

# **ANONIEM BINDEND ADVIES**

Partijen : De heer A, vertegenwoordigd door mevrouw B, beiden te C, tegen  
D  
te E  
Zaak : Aruba, Colombia, geneeskundige zorg, spoedeisend, indicatie,  
stand wetenschap en praktijk  
Zaaknummer : 2012.02970  
Zittingsdatum : 11 september 2013

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2012, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2012)

---

1. Partijen

De heer A, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door mevrouw B, beiden C,

tegen

D te E, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Standaard Zorgverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringwet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Aanvullend Classic afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten 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. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van geneeskundige behandelingen, uitgevoerd op Aruba en in Colombia (hierna: de aanspraak). Bij brief van 6 juni 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.

3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 6 november 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft ertoe geleid dat de ziektekostenverzekeraar heeft besloten alsnog de doelmatigheid van de verleende zorg te beoordelen.

3.4. Bij brief van 26 maart 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn eerdere afwijzende beslissing te handhaven. Hierna is de bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen geëindigd.

3.5. Bij brief van 3 mei 2013 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).

- 3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 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.
- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 26 juni 2013 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 28 juni 2013 aan verzoeker gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 4 juli 2013 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 9 september 2013 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.9. Bij brief van 28 juni 2013 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 19 juli 2013 (zaaknummer 2013078397) heeft het CVZ 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 cervicale discusprothese (PEEK) niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is, en dat de operatie ondoelmatig was. Er was geen sprake van een spoedeisende ingreep en verzoeker had geen indicatie voor de chirurgische behandeling. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 21 augustus 2013 aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 11 september 2013 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.11. Bij brief van 12 september 2013 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 18 september 2013 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 verzoeker

- 4.1. De behandelend orthopedisch chirurg op Aruba heeft ter zake van verzoeker het volgende verklaard: “(...) *instability on cervical spine and intense pain on movement. MRI and X-Ray: evident of instability, extensive laminectomy C4-C5-C6-C7, myelopathy. [Verzoeker] has indication for surgery to stabilize of cervical spine interbody fusion from C4-C7. (...)*”, en heeft verzoeker doorverwezen naar neurochirurg dr. Vallejo van het ziekenhuis op Aruba.
- 4.2. De behandelend neurochirurg op Aruba heeft ter zake van verzoeker het volgende verklaard: “(...) *main diagnosis of cervical spine radicular and medullar compression at the level of C5-C6, needs surgery to complete the surgical treatment with decompression and stabilization of the cervical spine (...) the myelopathy that is present already in the cervical medullar cord (...)* The procedure is not an emergency but there

*is an indication to do it as soon as possible to reduce the pain and to reduce the dysfunction, at the same time and small trauma or accident. Has the risk to produce permanent damage of the cervical spine cord (...)*".

- 4.3. In Nederland kreeg verzoeker van de behandelend artsen te horen dat er geen verdere behandel mogelijkheden waren. Verzoeker zat er psychisch doorheen en werd arbeidsongeschikt verklaard. Om tot rust te komen na een moeilijke periode is verzoeker voor 17 dagen naar Aruba vertrokken. Deze reis is voor verzoeker een nachtmerrie geworden. Verzoeker kreeg aldaar klachten aan de rechterzijde van zijn lichaam die ondraaglijke pijn veroorzaakten. Hierop heeft de echtgenote van verzoeker hem naar een neurochirurg gebracht voor onderzoek. De neurochirurg diagnosticeerde "problemen met C4 en C5" en stelde een operatie ter stabilisatie voor. Ook de orthopeed stelde vast dat een operatie noodzakelijk was. Beide artsen hebben verklaard dat het niet verstandig was te vliegen. Hierop is contact opgenomen met de alarmcentrale. Volgens de alarmcentrale was geen sprake van spoedeisende zorg. Wél werd een voorstel gedaan voor behandeling in het buitenland. De echtgenote van verzoeker heeft bij het ziekenhuis op Aruba geïnformeerd naar een kostenraming, en deze is uiteindelijk door het ziekenhuis overgelegd. De ziektekostenverzekeraar deed vervolgens mee dat de aanvraag voor de behandeling was afgewezen. Verzoeker vindt dit onbegrijpelijk. De ziektekostenverzekeraar kwam immers zelf met het voorstel. Het is onmenselijk dat de ernst van de situatie niet is ingezien. Door de hele kwestie was de echtgenote van verzoeker de wanhoop nabij, en daarnaast verbleven hun twee kinderen zonder hen in Nederland. De behandelend neurochirurg op Aruba kon de beslissing van de ziektekostenverzekeraar evenmin bevatten. Aangezien er inmiddels geruime tijd was verstreken en verzoekers situatie was verslechterd, heeft de behandelend neurochirurg verzoeker doorverwezen naar Colombia voor een spoedoperatie.
- 4.4. Op 17 juli 2012 is verzoeker in Bogota (Colombia) geopereerd.
- 4.5. Dankzij de operatie heeft verzoeker zijn leven weer een beetje terug. Ook zijn gezinsleven is genormaliseerd. Verzoeker kan nooit meer werken, maar kan leven met de pijn. De ziektekostenverzekeraar is tekort geschoten en heeft verzoeker aan zijn lot overgelaten. Hij verbleef immers in het buitenland en had het volledige vertrouwen dat de ziektekostenverzekeraar alles goed zou regelen. Er was geen andere mogelijkheid dan de operatie in Colombia. Daarnaast is het incorrect dat de ziektekostenverzekeraar achteraf verklaart dat de ingreep niet doelmatig is. In Nederland is verzoeker nooit een dergelijke kans geboden; hij was uitbehandeld. Alle kosten die zijn gemoeid met de onderzoeken en behandelingen op Aruba en in Colombia dienen te worden vergoed. Verzoeker verklaart dat familie en vrienden deze kosten hebben voorgesloten, en dat deze door hem moeten worden terugbetaald.
- 4.6. Ter zitting is door verzoeker zijn standpunt herhaald. Voorts is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat hij bij niet opereren invalide zou zijn geworden. Thans kan hij weer lopen. Verzoeker verklaart dat hij vanaf 17 maart 2012, tezamen met zijn echtgenote, op Aruba was. Begin april 2012 heeft hij zich aldaar gewend tot de neuroloog, en die heeft hem doorverwezen. Op 2 april 2012 heeft de echtgenote van verzoeker contact opgenomen met de alarmcentrale. Er is toen een voorstel gedaan voor een andere ingreep in het buitenland, en dat stukken moesten worden ingestuurd. De behandelend arts heeft informatie over de ingreep naar de ziektekostenverzekeraar gestuurd.

Het contact met de ziektekostenverzekeraar verliep erg moeilijk, waardoor het lang heeft geduurd voordat verzoeker is geopereerd. Uiteindelijk zijn verzoeker en zijn echtgenote vijf maanden van huis geweest.

Tot slot stelt verzoeker dat hij lichamelijk en mentaal pijn had, en zijn echtgenote alles voor hem moest doen. Verzoeker vraagt zich af hoe zijn echtgenote anders had moeten handelen.

4.7. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

#### 5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Verzoeker heeft zich tijdens zijn vakantie op Aruba gewend tot een ziekenhuis in Colombia om zich aldaar te laten behandelen in verband met ernstige pijnklachten. Of het gaat om een noodsituatie wordt bepaald door de alarmcentrale. Dit is volledig uitbesteed door de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar gaat op het oordeel van de alarmcentrale af. Bij de alarmcentrale werken adviseurs die gespecialiseerd zijn in zorgverlening in het buitenland en in noodsituaties. Ook weten zij welke zorg in welke stad/streek het beste is. Zij kunnen op afstand bepalen of zorg noodzakelijk is of niet.

Verzoekers situatie was niet levensbedreigend en daarmee geen noodsituatie. Er was geen sprake van progressieve neurologische uitval. Daarom is de behandeling als electief bestempeld.

Daarnaast vermeldt dr. Vallejo in zijn brief van 18 mei 2012 dat de chirurgische behandeling niet spoedeisend was. De operatie zou voor verzoeker pijnverlichtend werken als deze zo snel mogelijk zou plaatsvinden.

5.2. Als de alarmcentrale een behandeling in het buitenland als niet noodzakelijk beoordeelt, wordt gekeken of de (electieve) zorg kan worden vergoed volgens het Nederlandse tarief. Om die reden zijn een kostenoverzicht en aanvullende informatie opgevraagd bij verzoeker. Op basis van deze stukken heeft de medisch adviseur beoordeeld dat de behandeling niet doelmatig en effectief is.

Verzoeker is in Nederland onder behandeling geweest bij verschillende specialisten. In 2009 is hij geopereerd. De behandelend specialisten hebben daarna verklaard dat verzoeker niet verder kon worden geholpen. Chronische pijn is een zeer veel voorkomende klacht. De behandeling hiervan bestaat volgens nationale en internationale richtlijnen uit een multidisciplinair revalidatieprogramma, eventueel met een cognitieve component. Een ingreep wordt alleen aanbevolen wanneer de zenuwen of het ruggemerg worden bedreigd, zoals bij een discushernia of een spondylolisthesis. Dan kan een spondylodese worden uitgevoerd. Of een ingreep doelmatig is kan alleen worden beoordeeld nadat een volledig conservatief traject is doorlopen. Op basis van de door verzoeker overgelegde gegevens blijkt niet dat de artsen in Colombia de minidissectomie, het plaatsen van een PEEK en de arthrodese/ spondylodese hebben verricht op basis van de eerdergenoemde indicaties.

Bovendien is de zorg in Nederland van betere kwaliteit dan de zorg in Colombia of op Aruba. De ziektekostenverzekeraar stelt het vreemd te vinden dat men op Aruba, met de beperkte medische voorzieningen aldaar, verzoeker wel kon helpen, terwijl men dit in Nederland niet kon.

5.3. Voorts is getoetst of sprake is van een aanspraak op grond van de zorgverzekering. Bij verzoeker is een PEEK geplaatst. Een PEEK is een niet beweegbaar arthrodese-implantaat en de behandeling waarbij dit wordt geplaatst is geen wijdverbreid toege-

paste ingreep. Deze behandeling is niet conform de stand van de wetenschap en praktijk. Om die reden is geen sprake van een aanspraak op grond van de zorgverzekering.

- 5.4. Voor onderhavige behandeling is derhalve geen toestemming gegeven. De kosten hiervan worden om die reden niet vergoed. Verzoeker heeft toch besloten de behandeling te laten uitvoeren. Toen bleek dat er op Aruba geen plek was, is hij doorgestuurd naar Colombia. De ziektekostenverzekeraar vraagt zich af waarom dr. Vallejo verzoeker in eerste instantie heeft afgeraden om te vliegen, en verzoeker vervolgens wel naar Colombia kon vliegen. Het is begrijpelijk dat verzoeker zo snel mogelijk geholpen wilde worden. Dit levert echter geen recht op vergoeding van de kosten van de behandelingen in Colombia en op Aruba op.
- 5.5. De commissie heeft in een eerder bindend advies (2008.01361) geoordeeld dat de kosten in een vergelijkbare situatie niet voor vergoeding in aanmerking komen.
- 5.6. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt herhaald. Voorts is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat het CVZ-advies wordt onderschreven. De uitgevoerde behandeling is niet conform de stand van de wetenschap en praktijk. Hier wordt echter feitelijk niet aan toe gekomen, aangezien verzoeker geen indicatie had voor de genoten zorg. De ziektekostenverzekeraar verklaart dat de aanvullende ziektekostenverzekering dekking biedt voor spoedeisende zorg. Voorwaarde hiervoor is dat de kosten ook waren vergoed als de zorg in Nederland had plaatsgevonden. Dit is niet het geval. Voorts stelt de ziektekostenverzekeraar dat het zittend ziekenvervoer niet ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering kan worden vergoed. Tot slot verklaart de ziektekostenverzekeraar dat niets is terug te vinden over het vermeende voorstel van de alarmcentrale voor een andere ingreep in het buitenland. Er is enkel verzocht informatie op te sturen. Aan de hand van die informatie is de toestemming geweigerd. Overigens is de feitelijke ingreep anders geweest dan uit de overgelegde informatie bleek. Daarin werd namelijk geen melding gedaan van een cervicale discusprothese.
- 5.7. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

## 6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op artikel 10 van de zorgverzekering en artikel 8 van 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 kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg en van gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 tot en met 34 van de zorgverzekering. Artikel 14 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat. Voor zover hier van belang, luidt dit artikel:

*“Omschrijving*

*U hebt recht op geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten deze plegen te bieden, met inbegrip van het daarbij behorende laboratoriumonderzoek, geneesmiddelen, verbandmiddelen en hulpmiddelen.(...)*

*Door*

*Medisch specialist.*

*Gaat u naar een zorgaanbieder met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4.1 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.*

*Verwijsbrief*

*Huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts voor verstandelijk gehandicapten, tandarts, verloskundige, medisch specialist of kaakchirurg. (...)*

Artikel 1.2 van de zorgverzekering bepaalt dat recht bestaat op (vergoeding van de kosten van) zorg als een verzekerde op de zorgvorm naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen en als de zorgvorm doelmatig en doeltreffend is. De inhoud en omvang van de zorgvorm wordt mede bepaald door wat de betreffende zorgaanbieders aan zorg ‘plegen te bieden’. Ook wordt de inhoud en omvang bepaald door de stand van de wetenschap en de praktijk. Deze wordt vastgesteld aan de hand van de Evidence Based Medicine (EBM)-methode. Als de stand van de wetenschap en praktijk ontbreekt, wordt de inhoud en vorm van de zorg bepaald door wat binnen het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg.

In artikel 1.4.1 van de zorgverzekering is de hoogte van de vergoeding voor zorg verleend door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder geregeld. Dit artikel luidt:

*“1.4.1. Natura*

*Als u recht hebt op zorg in natura, en u gaat voor zorg naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, kan het zijn dat u een deel van de rekening zelf moet betalen. De kosten van zorg worden namelijk vergoed tot maximaal de geldende Wmg-tarieven. Als er voor de betreffende zorg geen Wmg-tarieven gelden worden de kosten vergoed voor zover deze niet hoger zijn dan de in Nederland geldende redelijke marktprijs. De kosten die hoger zijn dan de in Nederland geldende redelijke marktprijs, worden in mindering gebracht op de vergoeding. Bij de vaststelling van de maximale vergoedingen is geen rekening gehouden met een eigen risico of eigen bijdrage. Deze bedragen worden nog in mindering gebracht op de maximale vergoeding.*

*Als er sprake is van acute zorg die verleend wordt door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, hebt u ook recht op vergoeding van de kosten zoals hiervoor omschreven. U moet ons zo spoedig mogelijk over deze zorg informeren.”*

Artikel 9 van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland. Voor zover hier van belang, luidt dit artikel:

*“9.2. U woont of verblijft in een land dat geen EU-/EER-land of verdragsland is  
Als u woont of tijdelijk verblijft in een land dat geen EU-/EER-land of verdragsland is, kunt u voor zorg in uw woonland of in het land van tijdelijk verblijf kiezen uit:*

- zorg in natura (natura) of vergoeding van de kosten van zorg (restitutie) volgens het bepaalde in artikel 1.1 van deze verzekeringsvoorwaarden, door een gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling;*
- vergoeding van de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. De kosten worden vergoed tot maximaal het bedrag dat u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Zie artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden*

*Let op:*

*De kosten in het buitenland zijn vaak hoger dan de kosten van een behandeling in Nederland. De kosten worden vergoed tot maximaal het bedrag dat u zou krijgen als de behandeling in Nederland zou plaatsvinden. Houdt u er daarom rekening mee dat u voor behandelingen in het buitenland mogelijk een (groot) gedeelte van de kosten zelf moet betalen.*

*Toestemmingsvereiste voor zorg in het buitenland*

*Wilt u zich in het buitenland laten behandelen? Als u voor deze behandeling één of meer nachten in een ziekenhuis of andere instelling wordt opgenomen, hebt u onze voorafgaande toestemming nodig. U hebt geen toestemming nodig als u onverwacht wordt opgenomen en de behandeling redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot u in uw woonland bent teruggekeerd. Als u één of meer nachten wordt opgenomen, moet u (laten) bellen met de [naam ziektekostenverzekeraar] Alarmcentrale. Kijk voor het telefoonnummer voorin deze voorwaarden.*

*9.4. Verwijzing en/of toestemmingsvereiste*

*Is naast de toestemming voor het inroepen van zorg (artikel 9.3) nog specifiek een verwijzing, voorschrift en/of een toestemming vereist? Dan kunt u dit terugvinden in het betreffende zorgartikel (zie ook artikel 1.9).”*

- 8.3. De artikelen 1.4.1, 9 en 14 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.4. 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. Art. 2.1 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. Voorts bepaalt dit artikel dat een verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht heeft voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv. Art. 13 Zvw regelt de vergoeding indien een verzekerde een bepaalde vorm van zorg of een andere dienst betreft van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder.



- 8.5. 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 ziektekostenverzekeraar 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.

## 9. Beoordeling van het geschil

### **Ten aanzien van de zorgverzekering**

- 9.1. Op Aruba is de Landsverordening Algemene Ziektekosten Verzekering van kracht, uitgevoerd door het Uitvoeringsorgaan Algemene Ziektekosten Verzekering. Met Nederland is op het terrein van ziektekosten geen verdrag gesloten. Hetzelfde geldt voor Colombia. Derhalve dient onderhavig geschil te worden beoordeeld aan de hand van de voorwaarden van de zorgverzekering die gelden voor zorg in het buitenland.
- 9.2. Ten aanzien van de door verzoeker op Aruba genoten zorg – consulten en overige zorg/diensten – geldt het volgende. In beginsel dient voor zorg in het buitenland toestemming te worden gevraagd aan de ziektekostenverzekeraar. Uitzondering hierop vormt de situatie waarin sprake is van spoedeisende zorg. Verzoeker heeft gesteld dat de zorg in Aruba spoedeisend was. De ziektekostenverzekeraar heeft dit bestreden. Naar het oordeel van de commissie is niet gebleken dat onverwijld ingrijpen noodzakelijk was.
- 9.3. Om voor vergoeding van medisch specialistische zorg in aanmerking te komen dient sprake te zijn van een geldige verwijzing (i.c. van een huisarts of medisch specialist), en de zorg moet worden uitgevoerd door een medisch specialist (artikel 14 van de zorgverzekering). Laatstgenoemde voorwaarde is niet in geschil. Van een geldige verwijzing is de commissie niet gebleken.
- 9.4. Derhalve bestaat geen aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg die is genoten op Aruba.
- 9.5. Ten aanzien van de door verzoeker in Colombia genoten zorg, is, gelet op het door de ziektekostenverzekeraar ingenomen standpunt, allereerst de vraag of sprake is van een verzekerde prestatie op grond van de zorgverzekering.
- 9.6. Voorts dient een verzekerde naar inhoud en omvang redelijkerwijs op de zorg te zijn aangewezen, en dient de zorg doelmatig en doeltreffend te zijn (artikel 1.2 van de zorgverzekering). De ziektekostenverzekeraar heeft in dit kader gesteld dat verzoeker geen indicatie had voor de geleverde zorg, en dat deze zorg niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is. Verzoeker heeft dit bestreden.
- 9.7. De vraag is of het plaatsen van een cervicale discusprothese (PEEK) voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering.

- 9.8. 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.
- 9.9. 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.
- 9.10. Een onderzoek naar dergelijke kwalitatieve onderzoeken met betrekking tot een PEEK-behandeling is door het CVZ in zijn advies van 19 juli 2013 uitgevoerd. De conclusie hiervan is dat het plaatsen van een cervicale discusprothese (PEEK) niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is. Deze conclusie neemt de commissie over en maakt zij tot de hare.
- 9.11. Gelet op het voorgaande is de commissie van oordeel dat de ziektekostenverzekeraar terecht heeft geweigerd toestemming te verlenen voor de in geschil zijnde zorg in Aruba en Colombia. Aangezien niet aan de voorwaarden van de zorgverzekering is voldaan, heeft verzoeker geen recht op vergoeding.

### **Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering**

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

### **Conclusie**

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

### 10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 25 september 2013,

Voorzitter