



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen OWM Centrale Zorgverzekeraars groep  
Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg

Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, cervicale fusie met Zero-P-kooi, stand van de wetenschap en  
praktijk

Zaaknummer : 201402343

Zittingsdatum : 16 december 2015

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden zorgverzekering 2014, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, art. 20 Vo. nr. 883/2004)

---

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door C te D,  
tegen

OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de CZ Zorg-op-maatpolis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Dit is tevens een schadeverzekeringsovereenkomst 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. Verzoekster heeft bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op een cervicale fusie-operatie op niveau C5/C6 met Zero-P-kooi in het UZ te Gent, België (verder: de aanspraak). Bij brief van 4 juni 2014 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.








3.2. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brieven van 8 juli en 22 augustus 2014 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.3. Nadat verzoekster de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen had benaderd, heeft de Ombudsman Zorgverzekeringen haar op 7 oktober 2014 medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling. Verzoekster is daarbij gewezen op de mogelijkheid de kwestie voor bindend advies voor te leggen aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen.

3.4. Bij brief van 10 oktober 2014 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 (hierna: het verzoek).

3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 37,- voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar 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.

3.6. Verzoekster heeft de commissie bij faxbericht van 11 december 2014 nadere informatie gezonden. Afschriften van de betreffende stukken zijn op 15 december 2014 aan de zorgverzekeraar gestuurd, waarbij deze in de gelegenheid is gesteld hierop te reageren.

-  3.7. De zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 16 december 2014 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Deze brief heeft voornoemde aanvullende informatie gekruist. Daarom heeft de zorgverzekeraar de commissie bij e-mailbericht van 17 december 2014 verzocht om uitstel voor zijn reactie hierop. De commissie heeft dit uitstel toegestaan. Bij brief van 19 januari 2015 heeft de zorgverzekeraar gereageerd op de aanvullende informatie van verzoekster. Afschriften van beide brieven van de zorgverzekeraar zijn op 21 januari 2015 aan verzoekster gezonden.
-  3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 2 februari 2015 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 14 december 2015 telefonisch medegedeeld eveneens in persoon te willen worden gehoord.
-  3.9. Bij brief van 21 januari 2015 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Op 23 januari 2015 heeft het Zorginstituut de commissie verzocht om uitstel voor het uitbrengen van het advies, omdat het Zorginstituut een hernieuwd onderzoek wilde uitvoeren naar de stand van de wetenschap en praktijk. De commissie heeft het Zorginstituut dit uitstel verleend. Partijen zijn op 2 februari 2015 op de hoogte gesteld van het gevraagde en verleende uitstel.  
Op 28 mei 2015 heeft het Zorginstituut aan de commissie medegedeeld dat voornoemd onderzoek nog ongeveer zes maanden zal gaan duren. Daarnaast heeft het Zorginstituut in deze brief verzocht om nadere informatie van verzoekster ter zake van de indicatie. Een afschrift van de betreffende brief is op 29 mei 2015 aan partijen gestuurd, waarbij verzoekster is verzocht de gevraagde informatie aan te leveren.  
Verzoekster heeft de gevraagde informatie op 20 augustus 2015 aan de commissie gezonden. Een afschrift hiervan is op 24 augustus 2015 aan de zorgverzekeraar en het Zorginstituut gestuurd. Bij brief van 24 november 2015 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2015009850) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, toe te wijzen op de grond dat de chirurgische interventie cervicale anterieure discectomie met fusie (CADF) met het plaatsen van een 'vaste kooi' van het type Zero-P (Syntes) geen medische innovatie is, maar een geaccepteerde technische doorontwikkeling van twee gebruikelijke systemen, die tot de te verzekeren geneeskundige zorg behoort.  
Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
-  3.10. Verzoekster heeft naar aanleiding van de uitnodiging voor de hoorzitting een schriftelijke reactie aan de commissie gezonden. Een afschrift hiervan is op 30 november 2015 aan de zorgverzekeraar gestuurd.
-  3.11. De zorgverzekeraar heeft bij brief van 2 december 2015 gereageerd op het advies van het Zorginstituut van 24 november 2015 en de brief van verzoekster van 30 november 2015. Een afschrift van deze reactie is op 4 december 2015 aan verzoekster gestuurd.
-  3.12. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 16 december 2015 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
-  3.13. Bij brief van 17 december 2015 heeft de commissie het Zorginstituut een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 7 januari 2016 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen geen aanleiding vormen tot aanpassing van het advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

4.1. Verzoekster heeft sinds eind 2012 steeds meer last gekregen van haar nek, met uitstraling naar haar linkerarm en -hand, tintelingen en krachtverlies. In eerste instantie is een dubbele nekhernia vastgesteld. Voor de pijnklachten is zij doorverwezen en behandeld op de pijnpoli. Tevens is verzoekster in verband hiermee medicatie voorgeschreven (oxycodon, Oxynorm®, paracetamol en Naproxen®). Omdat dit onvoldoende resultaat had, zijn bij verzoekster ook twee zenuwblokkades gezet.

In de loop van 2013 nam de kwaliteit van leven steeds verder af. Verzoekster heeft zich daarom voor een second opinion gewend tot een neuroloog in Leiden. Aldaar werd een zeer ernstige vorm van artrose vastgesteld. Een operatie was volgens de arts vooralsnog niet aangewezen, omdat de vernauwingen daarvoor nog te beperkt waren. De klachten zouden mogelijk vanzelf nog kunnen verdwijnen.

De zenuwblokkades bleken weinig tot geen resultaat te hebben. Ook kreeg verzoekster last van uitstraling naar haar rechterarm en -hand. Bovendien ontstond bij verzoekster, door de medicatie, steeds meer het gevoel als een 'zombie' te leven. Door de beperkingen kan zij een hoop dingen niet meer, zoals vrijwilligerswerk, hobby's en het huishouden. Ook heeft zij veel last van de bijwerkingen van de medicatie.

4.2. De situatie werd voor verzoekster onacceptabel en ondraaglijk. Zij werd door iemand gewezen op de behandelmogelijkheid in Gent en heeft zich vervolgens georiënteerd op de site van het ziekenhuis. Daarna heeft zij een afspraak gemaakt bij de betreffende neurochirurg. Deze heeft opnieuw onderzoeken laten uitvoeren en aan de hand hiervan vastgesteld dat de tussenwervelschijf op niveau C5/C6 de meeste klachten veroorzaakt bij verzoekster. De behandelend chirurg heeft verzoekster verteld dat met de onderhavige operatie de problemen kunnen worden opgelost, omdat hierdoor de zenuwen tussen C5 en C6 meer ruimte krijgen. Op 22 mei 2014 heeft verzoekster samen met de arts besloten over te gaan tot operatie, waarna de ingreep op 10 juni 2014 werd ingepland.

4.3. Verzoekster werd op 5 juni 2014 door het ziekenhuis medegedeeld dat de zorgverzekeraar de aangevraagde operatie niet zou vergoeden. De ingreep is daarom uitgesteld. Verzoekster heeft op haar persoonlijke pagina op de site van de zorgverzekeraar gelezen dat de aanvraag was afgewezen, maar de beslissing daartoe was niet gemotiveerd.

4.4. Verzoekster meent dat de bestreden beslissing niet met de nodige zorgvuldigheid is tot stand gekomen. Daarnaast is de beslissing ondeugdelijk gemotiveerd. Verzoekster stelt dat als zorgvuldig was gekeken naar de aanvraag, of bij onduidelijkheid meer informatie was opgevraagd bij haar of de behandelend arts, de zorgverzekeraar tot een ander besluit zou zijn gekomen. Door dit na te laten en geen toestemming te verlenen voor de aangevraagde operatie, kon deze geen doorgang vinden op de geplande datum. Verzoekster blijft hierdoor langer dan nodig kampen met ondraaglijke pijnen en beperkingen. Door de aanvraag af te wijzen en geen alternatief te bieden, heeft de zorgverzekeraar verzoekster het recht op adequate zorg onthouden.

4.5. De zorgverzekeraar stelt ten onrechte dat het in de onderhavige situatie niet gaat om een algemeen geaccepteerde behandeling. Andere ziektekostenverzekeraars in België en Nederland vergoeden de operatie namelijk wèl. Verzoekster heeft van het UZ te Gent een lijst gekregen met Nederlandse ziektekostenverzekeraars, waarmee het ziekenhuis een samenwerkingsverbintenis heeft. Al deze ziektekostenverzekeraars vergoeden een operatie met de Zero-P-kooien. Daarnaast wordt deze ingreep uitgevoerd in de St. Maartenskliniek te Nijmegen en worden de kosten hiervan door de zorgverzekeraar vergoed. Dit is bevestigd door de St. Maartenskliniek. Door verzoekster geen toestemming te verlenen voor de door haar aangevraagde operatie, heeft de zorgverzekeraar het gelijkheidsbeginsel geschonden.

Voorts heeft de zorgverzekeraar gesteld dat in de medische publicaties slechts acht kleine studies te vinden zijn ten aanzien van het gebruik van Zero-P-kooien. Verzoekster heeft een aantal recente

onderzoeken in de procedure gebracht, waarvan de inhoud veel positiever is dan de in de door de zorgverzekeraar aangehaalde (en gedateerde) onderzoeken. In totaal gaat het om veertien onderzoeken, die betrekking hebben op 767 patiënten, inclusief de onderzoeksresultaten van vier jaar na de behandeling.

Verzoekster merkt op dat de Zero-P-kooi beschikt over zowel het CE-keurmerk als het keurmerk van de US Food and Drug Administration.

4.6. Verzoekster was eind 2014 onder behandeling in de St. Maartenskliniek te Ubbergen. Aldaar is door middel van een zenuwblokkade vastgesteld dat bij verzoekster een zenuw beknelde zat. Dit kon door middel van de aangevraagde operatie worden verholpen.

4.7. In een ongedateerd schrijven, dat met een begeleidend schrijven van 20 augustus 2015 aan de commissie is gestuurd, heeft verzoekster aangevoerd dat het feit dat een behandeling niet vooraf hoeft te worden aangevraagd, betekent dat al toestemming is gegeven voor die behandeling en dat de kosten hiervan zullen worden vergoed. Eind 2014 is zij tot de conclusie gekomen dat zij niet langer kon wachten op een uitspraak van de commissie, en is zij overgestapt naar een andere verzekeraar. Inmiddels is verzoekster succesvol geopereerd. De kosten van de ingreep zijn door de nieuwe verzekeraar vergoed.

4.8. Verzoekster heeft in de door haar op 27 november 2015 aan de commissie gestuurde reactie het volgende geschreven: "*Je zou verwachten dat als het gaat om 'stand van de wetenschap en praktijk', het gelijk zou zijn. Daarnaast zou een basisverzekering voor alle zorgverzekeraars ook hetzelfde moeten zijn. Niets is minder waar.*" Verzoekster vraagt de commissie daarom vast te stellen of de vier grote concerns van verzekeraars "*terecht verschillen in hun 'machtiging vereist' en 'niet in overeenkomst' waardoor ook de inhoud van de basisverzekering verschilt.*" Daarbij merkt verzoekster op dat de aanvraag voor de onderhavige ingreep reeds in het voorjaar van 2014 is afgewezen. Verzoekster wil daarom "*genoegdoening op niveau*" voor alles wat de zorgverzekeraar haar heeft onthouden.

4.9. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat een aantal zaken niet boven water komt. Als de zorgverzekeraar destijds had geoordeeld dat de ingreep wel was verzekerd, zou een vergoeding zijn verleend. Verzoekster vraagt zich af welke instantie formeel bepaalt of iets onder de dekking van de zorgverzekering valt. Verder wordt door de zorgverzekeraar gesteld dat er maar één basisverzekering is, die voor iedereen gelijk is. Verzoekster heeft echter allerlei verschillen gezien ten opzichte van de polissen van andere verzekeraars. De ene verzekeraar kent wel de eis van voorafgaande machtiging, en de andere niet. Uiteindelijk is verzoekster overgestapt naar een andere verzekeraar, omdat deze geen voorafgaande toestemming vroeg. Deze verzekeraar heeft de ingreep vergoed.

Verzoekster is nogal geraakt door de wijze waarop de zorgverzekeraar met haar is omgegaan. Het staat in schril contrast met de reclame van de zorgverzekeraar die zij dagelijks op de televisie ziet. Doordat de ingreep later heeft plaatsgevonden, heeft zij langer huishoudelijke hulp nodig gehad, en werd het eigen risico opnieuw verschuldigd. Ook heeft zij extra naar Gent op en neer moeten reizen. De kosten die hiermee zijn gemoeid, bedragen zeker € 3.000,-. Daarnaast vindt verzoekster dat een vergoeding van € 2.000,- op zijn plaats is als immateriële schadevergoeding, vanwege alle zorgen en stress die het uitstel met zich heeft gebracht.

Verzoekster merkt op dat door de ziektekostenverzekeraar een onderzoek is uitgevoerd in PubMed, hetgeen zes resultaten heeft opgeleverd. Zelf vond zij er echter al elf, en zij is maar een leek. De zorgverzekeraar stelt dat haar nieuwe verzekeraar een afwijkend beleid voert, maar de ervaring van verzoekster is juist dat het beleid van de zorgverzekeraar afwijkend is. Dit is ook de reden dat zij naar een andere verzekeraar is gaan zoeken.

4.10. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

- 5.1. De door verzoekster aangevraagde behandeling voldoet niet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Daarom is geen sprake van verzekerde zorg en komen de kosten van deze behandeling niet voor vergoeding in aanmerking.
- 5.2. De radiologische bevindingen geven slechts in beperkte mate aanwijzingen ter ondersteuning van de klachten van verzoekster (geen hernia, geen wortelkanaalstenose, geen spondylolisthesis, wel degeneratieve afwijkingen). Omdat de door verzoekster genoemde klachten dusdanig belemmerend zijn en het conservatief beleid heeft gefaald, geeft de zorgverzekeraar verzoekster het voordeel van de twijfel en zal hij de voorgestelde ingreep vergoeden mits hierbij geen gebruik wordt gemaakt van een Zero-P-kooi.
- 5.3. De omstandigheid dat de St. Maartenskliniek ook met Zero-P-kooien werkt, betekent niet zonder meer dat sprake is van verzekerde zorg. Gecontracteerde ziekenhuizen hoeven de meeste medisch specialistische behandelingen niet vooraf aan te vragen. Zij declareren de kosten hiervan achteraf met behulp van een DBC. Er mogen alleen behandelingen worden gedeclareerd die voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. De zorgverzekeraar kan uit de gedeclareerde DBC echter niet afleiden welke techniek werkelijk is toegepast. Hierdoor is het theoretisch mogelijk dat de zorgverzekeraar - onbedoeld - een behandeling heeft vergoed die niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. De zorgverzekeraar benadrukt dat hij een behandeling met een Zero-P-kooi niet willens en wetens zal vergoeden, omdat dit geen verzekerde prestatie is.
- 5.4. Ten aanzien van de door verzoekster toegezonden publicaties merkt de zorgverzekeraar op dat de meeste hiervan van mindere kwaliteit zijn. De effectiviteit en veiligheid van de behandeling kunnen hiermee dan ook niet voldoende worden aangetoond. Zoals in een aantal artikelen staat vermeld, is nader onderzoek van goede kwaliteit nodig. Dit betekent een gerandomiseerd onderzoek (dubbel blind, indien mogelijk), waarin deze techniek wordt vergeleken met de gevestigde methoden van fusie, met voldoende patiënten en een langere follow-up.
- 5.5. In de brief van 2 december 2015 schrijft de zorgverzekeraar als reactie op het advies van het Zorginstituut en de brief van verzoekster van 30 november 2015, dat als verzoekster nog bij hem verzekerd zou zijn, hij had kunnen handelen naar het advies van het Zorginstituut. Echter, nu verzoekster niet meer bij hem is verzekerd, en de behandeling reeds door de nieuwe verzekeraar is vergoed, kan de zorgverzekeraar niets meer voor verzoekster betekenen. Naar de mening van de zorgverzekeraar is er geen belang meer in deze zaak.
- 5.6. Ter zitting is door de zorgverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat de ingreep thans niet meer kan worden vergoed. Van een schadevergoeding kan geen sprake zijn. In het dossier is hiervan geen onderbouwing gegeven. Het is vervelend dat het Zorginstituut er zo lang over heeft gedaan om advies uit te brengen, maar dit betekent niet dat de zorgverzekeraar om die reden de kosten of een schadevergoeding zou moeten betalen. De aanvraag is destijds zorgvuldig beoordeeld. De medisch adviseur heeft de beschikbare onderzoeken bestudeerd, en is destijds tot de conclusie gekomen dat de zorg niet was verzekerd. De zorgverzekeraar merkt hierbij op dat het Zorginstituut, alvorens het advies uit te brengen, nog met allerlei partijen in gesprek is gegaan, iets dat de zorgverzekeraar gebruikelijk niet doet in het kader van de beoordeling. In reactie op de stelling van verzoekster aangaande de verschillen tussen de zorgverzekeringen, licht de zorgverzekeraar toe dat de dekking op grond van de Zvw overal gelijk is, maar dat verzekeraars zelf de randvoorwaarden mogen stellen. De toets van de gebruikelijkheid zou overal hetzelfde moeten uitvallen. De vraag is dan ook of de nieuwe verzekeraar precies wist wat de ingreep inhoudt. De zorgverzekeraar vindt het vervelend dat nu pas duidelijk is geworden dat het gaat om verzekerde zorg. De vergoeding is inmiddels echter al door een andere verzekeraar verleend.

5.7. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel A.22 van de zorgverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

7.1. In geschil is of verzoekster aanspraak heeft op een cervicale fusie-operatie op niveau C5/C6 met Zero-P-kooi, zoals uitgevoerd in het UZ te Gent, ten laste van de zorgverzekering, en of zij in aanmerking komt voor een "genoegdoening op niveau", zoals door haar verzocht.

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 naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen B.3 e.v. van de zorgverzekering.

8.3. Artikel B.4 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

*"Het gehele artikel B.4. beschrijft de medisch specialistische zorg. U hebt daarbij recht op geneeskundige zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden.*

*(...)*

*B.4.2. Medisch specialistische zorg met opname*

*Zorg: waar hebt u recht op?*

*De zorg omvat:*

- medisch specialistische behandeling;*
- 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);*
- verblijf, verpleging en verzorging;*
- paramedische zorg (bijvoorbeeld fysiotherapie, oefentherapie, ergotherapie, logopedie, de geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen;*
- laboratoriumonderzoek*

*(...)"*

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

*"(...)*

*B.2.2. Zorg buiten het land waarin u woont*

*Zorg: waar hebt u recht op?*

*Gaat u buiten het land waarin u woont naar een zorgaanbieder met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten? Dan geven wij aan u dezelfde vergoeding als wanneer u in Nederland naar een zorgaanbieder zou zijn gegaan met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten. Kijk hiervoor in artikel A.20.*

*Hierbij gelden dezelfde voorwaarden als voor de betreffende zorg in Nederland. Wij adviseren u om vooraf zorgadvies aan te vragen. Zo weet u wat de financiële gevolgen zijn van uw bezoek aan deze buitenlandse zorgaanbieder. Om de aanvraag goed te kunnen beoordelen, hebben we wel meer*

*informatie nodig dan standaard op een verwijzing of voorschrift staat. Dit kan per aandoening en behandeling verschillen. (...)"*

- 8.5. Artikel A.3 van de zorgverzekering bepaalt dat alleen aanspraak bestaat op zorg die voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. De bepaling luidt, voor zover hier van belang:

*"De inhoud van uw zorgverzekering wordt bepaald door de overheid. Wij bepalen de inhoud van de ziektekostenverzekering en de aanvullende verzekeringen.*

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

- *de inhoud en omvang van 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; en (...)"*

- 8.6. De artikelen A.3, B.2 en B.4 van de zorgverzekering zijn volgens artikel A.2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.7. 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.

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 en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

Artikel 13 Zvw regelt de aanspraak op zorg indien een verzekerde gebruik maakt van een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverlener.

- 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 zorgverzekeraar 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 Vo. nr. 883/2004 luidt, voor zover hier van belang:

*"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. Verzoekster heeft indertijd bij de zorgverzekeraar een aanvraag ingediend voor een operatie die zij in België - een lidstaat van de EU - wilde ondergaan. Derhalve is sprake van planbare zorg. Op deze situatie ziet artikel 20 van Vo. nr. 883/2004. De zorgverzekeraar heeft naar aanleiding van het verzoek om toestemming tijdig aan verzoekster medegedeeld, dat het geen verzekerde zorg betreft en afwijzend beslist. Wat betreft de vraag of verzoekster op deze grond terecht de gevraagde toestemming is onthouden, overweegt de commissie als volgt.

9.2. Voor de aanspraak op zorg of andere diensten geldt in het algemeen dat inhoud en omvang worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk of door wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde zorg of diensten. Dit is verwoord in artikel A.3 van de zorgverzekering.

9.3. Ter beantwoording ligt dan ook in de eerste plaats de vraag voor of de aangevraagde behandeling voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk zoals bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering.

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 onderzoekopzet, onderzoekpopulatie, 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. Het Zorginstituut heeft in zijn advies van 24 november 2015 een onderzoek naar dergelijke kwalitatieve onderzoeken met betrekking tot de onderhavige behandeling uitgevoerd. Het Zorginstituut concludeert dat een cervicale fusie-operatie op niveau C5/C6 met Zero-P-kooi, zoals deze in het UZ te Gent wordt uitgevoerd, voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en daarmee een verzekerde prestatie vormt op grond van de zorgverzekering. De commissie neemt het advies over en maakt de conclusie hiervan tot de hare.
- 9.6. Gezien het voorgaande heeft de zorgverzekeraar verzoekster de gevraagde toestemming voor de onderhavige behandeling ten onrechte onthouden. Uit het dossier blijkt echter dat verzoekster sinds 1 januari 2015 niet meer is verzekerd bij de zorgverzekeraar. Voorts is gebleken dat verzoekster inmiddels in Gent is geopereerd, en dat de kosten hiervan zijn vergoed door haar nieuwe verzekeraar. Verzoekster heeft derhalve geen belang meer bij haar primaire verzoek, te weten de vergoeding van de onderhavige behandeling, hetzij op basis van de verordening dan wel volgens de voorwaarden van de zorgverzekering, zodat de commissie dit onderdeel van het verzoek verder laat rusten.
- 9.7. Ten aanzien van de stelling van verzoekster betreffende de verschillen tussen de vier grote verzekeringsconcerns met betrekking tot de inhoud van de zorgverzekering, merkt de commissie het volgende op. In de Zvw is bepaald welke aanspraken ten laste van de zorgverzekering komen; deze aanspraken zijn derhalve voor alle verzekerden gelijk. De wetgever heeft het echter aan de verzekeraars overgelaten hieraan nadere invulling te geven. Hierdoor kan het gebeuren dat de ene verzekeraar voorschrijft dat voorafgaand aan een behandeling toestemming moet worden gevraagd (en verkregen) en een andere verzekeraar niet. In de Memorie van toelichting op artikel 14 Zvw valt met betrekking hiertoe te lezen: *"Eist een zorgverzekeraar in de ogen van zijn verzekerden te vaak verwijzing of voorafgaande toestemming van die verzekeraar zelf, dan zullen zijn verzekerden bij hem weggaan."* Het is juist deze afweging die verzoekster heeft gemaakt en die haar heeft doen besluiten te kiezen voor een andere verzekeraar. De commissie merkt hierbij - wellicht ten overvloede - nog op dat onderscheid moet worden gemaakt tussen het voorafgaand toestemming vragen in het kader van de Verordening - welke eis is opgenomen in artikel 20, lid 1 - en een eventueel toestemmingsvereiste op grond van de polis, zoals dit door partijen contractueel is overeengekomen.

### Schadevergoeding


- 9.8. Verzoekster heeft eerst bij ongedateerde brief, naar de commissie verstuurd op 27 november 2015, haar verzoek uitgebreid en een "genoegdoening op niveau" gevorderd. De commissie vat dit subsidiaire verzoek op als een verzoek om schadevergoeding. Ter zitting heeft verzoekster de vordering toegelicht. Zij vordert € 3.000,- als schadevergoeding voor de extra huishoudelijke hulp die zij nodig heeft gehad, de reiskosten voor de extra bezoeken aan het ziekenhuis te Gent, en het opnieuw verschuldigd zijn van het eigen risico. Daarnaast vordert zij € 2.000,- als vergoeding voor immateriële schade. Met betrekking tot de gevorderde vergoeding voor materiële schade geldt dat verzoekster haar vordering niet met stukken heeft onderbouwd. Omdat wel aannemelijk is dat zij schade heeft geleden door de vertraging, stelt de commissie de vergoeding hiervoor in goede justitie vast op € 500,-. Ter zake van de gevorderde vergoeding voor immateriële schade dient het verzoek te worden afgewezen, omdat in artikel 14 lid 3 van het toepasselijke reglement is bepaald dat de commissie hiervoor geen vergoeding toekent.

### Conclusie


- 9.9. Het voorgaande leidt ertoe dat het primaire verzoek dient te worden afgewezen, aangezien verzoekster hierbij geen belang meer heeft. Het subsidiair verzoek dient gedeeltelijk te worden toegewezen, in die zin dat aan verzoekster een vergoeding wordt toegekend van € 500,- voor




de door haar geleden materiële schade. Voor het overige dient het subsidiair verzoek te worden afgewezen.




9.10. Aangezien het verzoek deels wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,-- aan verzoekster te vergoeden.



10. Het bindend advies



10.1. De commissie wijst het primaire verzoek af en wijst het subsidiaire verzoek gedeeltelijk toe, met inachtneming van het bepaalde in 9.9.



10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden het entreegeld van € 37,--.



Zeist, 13 januari 2016,



A.I.M. van Mierlo