



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V. en ONVZ Aanvullende Verzekering N.V., beide te Houten
Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, operatie in verband met nekhernia met plaatsing van een discusprothese, stand wetenschap en praktijk
Zaaknummer : 201502818
Zittingsdatum : 25 mei 2016

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. P.J.J. Vonk, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden zorgverzekering 2015, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1, 2.2 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2015, art. 20 Vo. nr. 883/2004)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

- 1) ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V. te Houten, en
- 2) ONVZ Aanvullende Verzekering N.V. te Houten,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de ONVZ Vrije Keuze 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 ONVZ Vrije Keuze Extrafit 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). De eveneens afgesloten aanvullende verzekering ONVZ Tandfit module A is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

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 Bonn, Duitsland (hierna: de aanspraak). Bij e-mailbericht van 30 maart 2015 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 e-mailbericht van 21 april 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.4. Bij e-mailbericht van 12 januari 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).

- 3.5. 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.
- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 22 maart 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 29 maart 2016 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 31 maart 2016 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 29 maart 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 28 april 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016038307) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, toe te wijzen op de grond dat een cervicale anterieure discectomie met fusie (CADF), ongeacht de methode van fusering, voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en daarmee een verzekerde prestatie vormt onder de zorgverzekering. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 25 mei 2016 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.10. Na de hoorzitting is verzoeker gevraagd het behandelverslag over te leggen. Bij e-mailbericht van 30 mei 2016 heeft verzoeker het gevraagde stuk overgelegd. De ziektekostenverzekeraar is in de gelegenheid gesteld hierop te reageren, hetgeen hij bij e-mailbericht van 3 juni 2016 heeft gedaan. Deze reactie is ter kennisname aan verzoeker gestuurd.
- 3.11. Bij brief van 6 juni 2016 heeft de commissie het Zorginstituut afschriften van de aantekeningen van de hoorzitting en de nagekomen stukken gezonden met het verzoek mede te delen of deze stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. Bij brief van 25 juli 2016 heeft het Zorginstituut aan de commissie het definitief advies uitgebracht. Het Zorginstituut heeft in het advies medegedeeld dat het voorlopig advies ten onrechte is ingegaan op CADF, aangezien het een prothese betreft, en geen fixatie. De gehanteerde methode betreft echter CADP en deze methode voldoet op dit moment niet aan de stand van de wetenschap en praktijk en vormt daarmee geen verzekerde prestatie onder de zorgverzekering. Het Zorginstituut adviseert tot afwijzing van het verzoek.
Een afschrift van dit advies is op 26 juli 2016 aan partijen gezonden. Zij zijn hierbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op het definitief advies te reageren. Verzoeker heeft bij brief van 9 augustus 2016 op het definitief advies gereageerd. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. De behandelend arts in Nederland heeft op 6 maart 2015 ten aanzien van verzoeker verklaard: *"Diagnose: HNP C6-C7 links. Behandeling: Transforaminale epidurale infiltratie onder doorlichting met Dexamethason en Xylocaine C7 links. (...)".*
- 4.2. De behandelend arts in Duitsland heeft op 11 maart 2015 ten aanzien van verzoeker verklaard: *"Spinal(kanal)stenose: Zervikalbereich (...) Zugang zum kraniozervikalen Übergang und zur Halswirbelsäule: HWS, ventral: 1 Segment (...) Exzision von erkranktem Bandscheibengewebe: Exzision einer Bandscheibe (...) Andere Operationen an der Wirbelsäule: Knöchernerne*

Dekompression des Spinalkanals: 1 Segment (...) Andere Operationen an der Wirbelsäule: Implantation einer Bandscheibenendoprothese: 1 Segment (...) Mikrochirurgische Technik (...)".

- 4.3. Bij verzoeker is op 6 maart 2015 in Nederland een nekhernia geconstateerd, waarvoor hij een operatie diende te ondergaan. In Duitsland kon hij hiervoor reeds op 16 maart 2015 terecht, terwijl hij in Nederland nog enkele maanden zou moeten wachten. Omdat de nekhernia verzoeker het werken onmogelijk maakte, wilde hij zo snel mogelijk worden geholpen. Hij heeft daarom op 11 maart 2015 telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar, waarbij een medewerker hem vertelde dat hij dezelfde vergoeding zou krijgen als wanneer hij de ingreep in Nederland zou ondergaan. Verzoeker diende bij de behandelend arts een offerte voor de operatie op te vragen en deze bij de ziektekostenverzekeraar in te dienen. Dit heeft hij per omgaande gedaan. Een dag later heeft hij het gesprek per e-mail aan de ziektekostenverzekeraar bevestigd, en heeft hij vermeld dat een cervicale discusprothese zou worden geplaatst. Op 16 maart 2015 is verzoeker met succes in Duitsland geopereerd. De kosten van de operatie bedroegen € 16.001,--.
- 4.4. Verzoeker heeft de kosten van de operatie bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd, maar kreeg het bericht dat geen vergoeding wordt verleend. De reden voor de afwijzing was erin gelegen dat tijdens de operatie een cervicale discusprothese is geplaatst, en dat dit niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is en daarmee geen verzekerde prestatie onder de zorgverzekering. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker echter niet telefonisch gewaarschuwd dat in verband hiermee in het geheel geen vergoeding zou plaatsvinden. Hem is gezegd dat hij het Nederlandse tarief zou ontvangen, en dat hij een eventueel verschil zelf zou moeten betalen. Verzoeker is daarom van mening dat de ziektekostenverzekeraar in ieder geval gehouden is aan hem het bedrag te vergoeden dat zou zijn betaald indien hij de ingreep in Nederland had ondergaan. Dat een operatie moest plaatsvinden, stond immers vast.
- 4.5. Ter zitting is door verzoeker toegelicht dat bij hem een prothese is geplaatst. In Duitsland is deze behandeling een beproefd recept. De ingreep is van tevoren aangevraagd, en dat werd later door de ziektekostenverzekeraar ontkend. Hem is toegezegd dat de ingreep werd vergoed. Daarom maakt het niet uit of er al dan niet een prothese is geplaatst. Het enige dat verzoeker van de ziektekostenverzekeraar verwacht, is dat deze zijn toezegging nakomt. Nu gaat men na veertien maanden nog stukken opvragen. Verzoeker heeft eerst een jaar met een hernia gelopen. Op enig moment stapte hij uit het vliegtuig, en voelde hij een klik. Hij verging van de pijn en kon niets meer, en moest daarom met een chauffeur naar huis worden gebracht. De dag dat hij werd geopereerd, moest hij door een scanner heen, maar dit lukte niet, ook niet na drie spuiten. Daarom kon hij niet zes weken wachten. Hij is ook nog behandeld door de fysiotherapeut.
- 4.6. Bij brief van 9 augustus 2016 heeft verzoeker, in reactie op het definitief advies van het Zorginstituut, benadrukt dat hij ervan uit mocht gaan dat de operatie volledig zou worden vergoed. Hij heeft telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar, waarbij hem is gezegd dat de operatie werd vergoed tot Nederlands tarief. Tijdens het telefoongesprek is verzoeker gevraagd een specificatie op te sturen, aan welk verzoek hij heeft voldaan. Hierop is echter geen enkele reactie meer gekomen. Als leek kon verzoeker niet weten dat de bij hem uit te voeren ingreep niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is en daarmee geen verzekerde prestatie onder de zorgverzekering. Indien de commissie van mening is dat de operatie niet volledig dient te worden vergoed door de ziektekostenverzekeraar, moeten de onderdelen die zien op een operatie van de nekhernia in ieder geval voor vergoeding in aanmerking komen. Verzoeker heeft reeds eerder aangeboden de kosten van de discusprothese voor zijn rekening te nemen.
- 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. Uit het behandelplan leidt de ziektekostenverzekeraar af dat tijdens de operatie een cervicale discusprothese is geplaatst. Het Zorginstituut heeft in een standpunt bepaald dat het plaatsen van een cervicale discusprothese geen zorg is conform de stand van de wetenschap en praktijk en daarmee geen verzekerde prestatie onder de zorgverzekering. Daarom komen de kosten van de ingreep niet voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking.
- 5.2. Volgens verzoeker heeft op 11 maart 2015 telefonisch contact plaatsgevonden met een medewerker van de ziektekostenverzekeraar, waarbij is gezegd dat hij een offerte diende op te sturen en dat de ziektekostenverzekeraar in ieder geval het Nederlandse tarief voor de ingreep vergoedt. De ziektekostenverzekeraar beschikt niet over een notitie van het bewuste gesprek, zodat niet kan worden achterhaald wat over en weer is besproken. Het is mogelijk dat de medewerker heeft gezegd dat de kosten van een reguliere herniaoperatie tot het Nederlandse tarief worden vergoed. Echter, pas nadat de offerte was ontvangen kon de ziektekostenverzekeraar constateren dat het ging om een operatie met plaatsing van een cervicale discusprothese.
- 5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat het Zorginstituut ten onrechte uitgaat van de zogenoemde CADF-behandeling. Het gaat hier echter niet om CADF, maar om CADP, aangezien een prothese is geplaatst. Dit betreft geen zorg conform de stand van de wetenschap en praktijk en daarmee geen verzekerde prestatie onder de zorgverzekering.
- 5.4. 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 'Deel A-1 Algemene Bepalingen' 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 gehouden is 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 restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in 'Deel B Omvang Dekking' van de zorgverzekering.
- 8.3. Artikel 6 van 'Deel B Omvang Dekking' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“lid 1 Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor geneeskundige zorg, zoals medisch-specialisten die plegen te bieden. De hoofdbehandelaar is een medisch-specialist. Als de zorg in een ziekenhuis wordt verleend, kan ook een SEH-arts, verpleegkundig specialist of physician assistant hoofdbehandelaar zijn. Voor vergoeding is een verwijzing noodzakelijk van een huisarts,

bedrijfsarts, een andere medisch-specialist, arts voor verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde of verpleeghuisarts, jeugdarts of consultatiebureau-arts, behalve bij spoedeisende behandeling. Als de medisch-specialistische zorg verband houdt met zwangerschap of bevalling kan ook een verloskundige verwijzen. (...)

b. Niet-klinische medisch-specialistische zorg

Aanspraak bestaat op vergoeding van de kosten voor medisch-specialistische zorg in of door een ziekenhuis, in de huispraktijk van de medisch-specialist of elders. ONVZ vergoedt de kosten van de medisch-specialistische behandeling en de bijbehorende verpleging, paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen. (...)

- 8.4. Artikel 25 van 'Deel B Omvang Dekking' van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

"lid 1 U heeft aanspraak op vergoeding van de kosten voor de hiervoor genoemde zorg door een zorgverlener of instelling buiten Nederland. ONVZ vergoedt de kosten tot maximaal de bedragen als bedoeld in artikel 1 lid 2. (...)"

- 8.5. Artikel 2 lid 3 van 'Deel A-1 Algemene Bepalingen' van de zorgverzekering luidt, voor zover hier van belang:

"lid 3 De aanspraak op vergoeding van kosten volgens de Basisverzekering wordt naar inhoud en omvang ook bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk. Als deze maatstaf er niet is, worden inhoud en omvang van de aanspraak bepaald door wat binnen het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. (...)"

- 8.6. Artikel 1 lid 2 van 'Deel B Omvang Dekking' van de zorgverzekering luidt:

"ONVZ vergoedt de kosten tot maximaal:

- 1. het tarief volgens de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), of*
 - 2. als er geen Wmg-tarief bestaat, het in Nederland geldende marktconforme bedrag.*
- Voor verpleging en verzorging die worden vergoed in de vorm van een persoonsgebonden budget (Zvw-pgb) zoals bedoeld in artikel 7 lid 2 geldt echter de maximale vergoeding vermeld in het Reglement Zvw-pgb verpleging en verzorging."*

- 8.7. De artikelen 2 lid 3 van 'Deel A-1 Algemene Bepalingen' en 1 lid 2, 6 en 25 van 'Deel B Omvang Dekking' van de zorgverzekering, zijn volgens artikel 2 lid 1 van 'Deel A-1 Algemene Bepalingen' van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.8. Artikel 11 lid 1 onderdeel b 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 vergoeding van de kosten van 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.

- 8.9. 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.

8.10. Artikel 20 van Vo. nr. 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. Verzoeker is naar een andere EU-lidstaat, namelijk Duitsland, gegaan met het doel daar de onderhavige zorg te verkrijgen. Derhalve is sprake van planbare zorg. Op deze situatie ziet artikel 20 van Vo. nr. 883/2004.

9.2. Verzoeker heeft voorafgaand aan de behandeling de ziektekostenverzekeraar om toestemming gevraagd, namelijk telefonisch op 11 maart 2015. Hij heeft - wetende dat stukken moesten worden aangeleverd en dat hierop een beoordeling zou volgen - evenwel de toestemming niet afgewacht, en is reeds korte tijd later, namelijk op 16 maart 2015, geopereerd. Gelet op de korte tijd tussen het verzoek om toestemming en de operatie, te weten twee werkdagen, de door de ziektekostenverzekeraar nog uit te voeren beoordeling, en rekening houdend met verzoekers medische situatie die geen direct medisch ingrijpen vergde, moet deze situatie worden gelijkgesteld met die waarin niet is verzocht om toestemming. Op grond van jurisprudentie van het Hof van Justitie (Stamatelaki, zaak C-444/05) blijft de verordening in dat geval buiten toepassing. Getoetst dient te worden aan de voorwaarden van de zorgverzekering.

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 voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk als bedoeld in artikel 2 lid 3 van 'Deel A-1 Algemene Bepalingen' 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 is door het Zorginstituut uitgevoerd, en de bevindingen hiervan zijn in het advies van 25 juli 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 het advies van het Zorginstituut over en maakt de conclusie hiervan 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. Verzoeker heeft evenmin aanspraak op gedeeltelijke vergoeding van de kosten van de behandeling, aangezien dit zou neerkomen op substitutie, in die zin dat de kosten van zorg die niet tot het verzekerde pakket behoort (CADP) alsnog grotendeels worden vergoed op basis van het tarief voor een behandeling die wél verzekerd is (CADF), doch feitelijk niet is ingevoerd. De zorgverzekering noch de onderliggende regelgeving voorziet in deze mogelijkheid.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

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

Telefonische toezegging


- 9.8. Verzoeker heeft aangevoerd dat hij op 11 maart 2015 telefonisch contact met een medewerker van de ziektekostenverzekeraar heeft gehad, en dat hem bij die gelegenheid is toegezegd dat hij ten minste het tarief vergoed zou krijgen van een vergelijkbare ingreep in Nederland. De ziektekostenverzekeraar heeft geen notitie gemaakt van dit gesprek. Verzoeker heeft het gesprek de volgende dag wel zelf per e-mail aan de ziektekostenverzekeraar bevestigd. Ten aanzien hiervan overweegt de commissie het volgende.
- 9.9. In de procedure is aangetoond, noch aannemelijk gemaakt dat van de zijde van de ziektekostenverzekeraar, in afwijking van de verzekeringsvoorwaarden, bepaalde (telefonische) toezeggingen zijn gedaan. Daarbij hecht de commissie belang aan het feit dat door verzoeker in het bijzonder niet is medegedeeld met wie hij heeft gesproken, nog daargelaten dat het moeilijk is de exacte vraagstelling en de beantwoording daarvan te reconstrueren, terwijl dan nog het probleem blijft hoe dit antwoord luidde, respectievelijk mocht worden opgevat. Aannemelijk is dat - indien het gesprek heeft plaatsgevonden en aan verzoeker is medegedeeld dat vergoeding op basis van het Nederlandse tarief zou volgen - hierbij door verzoeker niet is toegelicht dat een cervicale discusprothese zou worden geplaatst. Het gegeven antwoord is in dat geval juist. Dat verzoeker



in zijn e-mailbericht van 12 maart 2015 de discussie heeft genoemd, brengt hierin geen verandering, omdat dit bericht dateert van na het telefoongesprek en de ziektekostenverzekeraar ook niet een redelijke mogelijkheid had hierop alsnog te reageren, aangezien de ingreep reeds op 16 maart 2015 - direct na een weekend - plaatsvond. Een en ander kan de ziektekostenverzekeraar dan ook niet worden tegengeworpen.




Conclusie



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

10. Het bindend advies



10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 31 augustus 2016,



H.A.J. Kroon

