

# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door mevrouw C te D, tegen E te F en G te H  
Zaak : EU-EER, geneeskundige zorg, discussprothese, termijn afgifte beslissing, volledigheid dossier  
Zaaknummer : 2011.02585  
Zittingsdatum : 9 mei 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 2010, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2010)

---

1. Partijen

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

tegen

1) E te F, en

2) G te H,

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 waren ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Beter Af Plus Polis 1 ster, Beter Af Tandarts Polis 1 ster en het Beter Af Extra Pakket afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster op 30 september 2010 bericht dat voor de aangevraagde anterieure cervicale discectomie, uit te voeren in Brussel (België) maximaal een bedrag van € 5.046,- wordt vergoed. Indien echter een andere techniek wordt toegepast, zullen de kosten daarvan niet worden vergoed.

3.2. Op 1 oktober 2010 is verzoekster in Brussel geopereerd. Tijdens deze operatie is een discusprothese geplaatst.

3.3. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van de operatie ten bedrage van € 11.585,97 (hierna: de aanspraak). Bij brief van 18 januari 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.

3.4. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brieven van 4 februari en 15 september 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.5. Bij brief van 11 november 2011 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).

- 3.6. 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.
- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 19 maart 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 20 maart 2012 aan verzoekster gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 3 april 2012 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 20 april 2012 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.9. Bij brief van 20 maart 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 13 april 2012 heeft het CVZ (zaaknummer 2012035554) 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 cervicale discusprothese niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoekster is op 9 mei 2012 in persoon gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch aan de zitting deelgenomen. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.11. Bij brief van 10 mei 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 15 mei 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 Nederlandse neurochirurg heeft in zijn brief van 16 september 2010 aan de huisarts medegedeeld dat hij bij verzoekster de volgende diagnose heeft gesteld: "C7-radiculopathie links bij brede bulging C6-C7 links, met vernauwing van het cervicale wervelkanaal ter plaatse en bij compromittering van de wortel C5 links." De neurochirurg heeft verzoekster een operatie op het niveau C6-C7, te weten een anterieure cervicale discectomie, aangeboden.
- 4.2. De Belgische neurochirurg heeft in zijn brief van 16 september 2010 aan de huisarts medegedeeld dat een chirurgische ingreep is aangeraden. Deze ingreep zou door middel van een anterieure cervicale benadering kunnen plaatsvinden "met de vervanging van de schijf door een arthroplastiek, dat wil zeggen door het plaatsen van een cervicale prothese." In zijn brief van 13 oktober 2010 bevestigt de Belgische neurochirurg dat op 1 oktober 2010 een cervicale prothese is geplaatst.

- 4.3. Verzoekster heeft bij brief van 21 september 2010 de ziektekostenverzekeraar verzocht om toestemming voor een operatie aan haar nek in België. Op 24 september 2010 heeft zij het 'aanvraagformulier medische behandeling buitenland' ingevuld.
- 4.4. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster op 30 september 2010 schriftelijk medegedeeld dat enkel een anterieure cervicale discectomie zou worden vergoed. Verzoekster had echter op 27 september 2010 telefonisch aan de ziektekostenverzekeraar medegedeeld dat waarschijnlijk een andere ingreep zou worden uitgevoerd dan zij had aangevraagd. Zij zou daarom nog een brief van de behandelend arts doorsturen naar de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar heeft deze aanvullende informatie niet willen afwachten en heeft op 30 september 2010 een beslissing genomen op grond van een onvolledig dossier.
- 4.5. De brief van de Belgische arts van 16 september 2010 heeft verzoekster eerst in december 2010 naar de ziektekostenverzekeraar verstuurd. Zij had deze brief niet eerder van haar huisarts ontvangen. Hoewel de ziektekostenverzekeraar op de hoogte was van het bestaan van de betreffende brief, heeft hij hierom in de tussenliggende periode niet gevraagd.
- 4.6. Het was de ziektekostenverzekeraar voorts bekend dat verzoekster reeds op 1 oktober 2010 zou worden geopereerd. De ziektekostenverzekeraar wist, dan wel behoorde te weten, dat verzoekster voor het blok werd gezet doordat de beslissing slechts één dag voor de ingreep werd afgegeven. Verzoekster was die dag al opgenomen in het ziekenhuis en kon zodoende niet anders dan de ingreep laten plaatsvinden.
- 4.7. Gezien het voorgaande vordert verzoekster primair de volledige vergoeding van de door haar gemaakte kosten, te weten een bedrag van € 11.156,07.
- 4.8. Subsidiair vordert verzoekster de vergoeding die de ziektekostenverzekeraar in zijn beslissing van 30 september 2010 heeft toegezegd, te weten een bedrag van € 5.046,-. Voordat de behandelend chirurg de cervicale prothese kon plaatsen is namelijk de betreffende wervel verwijderd. Hiermee heeft de door de ziektekostenverzekeraar goedgekeurde behandeling plaatsgevonden. Dat verzoekster vervolgens voor een aanvullende behandeling heeft gekozen en een discusprothese heeft laten plaatsen, kan eventueel voor haar rekening en risico komen.
- 4.9. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat zij er alles aan heeft gedaan om de ziektekostenverzekeraar tijdig en volledig te informeren over de onderhavige ingreep. Zowel op 27 als 30 september 2010 is telefonisch aan de ziektekostenverzekeraar doorgegeven dat een andere techniek zou worden toegepast en dat een discusprothese zou worden geplaatst. De ziektekostenverzekeraar heeft deze informatie genegeerd. Daarnaast heeft de ziektekostenverzekeraar zijn afwijzing gebaseerd op een CVZ-advies dat betrekking heeft op een lumbale hernia, terwijl bij verzoekster sprake was van een cervicale hernia. Verzoekster had de Belgische arts gevraagd een brief te schrijven om haar aanvraag te onderbouwen, hetgeen hij ook heeft gedaan. Deze brief is echter naar de huisarts van verzoekster gestuurd in plaats van naar de ziektekostenverzekeraar. Verzoekster was van hiervan echter niet op de hoogte.
- 4.10. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

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

- 5.1. De bij verzoekster uitgevoerde ingreep, bestaande uit het plaatsen van een discusprothese op niveau C6-C7, voldoet niet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Daarom komen de kosten hiervan niet voor vergoeding in aanmerking. Het feit dat de anterieure cervicale discectomie is uitgevoerd in combinatie met het implanteren van een discusprothese maakt het onmogelijk beide ingrepen los van elkaar te beschouwen. Dit betekent dat de volledige behandeling niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en dus niet voor vergoeding in aanmerking komt.
- 5.2. Op 23 september 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar het 'aanvraagformulier medische behandeling buitenland' per email aan verzoekster gezonden, met daarbij de vermelding dat voor een definitieve beoordeling de gegevens bij punt 4 moeten worden meegestuurd. Het ingevulde formulier heeft de ziektekostenverzekeraar op 28 september 2010 retour ontvangen. Uit het stuk blijkt dat verzoekster voor de medische indicatie met behandelplan van de medisch specialist verwijst naar de behandelcode van de offerte. Deze code 281220 staat voor "chirurgische behandeling discushernia cervicaal". Daarom is de ziektekostenverzekeraar ervan uitgegaan dat sprake zou zijn van een anterieure cervicale discectomie. Uit de aanvraag noch uit de telefoongesprekken en de mailberichten van verzoekster en haar echtgenoot gedurende de periode van 10 tot en met 29 september 2010 is gebleken dat de aanvraag niet volledig zou zijn.
- 5.3. Ten aanzien van de stelling van verzoekster dat de ziektekostenverzekeraar haar voor het blok heeft gezet, waardoor zij de ingreep niet meer kon uitstellen, merkt de ziektekostenverzekeraar op dat hij de aanvraag voor de betreffende ingreep op 28 september 2010 heeft ontvangen. Op 30 september 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn beslissing aan verzoekster kenbaar gemaakt. De ziektekostenverzekeraar heeft de aanvraag dus binnen twee dagen afgehandeld. Dat hij de beslissing slechts één dag voor de ingreep kenbaar kon maken aan verzoekster is volledig te wijten aan het feit dat de ingreep reeds op 1 oktober 2010 was ingepland en hij de aanvraag slechts drie dagen daarvoor heeft ontvangen.
- 5.4. In haar mailbericht van 13 januari 2011 schrijft verzoekster dat zij pas recent op de hoogte is van de brief van de Belgische neurochirurg van 16 september 2010 aan de huisarts. Deze brief heeft zij met voornoemd mailbericht meegestuurd. Op dat moment was het de ziektekostenverzekeraar pas duidelijk dat bij verzoekster een discusprothese was geplaatst. Zoals in de beslissing van 30 september 2010 is vermeld, zouden de kosten van de ingreep niet worden vergoed als een andere techniek zou plaatsvinden. De ziektekostenverzekeraar merkt op dat hij na het versturen per email en per post van de beslissing van 30 september 2010 geen reactie van verzoekster of haar echtgenoot heeft ontvangen. Het eerstvolgende contactmoment was op 16 december 2010 toen de echtgenoot van verzoekster belde omdat de nota van de ingreep twee keer zo hoog was.
- 5.5. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat de aanvraag, op het moment dat de beslissing werd genomen, compleet was. Er stond een code bij voor een cervicale discectomie. Voor deze ingreep is toestemming gegeven, waarbij een voorbehoud is gemaakt voor andere technieken. Later bleek pas dat ook een prothese was geplaatst. Het betreft een gecombineerde behandeling op één ni-

veau waarvoor geen vergoeding mogelijk is.

- 5.6. 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, welk artikel eveneens van toepassing is op 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 gehouden is de kosten van het plaatsen van een discusprothese in België – al dan niet gedeeltelijk – te vergoeden, 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 naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 1 e.v. van de 'aanspraken en vergoedingen' van de zorgverzekering. Artikel 1 van de 'aanspraken en vergoedingen' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op ziekenhuisverpleging en dagbehandeling in een ziekenhuis bestaat, en luidt, voor zover hier van belang:

*“Wij vergoeden bij dagbehandeling of ziekenhuisopname voor een ononderbroken periode van maximaal 365 dagen de kosten van onderstaande zorg. (...)*

*Wij vergoeden de kosten van:*

- verblijf, inclusief verpleging en verzorging, op basis van de derde klasse;*
- medisch specialistische of kaakchirurgische zorg;*
- de bij de behandeling behorende paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen, gedurende de periode van opname.*

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

*(...)*”

- 8.3. In artikel 2.4 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering is bepaald dat de aanspraak op zorg of vergoeding van kosten van zorg als in de zorgverzekering omschreven, mede naar inhoud en omvang wordt bepaald door 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.

- 8.4. In artikel 19 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering is de aanspraak op zorg in het buitenland opgenomen. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

*“De verzekerde die woont in Nederland, heeft naar keuze aanspraak op:*

- zorg door een zorgverlener die door ons in het buitenland is gecontracteerd;*
  - vergoeding van de kosten van zorg van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener conform de aanspraken van de Beter Af Polis tot maximaal:*
  - wanneer dit bij een aanspraak wordt genoemd, de lagere vergoeding of de eigen bijdrage die u verschuldigd bent;*
  - het op dat moment op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde (maximum-)tarief;*
  - wanneer en voor zover geen op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgesteld (maximum-)tarief bestaat, het in Nederland geldende marktconform bedrag.*
- (...)”*

- 8.5. De artikelen 2.4 en 19 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering en artikel 1 van de ‘aanspraken en vergoedingen’ van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.6. 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.
- 8.7. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 8.8. Artikel 20 van Vo 883/2004 luidt, voor zover hier van belang, als volgt:
- “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. Door verzoekster is, voorafgaand aan de ingreep, toestemming gevraagd aan de ziektekostenverzekeraar. Deze heeft geoordeeld dat de aangevraagde behandeling – een anterieure cervicale descectomie – ook tijdig in Nederland kan worden uitgevoerd zodat geen S2/E112 formulier hoeft te worden afgegeven. Uit het behandelingsvoorstel van de Nederlandse neurochirurg blijkt de juistheid van deze conclusie zodat beoordeling aan de hand van VO 883/2004 verder achterwege kan blijven. Op grond van het Verdrag tot oprichting van de Europese Gemeenschap (EG), thans Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie (VWEU) dient aan de voorwaarden van de zorgverzekering te worden getoetst.
- 9.2. Door verzoekster is gesteld dat zij de ziektekostenverzekeraar heeft geïnformeerd dat een andere behandeling zou plaatsvinden. Hiervan is in de procedure evenwel niet gebleken. Zou de bewuste informatie inderdaad zijn verstrekt, dan zou de ziektekostenverzekeraar, gelet op de termijn waarop dit zou zijn gebeurd, geen redelijke mogelijkheid hebben gehad hiermee bij zijn besluitvorming rekening te houden. De aanvraag was immers op 28 september 2010 door de ziektekostenverzekeraar ontvangen, terwijl de operatie stond gepland voor 1 oktober 2010. Gezien de aard van de aandoening en het te verwachten ziekteverloop kon verzoekster in deze situatie in redelijkheid niet van de ziektekostenverzekeraar verlangen dat deze binnen drie dagen een reactie zou geven. De commissie constateert dat de behandeling waarvoor door de ziektekostenverzekeraar op 30 september 2010 een machtiging is afgegeven uiteindelijk niet is uitgevoerd. Aan deze machtiging kan daarom geen enkel recht meer worden ontleend. Wat betreft de wél uitgevoerde behandeling geldt het volgende.
- 9.3. Kernvraag is of de behandeling waarbij op niveau C6-C7 een discusprothese is geplaatst voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk zoals bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 9.4. 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.

- 9.5. 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.

- 9.6. Het CVZ heeft in zijn advies van 13 april 2012 een onderzoek naar dergelijke kwalitatieve onderzoeken met betrekking tot de onderhavige behandeling uitgevoerd. De conclusie hiervan, die de commissie overneemt en tot de hare maakt, is dat het plaatsen van een discusprothese zoals bij verzoekster is toegepast, niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Er is derhalve geen sprake van een verzerkte prestatie op grond van de zorgverzekering zodat verzoeksters primaire vordering, voor zover het de zorgverzekering betreft, moet worden afgewezen.
- 9.7. Ten aanzien van de stelling van verzoekster dat de betreffende tussenwervelschijf eerst is verwijderd en dat zij vervolgens ervoor heeft gekozen een discusprothese te laten plaatsen en dat daarom in ieder geval de kosten van het verwijderen van de tussenwervelschijf dienen te worden vergoed, overweegt de commissie als volgt. Het verwijderen van de wervel heeft plaatsgevonden in het kader van het plaatsen van de discusprothese. Het verwijderen kan hiervan dan ook niet los worden gezien. Daarom kunnen de kosten van het verwijderen van de tussenwervelschijf niet – separaat – worden vergoed en moet ook verzoeksters subsidiaire vordering, voor zover het de zorgverzekering betreft, worden afgewezen.

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

- 9.8. Het is de commissie gebleken dat de aanvullende ziektekostenverzekering geen dekking biedt voor het gevraagde, zodat de bespreking hiervan achterwege kan blijven.

#### **Conclusie**

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

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 30 mei 2012,

Voorzitter