

BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, in deze vertegenwoordigd door C te D vs E te F
Zaak : Geneeskundige zorg, EU/EER, DIAM® systeem bij HNP
Zaaknummer : 2008.02605
Zittingsdatum : 3 juni 2009

Zaak: 2008.02605, geneeskundige zorg, EU/EER, DIAM® systeem bij **HNP**

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2008, art. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1, 2.2 en 2.4 Bzv)

1 Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, in deze vertegenwoordigd door C te D,

tegen

E te F, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

De bestreden beslissing

2. Verzoeker komt op tegen de beslissing van de zorgverzekeraar van 4 oktober 2007 de plaatsing van een DIAM® systeem niet te vergoeden.

3 Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorg-op-maat polis (hierna: de zorgverzekering). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 BW en betreft een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (hierna: Zvw).
- 3.2. De behandelend neurochirurg heeft bij verzoeker de volgende diagnose gesteld: "degeneratieve afwijkingen, op niveau L4-5 met sterke vernauwing van de hoogte van de tussenwervelruimte; daarnaast black disc fenomeen op L2-3 en L3-4 met posterieure protrusie. Vernauwde neurale foramina L4-5". De behandelend zorgverlener heeft naar aanleiding van de gestelde diagnose bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten verbonden aan "een fusie op niveau L4-5 en het plaatsen van een DIAM® systeem op de niveaus L2-3 en L3-4" ten laste van de zorgverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 4 oktober 2009 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat zijn aanspraak met betrekking tot de plaatsing van een DIAM® systeem is afgewezen.
- 3.3. Op 14 november 2007 heeft de behandeling, op de vergoeding waarvan verzoeker aanspraak maakt, overeenkomstig de wijze zoals in de aanvraag vermeld, plaatsgevonden.
- 3.4. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 17 december 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.5. Bij brief van 14 november 2008 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehou-

den is de aanspraak alsnog ten laste van de zorgverzekering in te willigen.

- 3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 37,00 voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek is een afschrift van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.7. De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie bij brief van 2 april 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 3 april 2009 aan verzoeker toegezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker en zorgverzekeraar hebben op 28 april respectievelijk 5 mei 2009 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord.
- 3.9. Bij brief van 3 april 2009 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw, gevraagd. Bij brief van 21 april 2009 heeft het CVZ (zaaknummer 29035384) de commissie geadviseerd het verzoek van verzoeker af te wijzen omdat de onderhavige behandeling met toepassing van het DIAM® systeem niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Een afschrift van het CVZ-advies is op 14 mei 2009 aan partijen gezonden. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren. Partijen hebben hiervan geen gebruik gemaakt.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat hij in 1996/1997 rugklachten heeft gehad, die uiteindelijk met behulp van een manueel therapeut zijn verholpen. Tot augustus 2007 is hij klachtenvrij gebleven. Op dat moment is bij verzoeker een hernia geconstateerd. De behandeling met facetinfiltratie is niet aangeslagen, zodat daarna gekozen is voor een fusie op nivea L4-5 en, tijdens een tweede operatie, het plaatsen van een DIAM® systeem op de niveaus L2-3 en L3-4.
- 4.2. Het niet vergoeden van het plaatsen van het DIAM® systeem omdat dit te experimenteel zou zijn, is voor verzoeker onbegrijpelijk. Het materiaal wordt immers in Nederland geproduceerd.
- 4.3. Verzoeker vraagt tevens aandacht voor het feit dat hij als zelfstandige geen inkomen heeft gedurende de periode dat hij vanwege zijn rugproblemen niet kan werken.
- 4.4. Verzoeker stelt ook dat andere zorgverzekeraars de onderhavige behandeling wel vergoeden.
- 4.5. Verzoeker komt tot de conclusie dat zijn verzoek dient te worden toegewezen .

Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

- 5.
- 5.1. De zorgverzekeraar stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat het DIAM® systeem nog onvoldoende beproefd en deugdelijk is bevonden voor de problematiek van verzoeker. Op grond daarvan is geen sprake van een verzekerde prestatie. De operatie waarbij het DIAM® systeem is geplaatst, is dan ook niet te be-

schouwen als een verzekerde prestatie op grond van de zorgverzekering.

- 5.2. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoeker terecht is afgewezen .

6. De bevoegdheid van de commissie

Voor zover het onderhavige geschil betrekking heeft op de zorgverzekering, is de commissie bevoegd daarvan kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. Het betreft hier een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op zorg van door de zorgverzekeraars 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 geneeskundige zorg bestaat:

"lid 1

De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen medisch-specialisten als zorg plegen te bieden."

Artikel 2 lid 4 van de zorgverzekering bepaalt ten algemene:

"4. 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."

- 7.2. De regeling in de artikelen 2 lid 4 en 20 van de zorgverzekering is volgens artikel 2.1 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Bzv en de Rzv.

- 7.3. Artikel 11, lid 1, onderdeel a Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde in voorkomend geval, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.

Artikel 13 Zvw regelt de vergoeding in geval wordt gekozen voor een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde aanbieder.

Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in de artikelen 2.1 en 2.4 Bzv. In artikel 2.1, lid 2 Bzv is bepaald dat de aanspraak op zorg of vergoeding van de kosten van zorg als in de zorg polis omschreven, naar inhoud en omvang mede bepaald worden door de stand van de wetenschap en de praktijk, dan wel, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten .

- 7.4. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.

- 7.5. In geschil is of een spondylodese met behulp van een DIAM® prothese, bij de onderhavige aandoening, beoordeeld naar de internationale stand van de wetenschap en de praktijk, te gelden heeft als zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden



als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering.

- 7.6. 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.
- 7.7. 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.
- 7.8. Een onderzoek naar dergelijke kwalitatieve onderzoeken is door het CVZ in zijn advies van 14 september 2007 (Uitspraken www.CVZ.nl- 27045316 (28101400)) uitgevoerd, welke conclusie in het advies van 21 april 2009 (zaaknummer 29035384) is bestendigd. De conclusie daarvan neemt de commissie over en maakt zij tot de hare.
- 7.9. Voor zover het verzoek ziet op de stelling van verzoeker dat andere zorgverzekeraars deze behandeling wel vergoeden, oordeelt de commissie als volgt.
- Het beroep op het gelijkheidsbeginsel faalt. Zorgverzekeraars dienen op basis van de polisvoorwaarden te toetsen of een verzekerde in aanmerking komt voor (vergoeding van) zorg of overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Alle zorgverzekeraars in Nederland zijn voor wat betreft de inhoud van de zorgverzekering gebonden aan de



zelfde wet- en regelgeving. Zij mogen niet meer of minder bieden dan de regelgeving hen toestaat. Zulks brengt met zich dat een zorgverzekeraar niet gehouden is over te gaan tot vergoeding of verstrekking van zorg als de polisvoorwaarden van de zorgverzekering daarvoor geen dekking bieden, ook niet als andere zorgverzekeraars dat - om welke reden ook - wel doen. Slechts indien een zorgverzekeraar van verzoeker een beleid voert waarbij meer wordt vergoed of verstrekt dan volgens de regelgeving inzake de zorgverzekering is toegestaan kan een verzekerde van die zorgverzekeraar op dat beleid een beroep doen. Aangezien verzoeker zich slechts beroept op het beleid van een andere zorgverzekeraar, kan hem dat niet baten

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

8. Het bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 3 juni 2009,



Voorzitter