

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C en E beide te D
Zaak : EU/EER, Geneeskundige zorg, Coflex®-implantaat bij HNP L4/5
Zaaknummer : 2009.01120
Zittingsdatum : 18 november 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 17 april 2009 de aanvraag voor een rugoperatie met behulp van een Coflex®-implantaat af te wijzen.

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 ZorgZó 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 en TandVerzorgd 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. De behandelend arts heeft bij verzoeker de volgende diagnose gesteld: "HNP L4/5". Verzoeker heeft naar aanleiding van de gestelde diagnose bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op "eine offene Bandscheiben-Op. (Rezidiv-Op.) der Etage L4/L5" ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: de aanspraak).
- 3.3. Op 13 februari 2009 heeft de operatie waarop verzoeker aanspraak maakt, overeenkomstig de wijze zoals in de aanvraag vermeld, plaatsgevonden.
- 3.4. Bij brief van 17 april 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.5. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 1 mei 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.6. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.

- 3.7. Bij brief van 22 juni 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).
- 3.8. 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.
- 3.9. De ziektekostenverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief van 27 augustus 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 28 augustus 2009 aan verzoeker gezonden.
- 3.10. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 14 september 2009 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.11. Bij brief van 10 september 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 oktober 2009 heeft het CVZ (zaaknummer 29099672) 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 Coflex®-implantaat niet kan worden aangemerkt als zorg conform de stand van de wetenschap en praktijk, en daarom niet tot de verzekerde prestaties behoort. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.12. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 18 november 2009 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.13. Bij brief van 19 november 2009 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 24 november 2009 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 oktober 2004 in Keulen (Duitsland) is geopereerd aan een hernia op niveau L4/5. Die operatie is door de toenmalige verzekeraar vergoed. In november 2008 kreeg verzoeker klachten aan zijn linkerbeen. Uit een MRI-scan bleek dat een zenuw bekneld was geraakt. De arts in Nederland adviseerde een wortelblokkade, welke destijds is uitgevoerd. Eind januari, begin februari 2009 kwam de pijn weer terug. Via de zorgmakelaar van de ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker een afspraak gemaakt met een arts in Bunde (Duitsland). De reden voor de behandeling in het buitenland was dat daarvoor kortere wachttijden bestonden dan in Nederland. Tijdens onderzoek bleek dat het niet verstandig was wederom een gedeelte van de tussenwervelschijf

op niveau L4/5 weg te halen, omdat de wervels daardoor nog dichter op elkaar zouden komen te liggen. De Duitse arts stelde voor ruimte tussen de wervels te creëren met behulp van een Coflex®-implantaat. Deze is op 13 februari 2009 aangebracht. De ziektekostenverzekeraar weigert de kosten van de operatie te vergoeden, op de grond dat deze methode niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is. Uit verscheidene websites, waaronder die van het Medisch Spectrum Twente, blijkt echter dat deze operatie vaker wordt uitgevoerd. Het betreft daarom geen experimentele zorg.

4.2. Ter zitting is door verzoeker aangevoerd dat hij enkele jaren geleden een herniaoperatie in Duitsland heeft ondergaan, die door de ziektekostenverzekeraar is vergoed. Vorig jaar heeft hij een recidief gekregen, waarop in Nederland een wortelblokkade is uitgevoerd. In eerste instantie ging het daarna goed; de acute pijn bleef weg. In de tweede helft van januari 2009 kwam de pijn echter terug, waarop verzoeker naar Duitsland is afgereisd. Daar heeft hij gevraagd de procedure te versnellen, omdat hij bang was voor de erge pijn die hij eerder had ondervonden. Op 13 januari 2009 is verzoeker geopereerd, waarop hij op 9 februari 2009 een fax met bijlagen aan de ziektekostenverzekeraar heeft gestuurd. Op dat moment was verzoeker ervan overtuigd dat een gewone herniaoperatie zou plaatsvinden. Het betrof een 'Bandscheibenoperation'. Later heeft de arts gedemonstreerd wat er zou gebeuren, waarop verzoeker en zijn echtgenote zich realiseerden dat geen gewone operatie zou plaatsvinden. Verzoeker heeft echter toch met deze operatie ingestemd, omdat hij van de pijn af wilde. Op dat moment is het niet bij hem opgekomen telefonisch contact met de ziektekostenverzekeraar op te nemen aangaande de hoogte van de vergoeding. Verzoeker verzoekt om een toewijzing op grond van redelijkheid en billijkheid.

4.3. 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 hij grote waarde hecht aan het verlenen van verantwoorde, adequate en doelmatige zorg. De arts in Bunde is niet gecontracteerd door de ziektekostenverzekeraar. In 2008 was dit wel het geval, doch in het kader van een pilot voor natuurgeeneeskunde, en niet als arts of specialist. Voor deze operatie heeft daarom geen geldige verwijzing door een huisarts of specialist plaatsgevonden.

Voorts stelt de ziektekostenverzekeraar dat de operatie niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is, aangezien deze is uitgevoerd met behulp van een Coflex®-implantaat. Dit standpunt wordt onder andere bevestigd in een advies van het CVZ van 14 september 2007.

5.2. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat zorg alleen wordt vergoed wanneer deze gebruikelijk is. Daarvan is in de situatie van verzoeker geen sprake. Het lag op de weg van verzoeker hiernaar onderzoek te doen. Wanneer de arts verkeerde informatie heeft gegeven over de uit te voeren operatie, kan dat de ziektekostenverzekeraar niet worden tegengeworpen. Het CVZ-advies is in lijn met het standpunt van de ziektekostenverzekeraar.

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 ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van de door verzoeker ondergane operatie aan hem te vergoeden, ten laste van de zorgverzekering, dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 7.2. Het betreft hier een restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. 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, welk artikel als volgt luidt:

“U heeft recht op vergoeding van kosten van:

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

Artikel B9 van de zorgverzekering bepaalt wanneer aanspraak bestaat op zorg in het buitenland en luidt:

“U heeft recht op vergoeding van kosten van zorg van een buitenlandse zorgaanbieder. (...)

Als u woont of verblijft in een ander EU/EER-land of Verdragsland dan Nederland, kunt u kiezen uit:

- *recht op zorg volgens de wettelijke regeling van dat land, of*
- *(...)*
- *recht op vergoeding van kosten van zorg tot maximaal het geldende Wmg-tarief als de zorg in Nederland zou zijn verleend, of tot een in Nederland geldend marktconform bedrag. (...)*”

Artikel B4 van de zorgverzekering bepaalt dat de inhoud en omvang van de zorg mede worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk.

- 7.3. 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).
- 7.4. 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.

- 7.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.6. De vraag is of een operatie waarbij een Coflex®-implantaat wordt aangebracht bij een HNP op niveau L4/L5, voldoet aan de stand van de wetenschap en de praktijk als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 7.7. 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.
- 7.8. 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.
- 7.9. Een onderzoek naar dergelijke kwalitatieve onderzoeken met betrekking tot de onderhavige operatie is door het CVZ in zijn advies van 14 september 2007 uitgevoerd. De conclusie, dat de onderhavige operatie (nog) niet in overeenstemming is met de stand van de wetenschap en praktijk, is in het advies van 15 oktober 2009 herhaald.

De commissie sluit zich aan bij het advies van het CVZ, en maakt de conclusie daarvan tot de hare.

- 7.10. De commissie begrijpt dat verzoeker vanwege pijnklachten geen contact heeft opgenomen met de ziektekostenverzekeraar om te informeren naar de hoogte van de vergoeding, maar is van oordeel dat zulks de ziektekostenverzekeraar niet kan worden tegengeworpen, in die zin dat op grond van de redelijkheid en billijkheid een vergoeding zou moeten volgen.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 7.11. De commissie is gebleken dat de aanvullende ziektekostenverzekering geen dekking biedt voor de door verzoeker ondergane operatie, en dat het verzoek om die reden niet onder de aanvullende ziektekostenverzekering voor toewijzing in aanmerking komt.

Conclusie

- 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, 2 december 2009,

Voorzitter