

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen C te D en E te F
Zaak : Geneeskundige zorg, rugoperatie, dynamische stabilisatie op
niveau L4-5 door middel van discusprothese
Zaaknummer : 2012.00357
Zittingsdatum : 27 juni 2012

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, 2.4 Bzv, 2.1-2.3 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2012)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

1) C te D, en

2) E te F,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Beter Af Polis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Beter Af KLM Polis 3 sterren afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De eveneens door verzoekster afgesloten verzekering Beter Af Tandarts Polis 2 sterren is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van dynamische stabilisatie op niveau L4-5 door middel van een discusprothese (hierna: de aanspraak). Bij brief van 23 januari 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 8 februari 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. Bij brief van 8 februari 2012 heeft verzoekster 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).
- 3.4. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

- 3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 17 april 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 19 april 2012 aan verzoekster gezonden.
- 3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 11 mei 2012 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 7 juni 2012 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.7. Bij brief van 19 april 2012 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 21 mei 2012 heeft het CVZ (zaaknummer 2012054395) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat de discusprothese ter behandeling van chronische lage rugklachten geen zorg conform de stand van de wetenschap en praktijk is (standpunt van 19 mei 2009, zaaknummer 29027677), en het hier derhalve geen verzekerde prestatie betreft.
Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 6 juni 2012 aan partijen gezonden.
- 3.8. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 27 juni 2012 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.9. Bij brief van 28 juni 2012 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 2 juli 2012 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 verzoekster

- 4.1. De behandelend neurochirurg heeft bij verzoekster de volgende diagnose gesteld: “(...) *discopathie L4-5 (...)*”, en verzocht om: “(...) *anterieure dynamische stabilisatie op L4-5 (...)*”
- 4.2. Hij verklaart voorts: “(...) *plaatsen van een discusprothese via een anterieure benadering op het niveau L4-5. De verzekeraar vergoedt wel een benige fusie van de wervels L4 en L5 middels een posterieure spondylodese, welke in dit geval veel mutilerender is. Deze laatste behandeling werkt goed in geval van een ernstige discopathie, echter voor deze benadering worden de rugspieren redelijk gecompromitteerd, terwijl via een anterieure benadering dit niet het geval is. Tevens zijn er in de wereldliteratuur steeds meer gegronde aanwijzingen en evidence dat een discusprothese, via een voorste benadering goede outcome scores toont. Gezien de relatief jonge leeftijd van patiënt lijkt mij een posterieure benadering met fusie van L4 en L5 een redelijke aanslag op haar rugmusculatuur en wervelkolom, met lange revalidatie en beperkingen in het verschiet. (...)*”
- 4.3. Verzoekster is op 30 april 2011 ziek gemeld op haar werk vanwege acute lage rugklachten. De eerste diagnose was spit. Zij is hier door middel van manuele therapie en fysiotherapie voor behandeld. De pijn bleef hierna aanhouden, in combinatie met

uitstraling naar haar benen. In mei 2011 is een MRI-scan gemaakt in de Sint Maartenskliniek. Hierop was zichtbaar dat de tussenwervelschijf L4-5 versleten is. Volgens de arts kon dit echter niet de oorzaak van de pijn zijn. Verzoekster moest doorgaan met manuele therapie en fysiotherapie. De pijn en de uitstraling bleven echter onverminderd. Verzoekster kan haar werk niet uitvoeren en haar sociale contacten zijn tot een minimum beperkt; zij is al maanden ziek thuis.

- 4.4. In november 2011 heeft verzoekster zich, na verwijzing door de huisarts, gewend tot de Bergman Clinics voor een second opinion. Bij wijze van test heeft verzoekster twee weken een korset gedragen waardoor de tussenwervelschijf werd geïmmobiliseerd en ontlast. Daarnaast heeft verzoekster een discografie ondergaan. Beide hadden een positief effect op de pijn in haar rug en de uitstraling naar haar benen. Een verdoving in het SI-gewricht en een cortison injectie leverden geen resultaat op. De arts concludeerde dat de pijn wel degelijk afkomstig is van de versleten tussenwervelschijf. Er is sprake van discopathie.
- 4.5. De reguliere behandeling van deze aandoening is een posterieure spondylodese. De behandelend artsen van verzoekster weigeren echter haar op deze manier te behandelen. Zowel de ingreep als de revalidatie zijn zeer ingrijpend. Dit is gelet op verzoeksters leeftijd van 31 jaar niet wenselijk. Het alternatief is het plaatsen van een lumbale discusprothese via anterieure benadering. Volgens de artsen is dit de beste optie. In het buitenland worden dergelijke operaties al ruim tien jaar succesvol uitgevoerd, en in Nederland zijn er inmiddels meerdere onderzoeken geweest, met positieve resultaten.
- 4.6. Verzoekster stelt dat zij, na maanden van pijn en ellende, nu eindelijk hoop heeft op herstel en terugkeer naar haar werk en een normaal leven. Het is voor haar onbegrijpelijk dat de ziektekostenverzekeraar deze ingreep niet vergoedt. Twee specialisten hebben vastgesteld dat zij door de gevraagde ingreep van haar pijn kan worden verlost. Het verbaast haar dat de ziektekostenverzekeraar hier niet achter staat. Verzoekster is een uitzonderingsgeval. De ziektekostenverzekeraar dient op zijn minst een deel van de behandeling te vergoeden, gelet op de specifieke omstandigheden. Voorts brengt verzoekster in dat een lumbale discusprothese op langere termijn goedkoper is voor de ziektekostenverzekeraar.
- 4.7. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat zij last heeft van haar onderrug. De vermoedelijke oorzaak is een ongeluk uit 2002, waarbij schade is ontstaan aan een tussenwervelschijf. Verzoekster zit thans al een jaar in de Ziektewet. Zij heeft verschillende artsen geconsulteerd. Voor een spondylodese komt zij niet in aanmerking, omdat zij daarvoor te jong is. Vervanging van de tussenwervelschijf is zodoende de enige optie. Volgens het CVZ is dit geen verzekerde zorg, maar dit standpunt dateert uit 2009. Verzoekster zou graag zien dat het CVZ de kwestie nogmaals bekijkt. Zij kan de ingreep niet zelf betalen. Tot slot brengt verzoekster in dat zij geen keuze heeft. Als zij de operatie zelf zou bekostigen en er zouden complicaties optreden, zijn deze niet verzekerd.
- 4.8. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. Op medisch specialistische zorg bestaat aanspraak indien het zorg betreft die medisch specialisten plegen te bieden én de zorg conform de stand van de wetenschap en praktijk is dan wel, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
- 5.2. De aangevraagde ingreep – te weten het plaatsen van een lumbale discusprothese – is een experimentele behandeling. Dit betekent dat de zorg niet bewezen effectief is. Het CVZ heeft bij advies van 19 mei 2009 bepaald dat het plaatsen van een discusprothese niet wordt aangemerkt als verzekerde zorg. Derhalve komt de aangevraagde ingreep niet voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking. Vanuit de aanvullende ziektekostenverzekering is geen vergoeding mogelijk. Voorts stelt de ziektekostenverzekeraar dat verzoekster geen coulancevergoeding wordt toegekend, in verband met de mogelijke precedentwerking.
- 5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat hij is gebonden aan de wet- en regelgeving. De zorg moet conform de stand van de wetenschap en praktijk zijn. Omdat de onderhavige ingreep dat niet is, is geen sprake van een verzekerde prestatie. Het CVZ heeft naar de kwestie van verzoekster gekeken en besloten het standpunt uit 2009 te handhaven. Voorts brengt de ziektekostenverzekeraar in dat het risico van eventuele complicaties gedurende de eerste zes maanden na de ingreep niet is verzekerd.
- 5.4. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op artikel 16 van de “Algemene voorwaarden” van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering 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 is gehouden 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 mixpolis, zodat de verzekerde voor bepaalde vormen van zorg is aangewezen op gecontracteerde zorgverleners en voor andere vormen van zorg gebruik kan maken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 1 tot en met 40 van de “Aanspraken” van de zorgverzekering.

Artikel 4 van de “Aanspraken” van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op onder meer medisch specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“Wij vergoeden de kosten van:

- medisch specialistische of kaakchirurgische zorg (...);*
- de bij de behandeling behorende paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.*

De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen medisch specialisten en kaakchirurgen als zorg plegen te bieden. (...)

Voorwaarde

U moet zijn doorverwezen door een huisarts, verloskundige in het geval dat het verloskundige zorg betreft, tandarts in het geval dat het kaakchirurgische zorg betreft of een andere medisch specialist. Voor de oogarts heeft u geen verwijzing nodig. (...)

Artikel 2.4 van de “Algemene voorwaarden” van de zorgverzekering bepaalt dat de aanspraak op zorg en/of vergoeding van kosten van zorg naar inhoud en omvang mede wordt 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.

- 8.3. De artikelen 2.4 van de “Algemene voorwaarden” van de zorgverzekering en 4 van de “Aanspraken” van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2.1 van de “Algemene voorwaarden” van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.4. 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.
Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv en verder uitgewerkt in de artikelen 2.1 tot en met 2.3 Rzv.
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.
- 8.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Het geschil spitst zich toe op de vraag of een operatieve behandeling van de rug met dynamische stabilisatie op niveau L4-5 door middel van een discusprothese bij lage rugpijn en uitstraling naar de benen voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk als bedoeld in de voorwaarden 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 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.
- 9.4. Een onderzoek naar dergelijke kwalitatieve onderzoeken met betrekking tot de plaatsing van een discusprothese is door het CVZ in zijn advies van 21 mei 2012 uitgevoerd. De conclusie hiervan is dat de discusprothese ter behandeling van chronische lage rugklachten geen zorg conform de stand van de wetenschap en praktijk is. De commissie neemt deze conclusie over en maakt deze tot de hare.
- 9.5. De stelling van verzoekster dat zij een uitzonderingsgeval is, welke stelling de commissie aldus begrijpt dat verzoekster het standpunt inneemt dat toepassing van artikel 2.4 van de “Algemene voorwaarden” van de zorgverzekering in haar situatie leidt tot een uitkomst die naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is, treft geen doel. De klachten die verzoekster ondervindt zijn zeer veel voorkomend en rechtvaardigen een afwijking van eerdergenoemde verzekeringsvoorwaarden dan

ook niet. Ten aanzien van de mogelijkheid van een coulancevergoeding is de commissie niet bevoegd. Het al dan niet toekennen van een zodanige vergoeding behoort tot het beleid van de ziektekostenverzekeraar. Dit is slechts anders indien sprake zou zijn van willekeur. Zulks is echter gesteld noch gebleken.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.6. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde, zodat de aanspraak niet op die grond kan worden ingewilligd.

Conclusie

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

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 11 juli 2012,

Voorzitter