

# BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vs C te D  
Zaak : Geneeskundige zorg, buitenland, discusprothese L4-5  
Zaaknummer : 2007.2105  
Zittingsdatum : 9 januari 2008

Zaak: 2007.2105, geneeskundige zorg, buitenland, discusprothese L4-5

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2007, art. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1, 2.2 en 2.4 Bzv)

## 1 Partijen

A te B, hierna te noemen verzoekster,  
tegen

C te D, hierna te noemen de zorgverzekeraar.

## 2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen het besluit van de zorgverzekeraar van 25 juni 2007 inzake het niet verstrekken van een behandeling, bestaande uit het plaatsen van een discusprothese in het O.L. Vrouwziekenhuis te Aalst (België).

## 3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster is bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorg-op-maat Polis, een verzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw) (hierna: de zorgverzekering).
- 3.2. Bij brief van 25 juni 2007 heeft de zorgverzekeraar verzoekster medegedeeld dat de door haar gevraagde behandeling - te weten het plaatsen van een discusprothese op niveau L4-5 in een ziekenhuis te Aalst - niet ten laste van de zorgverzekering wordt verstrekt.
- 3.3. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 11 september 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster meegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. Bij brief van 1 oktober 2007 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de onderhavige behandeling te vergoeden.
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 37,00 voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren.
- 3.6. De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie op 15 november 2007 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 16 november 2007 aan verzoekster gezonden.

3.7. Bij brief van 16 november 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, van de Zvw.

3.8. Bij brief van 16 november 2007 zijn partijen in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Van de mogelijkheid zich te doen horen is door verzoekster en de zorgverzekeraar gebruik gemaakt.

3.9. Het College voor zorgverzekeringen heeft op 28 november 2007 zijn advies gegeven, en geadviseerd tot een afwijzing, omdat de onderhavige behandeling naar internationale stand van de wetenschap en praktijk geen zorg is die medisch-specialisten plegen te bieden als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering. Een afschrift hiervan is op 12 december 2007 aan partijen gezonden.

3.10. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 9 januari 2008 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het College voor zorgverzekeringen.

3.11. Bij brief van 10 januari 2008 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden. In vervolg hierop heeft de commissie van het College voor zorgverzekeringen bericht ontvangen dat hetgeen in de hoorzitting naar voren is gebracht geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies.

#### 4. Het standpunt van verzoekster

4.1. Verzoekster is een 44-jarige vrouw. Zij is sinds 1998 bekend met lage rugpijn. In dat zelfde jaar is op niveau L5-S1 een discusprothese geplaatst. In 2005 heeft zij opnieuw rugklachten gekregen. Er is geen indicatie voor radiculair lijden, wel is sprake van discopathie met Modick II fenomeen op niveau L4-5. Nu conservatieve behandelingsvormen niet tot het gewenste resultaat hebben geleid, is het plaatsen van een discusprothese op niveau L4-5 in het O.L. Vrouwziekenhuis te Aalst (België) aangevraagd.

4.2. Verzoekster stelt dat het plaatsen van een discusprothese geen experimentele zorg is, en dat in 1998 dat ook niet was. Zij heeft nooit een formulier hoeven tekenen voor deelname aan een medisch experiment. Voorts is de discusprothese in 1998 volledig vergoed door deze zorgverzekeraar. De medische literatuur waarop de zorgverzekeraar zich beroept is vijf jaar oud en ziet niet op de prothese zoals bij haar is ingebracht. Verder stelt verzoekster dat zij thans veel pijn heeft en immobiel is vanwege verlamningsverschijnselen.

4.3. Verzoekster komt tot de conclusie dat de zorgverzekeraar de gevraagde behandeling volledig dient te vergoeden.

#### 5. Het standpunt van de zorgverzekeraar

5.1. De zorgverzekeraar stelt dat de plaatsing van een discusprothese niet behoort tot het arsenaal van zorg dat medisch specialisten plegen te bieden, omdat de effectiviteit en veiligheid van deze behandeling op de lange termijn nog niet zijn onderzocht. De onderhavige behandeling valt derhalve niet onder de verzekerde prestaties op grond

van de zorgverzekering.

- 5.2. Voor zover verzoekster zich beroept op het vergoeden van dezelfde behandeling in 1998 stelt de zorgverzekeraar dat de declaratiestructuur destijds zodanig was dat niet was waar te nemen welk type rugoperatie werd uitgevoerd. Voor zover daardoor ook behandelingen zijn vergoed die destijds niet tot het verzekerde pakket behoorden, heeft dit abusievelijk plaats gevonden.

- 5.3. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat de onderhavige behandeling niet voor vergoeding in aanmerking komt.

6. De bevoegdheid van de commissie

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

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. De relatie tussen partijen wordt beheerst door een verzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het BW. Deze verzekeringsovereenkomst betreft een zorgverzekering.  
Een 'zorgverzekering' in de zin van artikel 1 onder d van de Zvw, dient te voldoen aan de wettelijke eisen van de Zorgverzekeringswet. De aard en omvang van de in de zorgverzekering op te nemen verzekerde prestaties zijn omschreven in Hoofdstuk 3, de artikelen 10 tot en met 14a van de Zvw en de daarop gebaseerde regelgeving, met name het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv). Slechts voor zover de verzekering voldoet aan de wettelijke eisen - dat wil zeggen niet meer en niet minder biedt - is sprake van een zorgverzekering en heeft de verzekerde, door deze verzekering te sluiten, voldaan aan de op hem rustende verzekeringsplicht.
- 7.2. Het betreft hier een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel gebruik dient te maken van gecontracteerde zorg. Op het belang van deze constatering zal in het vervolg worden teruggekomen.  
Vergoeding voor geneeskundige zorg staat vermeld in artikel 20 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Voor zover hier relevant wordt het volgende bepaald:

*"lid 1*

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

*lid 2*

*Ziekenhuisopname*

*Aanspraak bestaat op opname op basis van laagste klasse in een ziekenhuis gedurende ten hoogste 365 dagen. (. . .)*

*De aanspraak omvat de medisch-specialistische behandeling en het verblijf, al dan niet gepaard gaande met verpleging en verzorging. Tevens vallen hieronder de bij de behandeling behorende paramedische zorg en geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen, gedurende de periode van de opname.*

(. . .)

*Voorwaarden  
toestemming:*

*toestemming vooraf is vereist, als:*  
*a. de medisch specialistische zorg betrekking heeft op intramurale zorg;*  
*(. . .)*

*verwijzing:*  
*voor de medisch specialistische zorg heeft een verwijzing plaatsgevonden door een huisarts, (. . .), medisch specialist (. . .)*

*zorgverlener:*  
*de medisch specialistische zorg wordt verleend door een ziekenhuis, medisch specialist (. . .)*

*Plaats:*  
*(. . .)*  
*Bij zorg in een niet-gecontracteerd ziekenhuis vindt een kostenvergoeding plaats tot maximaal hetgeen in het Restitutie Reglement van de zorgverzekeraar vermeld staat. "*

Artikel 11 van de zorgverzekering (Buitenland), bepaalt, voor zover hier relevant, het volgende:

*"lid 1  
(. . .) 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 de zorg binnen Nederland door een niet gecontracteerde zorgverlener of instelling zou zijn verleend. "*

Artikel 4 van het Restitutie Reglement behorende bij de Zorgverzekering, bepaalt voor zover hier van belang:

*"4 Medisch-specialistische zorg*  
*1. Voor medisch-specialistische zorg in het A-segment, ook wel A-dbc's genoemd, waarop ingevolge de Algemene Voorwaarden een aanspraak bestaat en waarvoor ingevolge de Wet tarieven gezondheidszorg een tarief is vastgesteld of goedgekeurd, geleverd door een zorg verlener waarmee de zorgverzekeraar hiertoe geen overeenkomst heeft gesloten, vergoedt de zorgverzekeraar op restitutiebasis, voor zover het intramurale zorg betreft, maximaal negentig procent van het voor de betreffende zorg geldende A-tarief*  
*2. Voor medisch-specialistische zorg in het A-segment, ook wel A-dbc's genoemd, waarop ingevolge de Algemene Voorwaarden een aanspraak bestaat en waarvoor ingevolge de Wet tarieven gezondheidszorg een tarief is vastgesteld of goedgekeurd, geleverd door een ziekenhuis waarmee de zorgverzekeraar hiertoe geen overeenkomst heeft gesloten, vergoedt de zorgverzekeraar op restitutiebasis, voor zover het extramurale zorg betreft, maximaal negentig procent van het voor de betreffende zorg geldende A-tarief"*

Ten algemene wordt in artikel 2 lid 4 van de zorgverzekering het volgende bepaald:

*"De aanspraak op zorg of vergoeding van kosten van zorg als in de zorgpolis om-*

*schreven 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 of diensten. "*

- 7.3. De artikelen 2, 11 en 20 van de zorgverzekering en artikel 4 van het Restitutie Reglement zijn volgens artikel 2.1 van de zorgverzekering, gebaseerd op de Zvw, het Bzv en de Rzv.
- 7.4. In het kader van het onderhavige geschil is de volgende regelgeving relevant. Artikel 11 lid 1 onderdeel a van de 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 van de Zvw regelt de vergoeding in geval wordt gekozen voor een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde aanbieder. Geneeskundige zorg is naar inhoud en omvang omschreven in de artikelen 2.1 lid 2 en 2.4 lid 1 van het Bzv. In artikel 2.1 lid 2 is bepaald dat de aanspraak op zorg of vergoeding van de kosten van zorg als in de zorgpolis 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.
- 7.5. 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 discusprothese bij de diagnose discopathie met Modick II fenomeen op niveau L4-5, beoordeeld naar de internationale stand der wetenschap en de praktijk, te gelden heeft als zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 7.7. 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 onderzoekopzet, onderzoekspopulatie, controlegroep, randomisatie, blinding, mate van behandelingseffect, follow-up

en statistische analyse.

- 7.8. Indien uit tenminste twee "gerandomiseerd dubbelblind vergelijkend klinische onderzoeken" - wetenschappelijk onderzoek waarvan de objectiviteit gegarandeerd is - 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.
- 7.9. Een onderzoek naar dergelijke kwalitatieve onderzoeken met betrekking tot de onderhavige behandeling bij aandoening van verzoekster is door het CVZ in zijn advies van 28 november 2007 uitgevoerd. Het CVZ komt op grond van dat onderzoek tot de conclusie, onder vermelding dat in 2007 nog een zogenaamde update van het literatuuronderzoek naar de lumbale discusprothese is uitgevoerd, dat deze nog niet beschouwd kan worden als gebruikelijke zorg. Op basis van dit gegeven neemt de commissie die conclusie over en maakt deze tot de hare. De commissie is derhalve van oordeel dat de onderhavige behandeling bij de gegeven indicatie, beoordeeld naar de internationale stand der wetenschap en de praktijk, niet te gelden heeft als zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden en daardoor niet als een verzekerde prestatie op grond van artikel 20 in samenhang met artikel 2 van de zorgverzekering kan worden beschouwd. Daaraan doet niet af dat - zoals verzoekster zelf stelt - haar de plaatsing van een discusprothese in 1998 wél is vergoed. De plaatsing van de thans aangevraagde tweede prothese moet volgens de wet worden beoordeeld in het kader van de sinds 1 januari 2006 geldende zorgverzekering die het vereiste, dat sprake moet zijn van een behandeling die is conform de stand van internationale wetenschap en praktijk, niet alleen uitdrukkelijk stelt, maar ook vereist dat, of daarvan sprake is, bewust wordt uitgevoerd volgens de hierboven beschreven methode.
- 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, 23 januari 2008,

Voorzitter