



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen OHRA Zorgverzekeringen N.V. en OHRA Ziektekostenverzekeringen N.V., beide te Tilburg

Zaak : Zwitserland, geneeskundige zorg, stabilisatie rugwervels niveau L4/L5 met Dynesys-techniek, stand wetenschap en praktijk

Zaaknummer : 201601880

Zittingsdatum : 27 september 2017

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2014, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2014)

1. Partijen

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

tegen

- 1) OHRA Zorgverzekeringen N.V. te Tilburg, en
 - 2) OHRA Ziektekostenverzekeringen N.V. te Tilburg,
- 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 basis van de OHRA Zorgpolis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen OHRA Extra Uitgebreid en OHRA Semi Private afgesloten (hierna gezamenlijk: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met 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 stabilisatie van de rugwervels op niveau L4/L5 met behulp van de Dynesys-techniek, uitgevoerd te Cham, Zwitserland (hierna: de aanspraak). Bij brief van 24 november 2014 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 brieven van 11 februari 2015, 21 april 2015, 22 oktober 2015 en 25 april 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. Bij brief van 11 augustus 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 3 november 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Deze brief is door de commissie ontvangen op 6 december 2016. Een afschrift hiervan is op 6 december 2016 aan verzoeker gezonden.

- 3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 27 december 2016 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 4 januari 2017 schriftelijk medegedeeld eveneens in persoon te willen worden gehoord. Bij e-mailbericht van 21 september 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar medegedeeld alsnog af te zien van de mogelijkheid te worden gehoord.
- 3.7. Bij brief van 16 december 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief 16 augustus 2017 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016137892) 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 dynamische lumbale spondylodese door middel van een spondylodese-implantaat met enige flexibiliteit bij de indicatie lumbale spondylolisthesis niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktisch. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 17 augustus 2017 aan partijen gezonden.
- 3.8. Verzoeker is op 27 september 2017 in persoon gehoord. Hij is daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.9. Na de hoorzitting is de ziektekostenverzekeraar in de gelegenheid gesteld te reageren op enkele nagekomen stukken en de ter zitting voorgedragen pleitnota. Bij brief van 16 november 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar gereageerd. Een afschrift hiervan is op 17 november 2017 ter kennisname naar verzoeker gezonden.
- 3.10. Bij brief van 20 november 2017 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. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 4 december 2017 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen en de nagekomen stukken 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. De behandelend arts heeft op 24 oktober 2014 ten aanzien van verzoeker verklaard: *“Diagnose (...) Chronische pijn aan het os sacrum en de benen met/bij*
- Duidelijke drukgevoeligheid langs de dermatomen L5 (aan weerszijden)
- Vermoeden van lumboradicaal syndroom L5 aan weerszijden als gevolg van sterke stenose recessus L5 aan weerszijden als gevolg van een segmentendegeneratie met flavum hypertrofie krachteloosheid en paresthesie in de benen, mogelijk als gevolg van cervicale myelopathie (...)
Ernstig chronische-pijnsyndroom in de nek en de armen met/bij
- Vermoeden van cervicaal-radicaal syndroom C5/C6 aan weerszijden met duidelijke drukgevoeligheid langs de dermatomen C5 en C6
- Vermoeden van cervicale kanaalstenose, c.q. neuroforaminale vernauwing C5/C6 aan weerszijden
- Chronische pijn in de nek en armen, sterke beperking van de hoofdbewegingen, met name pijn bij beweging.
Deze patiënt lijdt aan een ernstig pijnsyndroom in de rug en de benen als gevolg van beklemming van de zenuwen L5 aan weerszijden. Bij deze patiënt is enkele weken geleden een infiltratie van de zenuwwortels L5 aan weerszijden uitgevoerd, wat tijdelijk gedurende enkele dagen tot een significante verbetering van zijn klachten leidde. Wij zullen bij deze patiënt in de komende weken een decompressie van deze zenuwwortels en eventueel een stabilisatie van de lumbosacrale overgang uitvoeren. (...)”.
- 4.2. Verzoeker kreeg op enig moment zodanige pijn in zijn rug en benen dat hij geen trappen meer kon lopen en moeite had met opstaan en zitten. In eerste instantie bestond het vermoeden van artritis. Een Franse osteopaat heeft echter geconstateerd dat verzoeker rugproblemen had en na een MRI-

scan is een vernauwing van de wervelkolom vastgesteld. Deze vernauwing had tot gevolg dat de zenuwen werden bekneld. Bij een tweede MRI-scan, verricht door een Zwitserse hoogleraar en arts, is geconcludeerd dat een operatie nodig was.

Nadat de ziektekostenverzekeraar op de hoogte was gebracht van de geplande ingreep, is deze op 6 november 2014 door de Zwitserse arts uitgevoerd. Deze arts is gespecialiseerd in de onderhavige ingreep, en zijn team verricht deze ongeveer 300 maal per jaar. Bij de operatie heeft de arts een laminectomie uitgevoerd teneinde de druk op het beïnvloede segment van het lumbale kanaal te verminderen. Daarna heeft hij het geopereerde segment geconsolideerd met behulp van de Dynesys-techniek.

Gelet op de leeftijd en zwakke fysieke conditie van verzoeker was het gebruik van de Dynesys-techniek ten opzichte van de Fusion-techniek, een gepaste behandeling. De Dynesys-techniek geeft een flexibeler resultaat. Na een korte periode van rehabilitatie kon verzoeker weer een normaal leven leiden.

- 4.3. De kosten van de operatie bedragen CHF 47.623,80. De ziektekostenverzekeraar weigert deze kosten te vergoeden, op de grond dat het niet gaat om zorg die conform de stand van de wetenschap en praktijk is. Verzoeker heeft echter een uitgebreid literatuuronderzoek verricht, en is tot de conclusie gekomen dat de Dynesys-techniek zorg betreft die wél conform de stand van de wetenschap en praktijk is. Hierbij tekent hij, onder verwijzing naar jurisprudentie van het Hof van Justitie en de Centrale Raad van Beroep, aan dat dient te worden getoetst aan de internationale wetenschap en praktijk.

De Fusion-techniek wordt wereldwijd gebruikt om beweging in de aangedane segmenten te elimineren, en op deze manier de druk te verminderen op het wervelkanaal. De dynamische stabilisatietechnieken, waaronder de Dynesys-techniek, werden ontwikkeld om de problemen die ontstonden met de Fusion-techniek te verminderen. Het gaat dan om de lengte van de fusie, het herstelproces, de mate waarin de Fusion-techniek faalt, de eventuele sterfte van de patiënt tijdens de ingreep, en de degeneratie van de aangrenzende segmenten. De Dynesys-techniek wordt gezien als een simpelere procedure om te komen tot een stabilisatie van de wervels. Deze procedure heeft goede klinische uitkomsten, en reduceert de problemen die ontstonden met de Fusion-techniek. Uit de literatuur blijkt dat de Dynesys-techniek in ieder geval net zo goed is als de Fusion-techniek. Het gaat dan om ongeveer veertig studies, die zijn gepubliceerd in de laatste vijftien jaar.

- 4.4. Ter zitting is door verzoeker aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar vergoeding van de gehele nota heeft geweigerd. Een groot gedeelte van het factuurbedrag ziet echter niet op de Dynesys-behandeling, maar op de kosten voor het huren van de infrastructuur, de honoraria van de artsen, verpleging en de nadien verstrekte medicatie. Verzoeker heeft daarom ten minste aanspraak op vergoeding van een deel van de kosten. Dat hij een rugoperatie nodig had stond immers niet ter discussie.

Het is niet juist dat de Dynesys-behandeling een meerwaarde moet hebben ten opzichte van de Fusion-behandeling. Uit jurisprudentie van het Hof van Justitie blijkt dat de behandeling "door de internationale medische wetenschap voldoende beproefd en deugdelijk moet worden bevonden". Dit criterium bevat geen vergelijking met behandelingen die al wel worden vergoed. Het Zorginstituut komt tot deze conclusie omdat een mogelijk nadeel van de Dynesys-behandeling is dat complicaties kunnen optreden door de hogere belasting van de schroeven van het implantaat. Hierbij wordt echter voorbij gegaan aan het feit dat de verhoogde beweeglijkheid van dynamische stabilisatie zelf al een meerwaarde biedt en dat de behandeling die wel wordt vergoed, namelijk rigide stabilisatie, ook nadelen heeft.

In de richtlijn van de North American Spine Society, waarnaar wordt verwezen in het advies van het Zorginstituut, is omschreven dat onvoldoende bewijs bestaat om een standaard spondylodese techniek aan te bevelen en dat op basis van de individuele anatomie, voorkeuren en zorgen van de patiënt en de ervaring van de chirurg een optimale behandelstrategie moet worden gekozen. Dit terwijl verzoeker door de ziektekostenverzekeraar wordt gedwongen een rigide stabilisatie te laten toepassen zonder dat hierbij rekening wordt gehouden met zijn anatomie, voorkeuren en de ervaring van de behandelend chirurg.

Tot slot worden door het Zorginstituut 31 studies buiten beschouwing gelaten op de grond dat de resultaten en bevindingen van deze onderzoeken niet zijn uitgesplitst per indicatie. De onderzoeken

zijn echter op professionele wijze uitgevoerd en de positieve conclusies hebben betrekking op de indicatie van verzoeker.

De behandeling heeft zeer positieve effecten gehad op de gezondheid van verzoeker, zodat sprake is van verantwoorde en adequate zorg.

- 4.5. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen. Indien het verzoek wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar tevens de wettelijke rente te betalen vanaf 9 maart 2016 (art. 6:81 jo. art. 6:83 sub a BW), alsmede de buitengerechtigde kosten (art. 6:96 lid 2 sub c BW). De vergoeding bedraagt op grond van het Rapport BGK-Integraal 2013 € 1.251,24, te vermeerderen met de wettelijke rente vanaf 9 maart 2016.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar kan een medisch-specialistische behandeling alleen vergoeden als de verzekerde hierop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. Duidelijk moet zijn dat de behandeling de meest passende is. Als er geen indicatie is, gaat het om een ondoelmatige behandeling, die niet kan worden vergoed. Daarnaast wordt gekeken naar de stand van de wetenschap en praktijk. Dit betekent dat er voldoende bewijs moet zijn dat de behandeling op de lange termijn veilig en doelmatig is. De ziektekostenverzekeraar kijkt hierbij naar alle beschikbare nationale en internationale wetenschappelijke informatie. Het uitgangspunt bij de beoordeling of de zorg voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk is dat het niveau van bewijs hoog is en de behandeling voldoende beproefd is. Hierbij moet gekeken worden hoe de internationale medische wetenschap tegenover een bepaalde behandeling staat.

- 5.2. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar heeft het dossier van verzoeker beoordeeld, en is tot de conclusie gekomen dat de toegepaste Dynesys-techniek geen zorg is conform de stand van de wetenschap en praktijk en daarmee geen verzekerde prestatie onder de zorgverzekering. Een literatuurvraag bij PubMed met de gecombineerde zoektermen 'dynamic stabilisation lumbar' en 'lumbar stenosis' met als filter: laatste vijf jaar, levert een groot aantal artikelen (51) op. Veel artikelen betreffen interspinale implantaten, waarvan bij verzoeker geen sprake is. Daarnaast zijn er enkele studies die betrekking hebben op het systeem dat bij verzoeker is toegepast. Het gaat dan echter veelal om een klein aantal deelnemers (enkele tientallen), waarmee onvoldoende is onderbouwd dat er een meerwaarde is. Voorts blijkt uit de aanvraag dat verzoeker klachten had van een lumbale stenose, zonder dat evident sprake was van een spondylolisthesis. Een indicatie voor een eventuele operatie kan alleen worden gesteld, nadat een conservatieve behandeling is doorlopen. Indien een conservatieve behandeling leidt tot onvoldoende resultaat, kan bij ernstige neurologische problematiek een laminectomie worden uitgevoerd om het wervelkanaal ruimer te maken. Slechts indien sprake is van een listhesis, dat wil zeggen instabiliteit van de wervellichamen onderling, bestaat een indicatie voor een spondylodese. Bij verzoeker was geen sprake van een listhesis, zodat de uitgevoerde operatie onvoldoende was geïndiceerd. Dat de behandeling heeft geholpen, zodat verzoeker weer kan traplopen, brengt geen verandering in het standpunt van de ziektekostenverzekeraar.

- 5.3. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op artikel A.22. van de zorgverzekering en 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 gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering, en de door verzoeker gevorderde wettelijke rente en buitengerechtigde kosten te vergoeden.

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 restitutiepols, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen B.1. tot en met B.23. van de zorgverzekering.

8.3. Artikel B.4.2. van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg met opname bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"De zorg omvat:

- *medisch specialistische behandeling;*
- *opname in de laagste klasse van een instelling voor medisch specialistische zorg voor maximaal 365 dagen (na 365 dagen komen kosten voor rekening van de AWBZ);*
- *verblijf, verpleging en verzorging;*
- *paramedische zorg (bijvoorbeeld fysiotherapie, oefen therapie, ergotherapie, logopedie, de geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen;*
- *laboratoriumonderzoek. (...)"*

8.4. Artikel B.2. van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

"Als u woont of verblijft in een Verdragsland en u krijgt daar zorg, of u verblijft tijdelijk in een ander Verdragsland (dat kan ook Nederland zijn!) en krijgt daar zorg, dan kunt u kiezen tussen:

- *zorg volgens de wettelijke regeling die in dat Verdragsland geldt op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag; of*
- *(vergoeding van) verzekerde zorg volgens de door u afgesloten zorgverzekering en zoals beschreven in artikel B.2.2. (...)"*

8.5. Artikel A.3.2. van de zorgverzekering luidt, voor zover hier van belang:

"In deze verzekeringsvoorwaarden staat op welke dekking u recht hebt. Deze dekking omvat zorg die voldoet aan de volgende eisen:

- *de inhoud en omvang van zorg worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk of door wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten; (...)"*

8.6. De artikelen A.3.2., B.2. en B.4.2. van de zorgverzekering zijn volgens artikel A.2.4. van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.7. Artikel 11, eerste lid, 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, tweede lid, 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 aanvullende ziektekostenverzekering biedt dekking voor spoedeisende zorg in het buitenland, alsmede een liggeldvergoeding bij opname in de laagste klasse dan wel een vergoeding van de klassentoeslag indien men wordt opgenomen in een hogere klasse.

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 Zwitserland 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. Hoewel Zwitserland geen EU-lidstaat is, is genoemde verordening van toepassing op basis van een verdrag tussen de EU en haar lidstaten en de Zwitserse Bondsstaat. Ten aanzien van de verordening geldt het volgende.

9.2. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar weliswaar van tevoren gemeld dat hij de operatie zou ondergaan, maar heeft hierbij niet om toestemming gevraagd. Op grond van jurisprudentie van het Hof van Justitie (Stamatelaki, zaak C-444/05) blijft de verordening in die situatie 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 een stabilisatie van de rugwervels op niveau L4/L5 met behulp van de Dynesys-techniek voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk als 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 onderzoekopzet, 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 een stabilisatie van de rugwervels op niveau L4/L5 met behulp van de Dynesys-techniek, zoals toegepast bij verzoeker, is door het Zorginstituut uitgevoerd, en de bevindingen hiervan zijn in het advies van 16 augustus 2017 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. Deze conclusie heeft het Zorginstituut in het definitief advies van 4 december 2017 gehandhaafd. De commissie neemt het advies van het Zorginstituut over en maakt de conclusie hiervan tot de hare.

Aangezien geen sprake is van een verzekerde prestatie onder de zorgverzekering behoeft de vraag naar de indicatie en de doelmatigheid geen beantwoording. Verzoeker heeft geen aanspraak op vergoeding van de kosten van de bij hem in Cham uitgevoerde ingreep, ten laste van de zorgverzekering.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

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

Conclusie

- 9.8. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen. Aangezien het verzoek wordt afgewezen heeft verzoeker evenmin aanspraak op de door hem gevorderde wettelijke rente en buitengerechterlijke kosten.



10. Het bindend advies



10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 6 december 2017,



A.I.M. van Mierlo

