

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen NC te D
Zaak : Geneeskundige zorg, percutane transforaminale endoscopische
discectomie (PTED), MRI
Zaaknummer : 2010.01769
Zittingsdatum : 5 januari 2011

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 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2010)

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoeker,

tegen

C te D hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar verzocht om vergoeding van de kosten van een "Percutane Transforaminale Endoscopische Discectomie" (PTED) en een MRI (hierna: de aanspraak), welke aanspraak bij beslissing van 6 augustus 2010 is afgewezen.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Standaard Zorgverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Aanvullend Plus afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. Bij brief van 27 augustus 2010 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).
- 3.3. Verzoeker heeft, na voorlegging van het geschil aan de commissie, aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 3 september 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing van 6 augustus 2010 te handhaven.
- 3.4. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 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 28 oktober 2010 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 29 oktober 2010 aan verzoeker

ker gezonden.

- 3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 4 november 2010 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.7. Bij brief van 29 oktober 2010 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 29 november 2010 heeft het CVZ (zaaknummer 2010131240) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, gedeeltelijk toe te wijzen op de grond dat de MRI is aangevraagd conform de NHG-richtlijnen en standaarden. Een PTED is geen zorg conform de stand van de wetenschap en praktijk. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.8. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 5 januari 2011 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.9. Bij brief van 6 januari 2011 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 13 januari 2011 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
 - 4.1. De behandelend chirurg heeft bij verzoeker de volgende diagnose gesteld: "Forse HNP L5-S1 links met compressie van de wortel S1 links".
 - 4.2. Op 15 juli 2010 heeft de operatie waarop verzoeker aanspraak maakt plaatsgevonden.
 - 4.3. Verzoeker stelt dat hij door dr. Ipreburg is behandeld aan een hernia door middel van een PTED. Deze ingreep geldt in verschillende landen als de gouden standaard, en is door dr. Ipreburg jarenlang met succes toegepast. De PTED kent vele voordelen, waaronder een sneller herstel en een lagere kans op recidive ten opzichte van de conservatieve reguliere praktijk. Door de ziektekostenverzekeraar en het CVZ wordt deze ingreep echter als "experimenteel" beschouwd. Men gaat daarbij voorbij aan de geboekte successen en de beschikbare onderzoeken uit het buitenland.
 - 4.4. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd – samengevat – dat aan het CVZ een belangrijke rol wordt toebedeeld, terwijl deze instantie gelet op artikel 65 Zvw slechts een voorlichtende rol heeft. Het CVZ laat zich overigens in positieve zin uit over de PTED-methode. Het probleem is dat meer onderzoek moet worden verricht. Deze techniek wordt in Nederland sinds zeven jaar zonder problemen uitgevoerd. Verder heeft verzoeker aangevoerd dat artikel 1.2 van de voorwaarden van de zorgverzekering onduidelijk is. In dat geval moet gelet op artikel 6:238 lid 2 BW de voor verzoeker meest gunstige uitleg worden gehanteerd. Bovendien wordt genoemde bepaling in de voorwaarden vermoed onredelijk bezwarend te zijn. Hiervoor ver-

wijst verzoeker naar artikel 6:237 sub b en d BW.

4.5. 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 de behandeling van een hernia door middel van een PTED niet voldoet aan de huidige stand van de wetenschap en praktijk. Dit blijkt onder andere uit meerdere adviezen van het CVZ. Zorg die niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is, vormt geen verzekerde prestatie.

5.2. De rekening met betrekking tot de MRI is niet vergoed, omdat de verwijzing daarvoor door de huisarts is gedaan, en niet door een medisch specialist.

5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd – samengevat – dat artikel 1.2 is gebaseerd op de onderliggende regelgeving. De daarin genoemde voorwaarden zijn cumulatief. Het CVZ heeft gesteld dat de PTED-methode (nog) niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is. Het criterium ‘praktijk’ moet aldus worden uitgelegd, dat de beroepsbeoefenaren de ingreep aanvaarden. Indien deze niet in de CBO-richtlijnen is opgenomen, is de behandeling (nog) niet door de beroepsbeoefenaren aanvaard. Het kostenaspect kan daarbij niet de enige doorslaggevende reden zijn geweest, omdat veel duurdere ingrepen wel als conform de stand van de wetenschap en praktijk worden aanvaard. Men vindt de PTED-methode nog niet voldoende beproefd en deugdelijk. Over de verwijzing naar de grijze lijst merkt de ziektekostenverzekeraar op dat het niet mogelijk is alle verzekerde zorg op te nemen in de verzekeringsvoorwaarden, omdat er teveel verschillende ingrepen bestaan.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. De commissie is 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 de artikelen 11 tot en met 34 van de zorgverzekering.

Artikel 13 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“U hebt recht op vergoeding van de kosten van geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten deze plegen te bieden, met inbegrip van het daarbij behorende laboratoriumonderzoek. (...)

Door: medisch specialist. (...)

Verwijzing door: huisarts, specialist ouderengeneeskunde, arts voor verstandelijk gehandicapten, tandarts, verloskundige, medisch specialist of kaakchirurg. (...)”

Artikel 1.2 van de zorgverzekering regelt, voor zover hier voor belang, het volgende:

“De inhoud en omvang van de zorgvorm wordt mede bepaald door wat de betreffende zorgaanbieders aan zorg ‘plegen te bieden’. Ook wordt de inhoud en omvang bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk. Deze wordt vastgesteld aan de hand van de Evidence Based Medicine (EBM)-methode. Als de stand van de wetenschap en praktijk ontbreekt, wordt de inhoud en vorm van de zorg bepaald door wat binnen het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg.”

- 8.3. De artikelen 1.2 en 13 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2.1 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.4. 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 of diensten.
- 8.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. De vraag is of de behandeling van een hernia door middel van een PTED voldoet aan de stand van de wetenschap en de praktijk als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 9.2. 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.

- 9.3. 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.
- 9.4. Een onderzoek naar dergelijke kwalitatieve onderzoeken met betrekking tot de PTED is door het CVZ in zijn advies van 29 november 2010 uitgevoerd en de conclusie daarvan, namelijk dat deze ingreep niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is, neemt de commissie over en maakt zij tot de hare.
- 9.5. Met betrekking tot hetgeen verzoeker stelt ten aanzien van de geboekte successen en de beschikbare onderzoeken uit het buitenland is de commissie van oordeel dat ten aanzien van het uitgangspunt dat 'evidence' van hogere orde 'evidence' van lagere orde verdringt consensus bestaat. Ook bestaat consensus ten aanzien van de beoordeling van het niveau van 'evidence'. Dienovereenkomstig is door het CVZ de onderhavige behandeling getoetst. Het daaruit voortvloeiende advies is, gelet op artikel 114 Zvw, minder vrijblijvend dan verzoeker, onder aanhaling van artikel 65 Zvw meent. Hetgeen verzoeker in reactie op het CVZ-advies naar voren brengt vormt voor de commissie onvoldoende grond om dit advies naast zich neer te leggen.
- 9.6. De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat de MRI niet is vergoed, omdat deze door de huisarts is voorgeschreven. Het CVZ heeft in zijn advies van 19 april 2010 geoordeeld dat een MRI kan behoren tot het zorgarsenaal van de huisarts, mits deze

wordt voorgeschreven bij indicaties zoals beschreven in NHG-richtlijnen en standaarden voor huisartsen. Volgens het CVZ-advies van 29 november 2010 handelde de huisarts van verzoeker bij het aanvragen van de MRI conform de NHG-richtlijnen en standaarden. Verzoeker heeft daarom aanspraak op de vergoeding hiervan, ten laste van de zorgverzekering.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.7. Aangezien de MRI wordt vergoed ten laste van de zorgverzekering, behoeft geen beoordeling plaats te vinden met betrekking tot de vergoeding daarvan ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering. De aanvullende ziektekostenverzekering kent geen dekking voor een PTED.

Contra-proferentemregel

- 9.8. Verzoeker heeft gesteld dat artikel 1.2 van de voorwaarden van de zorgverzekering onduidelijk is. Zoals de commissie eerder heeft overwogen, is deze bepaling in overeenstemming met de daaraan ten grondslag liggende regelgeving. De bepaling is derhalve voldoende duidelijk, en overigens niet voor meerdere uitleg vatbaar. De stelling dat deze bepaling aldus moet worden uitgelegd dat de criteria 'plegen te bieden' en 'stand van de wetenschap en praktijk' niet cumulatief zijn, faalt.

Grijze lijst

- 9.9. Verzoeker heeft voorts aangevoerd, dat artikel 1.2 van de voorwaarden van de zorgverzekering met het oog op artikel 6:237 sub b en d BW wordt vermoed onredelijk bezwarend te zijn. Gelet op een arrest van het Gerechtshof Arnhem van 28 augustus 2007 (LJN: BB4389, 2006/1134) dient een bepaling in een verzekeringsovereenkomst die rechtstreeks van invloed is op de dekking niet als een algemene voorwaarde, maar als een kernbeding te worden aangemerkt, voor zover dat beding duidelijk en begrijpelijk is geformuleerd. Artikel 1.2 van de voorwaarden van de zorgverzekering is rechtstreeks van invloed op de dekking. Bovendien is het artikel – zoals eerder overwogen – duidelijk en begrijpelijk geformuleerd. Nu artikel 1.2 van de zorgverzekering geen algemene voorwaarde maar een kernbeding is, mist artikel 6:237 BW toepassing.

Conclusie

- 9.10. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek gedeeltelijk dient te worden toegewezen, met inachtneming van hetgeen is overwogen onder 9.6. Het meer of anders gevorderde wordt afgewezen.

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek gedeeltelijk toe, met inachtneming van hetgeen is overwogen onder 9.6. Het meer of anders gevorderde wordt afgewezen.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden een bedrag ad € 37,--.

Zeist, 2 februari 2011,

Voorzitter