussentijd zelf op zoek gegaan naar een andere behandelmogelijkheid en is zo terecht gekomen bij de Atos Klinik te München. Voordat hij zijn dossier daar naartoe heeft gestuurd, heeft verzoeker telefonisch contact opgenomen met

de ziektekostenverzekeraar. Verzoeker heeft in dit gesprek gevraagd naar de vergoeding van de kosten van medische zorg in het buitenland en in het bijzonder in de Atos Klinik, waar bij hem een discusprothese zou worden geplaatst. Verzoeker stelt dat hem is geantwoord dat de ziektekostenverzekeraar zeker met deze kliniek werkt.

- 4.3. Enige tijd later heeft verzoeker wederom met de ziektekostenverzekeraar gebeld ten einde een en ander kort te sluiten. Toen is hem verteld dat geen aanspraak bestaat op het plaatsen van een discusprothese. Verzoeker heeft vervolgens zijn huisarts, bedrijfsarts en fysiotherapeut gevraagd naar hun mening over het laten plaatsen van een discusprothese. Alle drie waren positief; zij hadden ernstige bedenkingen bij het vastzetten van de rug. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar daarom verzocht de kosten van de ingreep te betalen; althans voor zover de kosten zouden zijn gedekt in geval van behandeling in Nederland.
- 4.4. Op 10 oktober 2008 is de discusprothese bij verzoeker geplaatst. In februari 2009 was het zo gesteld met verzoeker dat hij binnen één maand zijn werkzaamheden geheel en zonder pijn en restricties zou kunnen hervatten. Het geld voor deze ingreep ad € 31.500,-- heeft verzoeker kunnen lenen van zijn ouders.
- 4.5. Ter zitting is door verzoeker zijn voornoemde standpunten herhaald. Ter aanvulling heeft hij aangevoerd dat hij zich niet kan vinden in het advies van het CVZ. De discusprothese wordt al meer dan twintig jaar in de Alpha Klinik met goed resultaat gebruikt; daarom is deze behandeling naar mening van verzoeker niet meer experimenteel te noemen. Verzoeker merkt op dat hij weer aan het werk is en dat het goed met hem gaat; hij heeft geen pijn meer. Verzoeker benadrukt dat als hij niet had gekozen voor deze behandeling, de ziektekostenverzekeraar hogere kosten had moeten maken, bijvoorbeeld voor fysiotherapie.
- 4.6. Verzoeker komt tot de conclusie dat zijn 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 de gevraagde ingreep, het plaatsen van een discusprothese, niet voldoet aan de stand van de wetenschap en de praktijk. De behandeling kan daarom niet worden vergoed ten laste van de zorgverzekering. De ziektekostenverzekeraar merkt voorts op dat niet is gebleken van een ondubbelzinnige toezegging aan verzoeker.
- 5.2. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat in het telefoongesprek, waarop verzoeker zich beroept, is medegedeeld aan verzoeker dat de Alpha Klinik een aanvraag moet indienen en dat die aanvraag beoordeeld zal worden. De ziektekostenverzekeraar benadrukt dat substitutie van kosten op grond van de regelgeving niet mogelijk is. Hierbij benadrukt de ziektekostenverzekeraar dat het plaatsen van een discusprothese geen verzekerde zorg is.
- 5.3. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoeker 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 ten aanzien van de aanvullende ziektekostenver-

zekering, bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

- 7.1. In geschil is vergoeding van de kosten in verband met het plaatsen van een discussprothese in de Atos Klinik te München, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende verzekering. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en wet- en regelgeving

- 8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en wet- en regelgeving relevant.
- 8.2. Het 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 19 e.v. van de zorgverzekering.
Artikel 20 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat.

Voor zover hier van belang, luidt artikel 20 als volgt:

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

In artikel 11 van de zorgverzekering is bepaald:

“De verzekerde die woont in Nederland, heeft aanspraak op zorg van een door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder of instelling buiten Nederland. In het geval dat een verzekerde de zorg inroept van een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder of instelling vindt vergoeding van kosten plaats conform het bepaalde dat elders in deze polis bij iedere zorgvorm afzonderlijk is aangegeven indien zorg binnen Nederland door een niet gecontracteerde zorgverlener of instelling zou zijn verleend.”

In artikel 2, lid 4 van de zorgverzekering is bepaald:

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

- 8.3. De artikelen 2, lid 4, 11 en 20 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2, lid 1 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.4. 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. Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.1 Rzv.

- 8.5 Artikel 13, lid 1 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 zorgverzekeraar een overeenkomst over deze zorg of dienst en de daarvoor in rekening te brengen prijs heeft gesloten of van een aanbieder die bij zijn zorgverzekeraar in dienst is, en hij deze zorg of andere dienst desalniettemin betreft van een andere aanbieder, hij recht heeft op een door de zorgverzekeraar te bepalen vergoeding van de voor deze zorg of dienst gemaakte kosten.
- 8.6 Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 8.7 Voor het geschil zoals omschreven in 7.1 is allereerst van belang de vraag of het plaatsen van een lumbale discusprothese voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk.
9. Beoordeling van het geschil
- 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.

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.2. 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.
- 9.3. 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 ge-

concludeerd dat het een gebruikelijke behandeling betreft in de internationale kring van beroepsgenoten.

- 9.4. 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 veiligheid en effectiviteit van het plaatsen van een lumbale discusprothese is blijkens het advies van het CVZ van 19 november 2009 door het CVZ uitgevoerd. In zijn advies verwijst het college naar een bij brief van 19 mei 2009 gegeven samenvatting van het op 18 mei 2009 door hem vastgestelde onderzoeksrapport (systematische review). Het CVZ concludeert dat een lumbale discusprothese niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Die conclusie, waarmee de commissie zich verenigt, neemt de commissie over en maakt zij tot de hare.
- 9.6. Gezien het voorgaande komt de plaatsing van een discusprothese op grond van de verzekeringsvoorwaarden niet voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking. De polisvoorwaarden bieden ook geen basis voor substitutie, zoals kennelijk door verzoeker wordt beoogd, in die zin dat voor de primair gevraagde vergoeding in de plaats treedt een vergoeding op basis van de kosten van een door verzoeker veronderstelde, eventueel wel voor vergoeding in aanmerking komende behandeling.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

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

Werking privaatrecht

- 9.8. Voor zover verzoeker stelt dat bij hem een redelijke en derhalve rechtens te respecteren verwachting is gewekt doordat hem telefonisch een toezegging is gedaan door een, niet bij naam genoemde, helpdeskmedewerker, welke toezegging zou voortvloeien uit de mededeling dat de ziektekostenverzekeraar met de betrokken kliniek werkt en dat een behandeling zou moeten worden aangevraagd, oordeelt de commissie als volgt.
- 9.9. De ziektekostenverzekeraar kan niet gebonden worden geacht aan alle zijnerzijds gedane uitlatingen waardoor bij een verzekerde verwachtingen zijn gewekt ten aanzien van een door de ziektekostenverzekeraar te volgen gedragslijn. Met name indien het gaat om reacties op een verzoek van een verzekerde om inlichtingen aangaande de inhoud van de polisvoorwaarden, dan wel andere door de ziektekostenverzekeraar in acht te nemen regelgeving, noopt het belang dat de verzekerden erbij hebben dat de ziektekostenverzekeraar zijn voorlichtende taak onbelemmerd kan vervullen ertoe te aanvaarden dat het risico van een onjuiste inlichting in de regel voor rekening van de betrokken verzekerde blijft. In het onderhavige geval klemmt het laatste te meer, nu verzoeker in een tweede gesprek op 27 augustus 2008 alsnog de juiste in-

formatie is gegeven, en hij er desalniettemin voor heeft gekozen de operatie op 10 oktober 2008 doorgang te laten vinden. Daarmee heeft hij het risico dat de aan de ingreep verbonden kosten voor zijn rekening zouden blijven, aanvaard.

Conclusie

9.10. 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