



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen Interpolis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht en Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist  
Zaak : EU/EER, Bulgarije, geneeskundige zorg, cervicale discusprothese, stand wetenschap en praktijk  
Zaaknummer : 201601507  
Zittingsdatum : 14 december 2016

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2016, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1, 2.2 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2016, artt. 19 Vo. nr. 883/2004, 25 Vo. nr. 987/2009)

---

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

- 1) Interpolis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, en
- 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist,  
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1 onderdeel d Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering ZorgActief ZonderMeer 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 de kosten van een operatie aan de nek, met plaatsing van een discusprothese, uitgevoerd te Sofia, Bulgarije (hierna: de aanspraak). Bij brief van 24 juni 2016 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 juli 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. Bij e-mailbericht van 7 juli 2016 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).
- 3.4. 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.
- 3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 7 september 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 9 september 2016 aan verzoeker gezonden.

- 3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben op respectievelijk 24 september en 10 oktober 2016 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.7. Bij brief van 16 september 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 20 oktober 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016117706) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat een cervicale anterieure discectomie met prothese (CADP) niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en daarmee geen verzekerde prestatie vormt onder de zorgverzekering. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 21 november 2016 aan partijen gezonden.
- 3.8. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 14 december 2016 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.9. Bij brief van 20 december 2016 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 22 december 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 verzoeker
- 4.1. Verzoeker moest eind april 2016 voor zijn werk naar Bulgarije. Tijdens zijn verblijf aldaar kreeg verzoeker ernstige nekklachten. Hierop heeft hij een arts geraadpleegd die hem doorverwees naar een neurochirurg. Deze neurochirurg heeft een MRI-scan laten maken waaruit bleek dat verzoeker een nekhernia had die moest worden geopereerd. Nadat de operatiedatum was bepaald, heeft verzoeker de ziektekostenverzekeraar telefonisch medegedeeld dat hij geopereerd zou gaan worden. Gelet op de hevige pijnklachten meent verzoeker dat de ingreep is aan te merken als spoedeisend.
- 4.2. De ziektekostenverzekeraar wijst vergoeding van de kosten van de ingreep evenwel af omdat het plaatsen van een discusprothese in Nederland geen gebruikelijke behandeling is. Dit standpunt wordt door verzoeker bestreden, aangezien de commissie in een bindend advies (zaaknummer 201401880) heeft geoordeeld dat het plaatsen van een cervicale discusprothese voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Bovendien wordt eenzelfde behandeling uitgevoerd in de Isala klinieken in Zwolle en heeft het Zorginstituut in zijn advies van 20 oktober 2016 geconcludeerd dat CADP een geaccepteerde techniek is.
- 4.3. Ter zitting heeft verzoeker zijn standpunt herhaald en daarnaar gevraagd verklaard dat hij rond 30 april 2016 aankwam in Bulgarije en tot 8 mei 2016 zou blijven. Dit in verband met een te volgen cursus. Al op de eerste dag van zijn verblijf kreeg verzoeker last van zijn nek en zijn de behandelingen gestart. Verzoeker stelt het vreemd te vinden dat niet alleen de ingreep maar ook de hospitalisatiekosten niet zijn vergoed.
- 4.4. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt dat verzoeker zich om hem moverende redenen heeft gewend tot het Multi-Profile Hospital for Active Treatment and Emergency Medicine Pirogov EAD Sofia. Verzoeker heeft aldaar een medische behandeling ondergaan. Zowel vóór als na de ingreep

heeft verzoeker telefonisch contact gehad met medewerkers van de ziektekostenverzekeraar. Uit de gemaakte telefoonnotities blijkt dat verzoeker begin mei 2016 veel pijn had in zijn nek en dat hij zich op 2 mei 2016 heeft gewend tot de Pirogov kliniek in Sofia. De dienstdoende arts heeft pijnstilling voorgeschreven en verzoeker verwezen naar een neurochirurg. De neurochirurg heeft op 3 mei 2016 een MRI-scan gemaakt waaruit bleek dat verzoeker een nekhernia had. Van de gebeurtenissen daaropvolgend is de volgende notitie gemaakt: *"Meneer krijgt van 3 tot 7 mei injecties voor de pijn. Dit is in overleg met meneer omdat hij in die week een cursus volgt in Bulgarije. Neurochirurg suggereert dat meneer zo snel mogelijk terugkeert naar Nederland, volgens neurochirurg is een operatie noodzakelijk, meneer wil liever in Bulgarije worden geopereerd, gezien zijn eerdere (slechte) ervaring in Nederland. Ziekenhuis laat meneer weten dat zijn zorgverzekeraar dit als niet-spoedeisende zorg beschouwt en dat zhs de kosten niet via de EHIC kan declareren. Meneer besluit de kosten zelf voor te schieten (...) zaterdag 7 mei: meneer heeft zoveel pijn dat hij zich opnieuw meldt bij de (privé?) kliniek in Progov. Hij wordt opgenomen. Maandag 9 mei: meneer wordt geopereerd aan de nekhernia. Donderdag 23 mei: ontslag ziekenhuis (...)"*. Gelet op de gemaakte telefoonnotities stelt de ziektekostenverzekeraar vast dat in de onderhavige situatie geen sprake was van spoedeisende zorg, maar van planbare zorg. Derhalve dient te worden getoetst aan de voorwaarden van de zorgverzekering.

- 5.2. Van de operatie in Bulgarije is een verslag gemaakt. In dit verslag is de volgende passage opgenomen: *"Horizontal skin incision to the left of the neck. Interim dissection and skeletisation at level C5- C6, Discectomy of C5-C6 is to be performed under microscopie magnification. The surgeon found disc herniation mediastinally and paramediastinally to the right which was fully extirpated. Under X-Ray control of the intervertebral space, disc prosthesis DiscoCerv was placed with dimensions 17 x 13 x 5.25 mm. Good anterior decompression was achieved upon preserved anatomical relations and mobility of the segment."* Uit deze passage leidt de ziektekostenverzekeraar af dat een cervicale discusprothese is geplaatst en dat een CADP is uitgevoerd. De commissie heeft in een eerder bindend advies met zaaknummer 201502818 geoordeeld dat deze vorm van zorg niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. De ziektekostenverzekeraar sluit zich bij dit standpunt aan. Om die reden komen de kosten van de ingreep in Bulgarije niet voor vergoeding in aanmerking.
- 5.3. Door verzoeker is verwezen naar een ander bindend advies van de commissie met zaaknummer 201401880. Verzoeker gaat hierbij ten onrechte ervan uit dat in zijn situatie een zogenoemde CADF is uitgevoerd. In casu betreft het echter geen CADF maar een CADP, aangezien een prothese is geplaatst. Een CADP betreft geen zorg conform de stand van de wetenschap en praktijk.
- 5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar verwezen naar het advies van het Zorginstituut van 20 oktober 2016 waarin wordt bevestigd dat een cervicale anterieure discectomie met prothese (CADP) niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en daarmee geen verzekerde prestatie vormt onder de zorgverzekering. Dit geldt ook voor onderdelen van de ingreep, zoals de hospitalisatie.
- 5.5. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.
6. De bevoegdheid van de commissie
- 6.1. Gelet op artikel 18 van de 'Algemene voorwaarden basisverzekering' van de zorgverzekering en 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 naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen 1 e.v. van 'Verzekerde zorg basisverzekering' van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 29 van de 'Verzekerde zorg basisverzekering' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg en verblijf bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

**"Medisch specialistische zorg en verblijf**

*U heeft recht op medisch specialistische zorg en verblijf. Deze zorg kan plaatsvinden in:*

- a een ziekenhuis;*
- b een zelfstandig behandelcentrum of*
- c de praktijk aan huis van een medisch specialist (extramuraal werkend specialist) verbonden aan een op grond van de Wet toelating zorginstellingen (Wtzi) toegelaten instelling.*

*De zorg bestaat uit:*

- a medisch-specialistische zorg;*
- b uw behandeling en eventuele verblijf op basis van de laagste klasse in een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum, inclusief verpleging en verzorging, paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij die behandeling horen.*

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

*Op hoeveel dagen verblijf heeft u recht*

*Wordt u opgenomen in het ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum? Dan heeft u recht op een ononderbroken verblijf in het ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum voor een periode van maximaal 1.095 dagen.*

*(...)"*

8.4. Artikel 15 van de 'Algemene voorwaarden basisverzekering' van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

*"Artikel 15 Wanneer heeft u recht op de vergoeding van zorg in het buitenland?*

*15.1 Gebruikt u zorg in een verdragsland, EU- of EER-staat? Dan kunt u kiezen uit aanspraak op:*

- a zorg volgens de wettelijke regeling van dat land, op grond van bepalingen van de EU-socialezekerheidsverordening of zoals is bepaald in het desbetreffende verdrag;*
- b vergoeding van de kosten van zorg door een zorgverlener of zorginstelling in het buitenland met wie of waarmee wij een contract hebben;*
- c Vergoeding van de kosten van zorg van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener of zorginstelling. U heeft dan recht op vergoeding volgens het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekering' tot maximaal:*

- de lagere vergoeding als deze bij een vergoeding in het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekering' wordt genoemd;*
- het (maximum)tarief dat op dat moment is vastgesteld op basis van de Wet marktverordening gezondheidszorg (Wmg);*
- het in Nederland geldende marktconforme bedrag. Dit geldt als er geen (maximum)tarief bestaat dat op basis van de Wmg is vastgesteld.*

*De vergoeding wordt verminderd met de eventuele eigen bijdrage die u verschuldigd bent."*

- 8.5. Artikel 1.2 van de 'Algemene voorwaarden basisverzekering' van de zorgverzekering luidt, voor zover hier van belang:

*"Ook gebaseerd op stand wetenschap en praktijk*

*De inhoud van de basisverzekering wordt bepaald door de overheid en is vastgelegd in de wet- en regelgeving genoemd in artikel 1.1. In deze wet- en regelgeving staat onder andere dat uw recht op zorg naar inhoud en omvang wordt bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk. Ontbreekt zo'n maatstaf? Dan geldt wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten."*

- 8.6. De artikelen 1.2 en 15 van de 'Algemene voorwaarden basisverzekering' en artikel 29 van de 'Verzekerde zorg basisverzekering' zijn volgens artikel 1.1 van de 'Algemene voorwaarden basisverzekering' 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.

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

- 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 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.

- 8.9. De artikelen 19 Vo. nr. 883/2004 luiden, voor zover hier van belang:

*"Artikel 19*

*Verblijf buiten de bevoegde staat*

*1. Tenzij anders is bepaald in lid 2, hebben een verzekerde en zijn gezinsleden die verblijven in een andere lidstaat dan de bevoegde lidstaat, recht op de verstrekkingen welke tijdens het verblijf medisch noodzakelijk worden, met inachtneming van de aard van de verstrekkingen en de verwachte duur van het verblijf. De verstrekkingen worden voor rekening van het bevoegde orgaan verstrekt door het orgaan van de verblijfplaats, volgens de door dit orgaan toegepaste wetgeving, alsof de betrokkenen krachtens die wetgeving verzekerd waren.  
(...)"*

- 8.10. Artikel 25 Vo. nr. 987/2009 luidt, voor zover hier van belang:

*"Artikel 25*

*Verblijf in een andere dan de bevoegde lidstaat*

*(...)*

*B) Procedure en regelingen voor de rechtstreekse betaling en/of vergoeding van verstrekkingen*

*4. Indien de verzekerde de kosten van alle of een deel van de op grond van artikel 19 van de basisverordening verleende verstrekkingen zelf heeft betaald en indien de door het orgaan van de verblijfplaats toegepaste wetgeving voorziet in de mogelijkheid van vergoeding van deze kosten aan*



*de verzekerde, kan hij een verzoek om vergoeding aan het orgaan van de verblijfplaats richten. In dat geval vergoedt dat orgaan hem het bedrag van de kosten van de verstrekkingen rechtstreeks, binnen de grenzen en onder de voorwaarden van de volgens de wetgeving van het orgaan geldende vergoedingstarieven.*

*5. Indien het verzoek om vergoeding van zulke kosten niet rechtstreeks bij het orgaan van de verblijfplaats is ingediend, worden de kosten door het bevoegde orgaan aan de betrokkene vergoed tegen het vergoedingstarief dat het orgaan van de verblijfplaats in het betrokken geval toepast, dan wel ten bedrage van de vergoeding die door het orgaan van de verblijfplaats zou zijn uitbetaald indien artikel 62 van de toepassingsverordening van toepassing was geweest. Het orgaan van de verblijfplaats is verplicht het bevoegde orgaan desgevraagd de nodige inlichtingen over die tarieven of bedragen te verstrekken.*

*6. In afwijking van lid 5 kan het bevoegde orgaan de gemaakte kosten vergoeden binnen de grenzen en volgens de voorwaarden van de tarieven vastgesteld in zijn wetgeving, op voorwaarde dat de verzekerde ermee akkoord gaat dat deze bepaling op hem wordt toegepast.  
(...)"*

## 9. Beoordeling van het geschil

### Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Verzoeker heeft ter zitting verklaard dat hij aanvankelijk van plan was van 30 april 2016 tot en met 8 mei 2016 in Bulgarije, een andere lidstaat van de EU, te verblijven. Vast staat dat tijdens deze periode de onderhavige zorgkosten zijn gemaakt. Volgens verzoeker was sprake van spoedeisende zorg. De ziektekostenverzekeraar heeft dit bestreden; de zorg zou gepland zijn. De commissie oordeelt dat dit verweer van de ziektekostenverzekeraar niet kan slagen. Op grond van Vo. nr. 883/2004 is spoedeisendheid niet het criterium, maar medische noodzakelijkheid. Uit de jurisprudentie van het Hof van Justitie (Erven Keller, zaak C-145/03) blijkt dat het aan de behandelend arts van de lidstaat van verblijf is om de medische noodzaak van de behandeling vast te stellen. Derhalve kan in het onderhavige geval worden geconcludeerd dat zowel ten aanzien van de aanvankelijk uitgevoerde pijnbestrijding als de nadien verrichte ingreep sprake is van medisch noodzakelijke zorg tijdens verblijf als bedoeld in artikel 19 Vo. nr. 883/2004.
- 9.2. Door verzoeker is geen European Health Insurance Card (hierna: EHIC) overgelegd dan wel is deze niet door het ziekenhuis geaccepteerd. Op basis van artikel 25 lid 4 Vo. nr. 987/2009 bestaat in een dergelijke situatie de mogelijkheid de kosten rechtstreeks te declareren bij het uitvoeringsorgaan van de verblijfplaats (i.c. Bulgarije). Gesteld noch gebleken is dat verzoeker de kosten aldaar heeft gedeclareerd. Op basis van artikel 25 lid 6 bestaat voor de verzekerde ook de mogelijkheid de kosten te declareren bij het bevoegde orgaan (i.c. de ziektekostenverzekeraar). Getoetst dient dan te worden aan de voorwaarden van de zorgverzekering. Voor zover verzoeker op deze mogelijkheid een beroep wenst te doen, geldt het volgende.
- 9.3. Mede gelet op het door de ziektekostenverzekeraar ingenomen standpunt, is de vraag of de operatie van een nekhernia met plaatsing van een cervicale discusprothese (CADP) voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk als bedoeld in artikel 1.2 van 'Algemene voorwaarden basisverzekering' 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. Een onderzoek naar dergelijke kwalitatieve onderzoeken met betrekking tot de operatie van een nekhernia met plaatsing van een cervicale discusprothese (CADP) is door het Zorginstituut uitgevoerd, en de bevindingen hiervan zijn in het advies van 20 oktober 2016 verwoord. De conclusie van het advies is dat deze zorg niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is en daarmee geen verzekerde prestatie onder de zorgverzekering. De commissie neemt deze conclusie over en maakt deze tot de hare. Dit betekent dat verzoeker geen aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van de door hem ondergane ingreep, ten laste van de zorgverzekering.

Door verzoeker is in dit verband aangevoerd dat de commissie in een vergelijkbare zaak tot het oordeel is gekomen dat de behandeling wél tot de stand van de wetenschap en praktijk behoort. Met betrekking hiertoe merkt de commissie op dat in het betreffende bindend advies een zogenoemde cervicale anterieure discectomie met fusie (CADF) is uitgevoerd, hetgeen een andere behandeling is dan de onderhavige. Zodoende kan aan deze uitspraak geen argument ten gunste van verzoeker worden ontleend.

- 9.7. Tot slot bepaalt artikel 25 lid 5 Vo. nr. 987/2009 dat indien het verzoek om vergoeding van de kosten niet rechtstreeks bij het orgaan van de verblijfplaats is ingediend, deze kosten door het bevoegde orgaan aan de verzekerde worden vergoed tegen het vergoedingstarief dat het orgaan van de verblijfplaats in het betrokken geval toepast. Hiertoe dient de ziektekostenverzekeraar over te gaan tot tarifiering. Indien op basis van tarifiering blijkt dat de uitgevoerde ingreep in Bulgarije behoort tot de aldaar op grond van de sociale ziektekostenverzekering verzekerde zorg en dat verzoeker aanspraak heeft op een vergoeding ingevolge die verzekering, dient de ziektekostenverzekeraar deze te verlenen. De commissie tekent hierbij volledigheidshalve aan dat de beoordeling door het orgaan van de verblijfplaats (i.c. Bulgarije) geen onderwerp kan zijn van een procedure als de onderhavige. De uitkomst hiervan vormt voor de commissie dan ook een gegeven.


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

- 9.8. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor de onderhavige ingreep, zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden toegewezen.







**Conclusie**




9.9. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen, in die zin dat de ziektekostenverzekeraar dient over te gaan tot tarifiering. Het meer of anders gevorderde dient te worden afgewezen.




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



10. Het bindend advies



10.1. De commissie wijst het verzoek toe in die zin dat de ziektekostenverzekeraar dient over te gaan tot tarifiering. Het meer of anders gevorderde dient te worden afgewezen.



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

Zeist, 18 januari 2017,



A.I.M. van Mierlo