

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, in deze vertegenwoordigd door
C te D, vs E. te F
Zaak : Geneeskundige zorg, Percutane transforaminale Endoscopische dis-
sectomie (PTED) en een MRI-scan
Zaaknummer : 2008.02178
Zittingsdatum : 8 april 2009

BINDEND ADVIES

Zaak: 2008.02178, geneeskundige zorg, Percutane transforaminale Endoscopische dissectomie (PTED)

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. J.H.A. Teulings en mr. drs. P.J.J. Vonk)

(Voorwaarden zorgverzekering 2008, art. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1, 2.2 en 2.4 Bzv)

1. Partijen

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

E te F, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen de beslissing van de zorgverzekeraar van 21 november 2007 de kosten van een MRI niet te vergoeden en de beslissing van 27 december 2007 de kosten van de door hem ondergane rugoperatie (Percutane transforaminale endoscopische dissectomie (PTED)) niet te vergoeden.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Basisverzekering Noord-Nederland (hierna: de zorgverzekering). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 BW en betreft een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (hierna: Zvw).
- 3.2. De behandelend orthopedisch chirurg heeft bij verzoeker de volgende diagnose gesteld: "HNP L5-S1 links met compressie van de wortel S1 links". Verzoeker heeft naar aanleiding van de gestelde diagnose bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten verbonden aan de onderhavige MRI en rugoperatie ten laste van de zorgverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brieven van 21 november en 27 december 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat zijn aanspraak is afgewezen.
- 3.3. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 9 juli 2008 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. Bij brief van 23 september 2008 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog ten laste van de zorgverzekering in te willigen.
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 37,- voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de moge-

lijkheid 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 zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie bij brief van 27 november 2008 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 3 december 2008 aan verzoeker toegezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker en zorgverzekeraar hebben op 13 februari respectievelijk 16 februari 2009 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 3 december 2008 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw, gevraagd. Bij brief van 10 december 2009 heeft het CVZ bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek van verzoeker af te wijzen omdat de door verzoeker ondergane behandeling, te weten een PTED, niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk.
- 3.9. Een afschrift van het CVZ-advies is op 4 maart 2009 aan partijen gezonden. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren. Verzoeker en de zorgverzekeraar hebben daarvan geen gebruik gemaakt.
- 3.10. Bij brief van 20 maart 2009 heeft de commissie het CVZ de na het door hem uitgebrachte advies ingekomen stukken van partijen toegezonden met het verzoek mede te delen of deze stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopige advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 23 maart 2009 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopige advies als definitief kan worden beschouwd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat de endoscopische herniaoperatie al sinds 2002 is aan te merken als gebruikelijk in de kring van beroepsgenoten. Verzoeker begrijpt dan ook niet waarom de onderhavige behandeling zonder nadere verklaring als niet gebruikelijk wordt gekwalificeerd.
- 4.2. Met betrekking tot de MRI stelt verzoeker dat het feit dat deze niet via de wachtlijstbemiddeling is aangevraagd niet relevant is, omdat uit de voorwaarden van de zorgverzekering niet blijkt dat dit een vereiste is om voor vergoeding in aanmerking te komen.
- 4.3. Verzoeker komt tot de conclusie dat zijn verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat bij verzoeker een PTED is uitgevoerd en dat deze operatie niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is en daarom niet kan worden aangemerkt als verzekerde prestatie.

- 5.2. Met betrekking tot de MRI stelt de zorgverzekeraar dat deze niet los kan worden gezien van de PTED, zodat ook deze niet voor vergoeding in aanmerking komt.
- 5.3. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoeker terecht is afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

Voor zover het onderhavige geschil betrekking heeft op de zorgverzekering, is de commissie bevoegd daarvan kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. Het betreft hier een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 9 e.v. van de zorgverzekering.
- Artikel 11 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat, en luidt, voor zover hier relevant:

*“Zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden.
De zorg dient te worden verleend door een medisch-specialist, werkzaam in een ziekenhuis of een medisch-specialist werkzaam buiten een ziekenhuis of in een zelfstandig behandelcentrum.
Er is een verwijzing door de huisarts, sportarts, (...), medisch-specialist of bedrijfsarts noodzakelijk. Een verwijzing houdt noodzakelijk verband met de uitoefening van het vakgebied van de bedtreffende voorschrijver.
Voor een MRI scan is verwijzing door de behandelend medisch specialist noodzakelijk.
(...)”*

De dekkingssystematiek wordt geregeld in artikel 3. Lid 4 daarvan bepaalt ten aanzien van niet-gecontracteerde zorgaanbieders het volgende:

“De verzekerde kan voor de zorg of diensten, genoemd in lid 1 (waaronder medisch-specialistische zorg) of lid 2 sub b, ook gebruik maken van de diensten van zorgaanbieders met wie de zorgverzekeraar geen overeenkomst heeft gesloten. De zorgverzekeraar vergoedt in dat geval de gemaakte kosten, tot maximaal het marktconforme tarief.”

- 7.2. De regeling in de artikelen 3 en 11 van de zorgverzekering is volgens artikel 2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Bzv en de Rzv.
- 7.3. Artikel 11, lid 1, onderdeel a Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde in voorkomend geval, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.
- Artikel 13 Zvw regelt de vergoeding in geval wordt gekozen voor een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde aanbieder.
- Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in de artikelen 2.1 en 2.4 Bzv. In artikel 2.1, lid 2 is bepaald dat de aanspraak op zorg of vergoeding van de kosten van zorg als in de zorgpolis omschreven, naar inhoud en omvang mede bepaald

worden door de stand van de wetenschap en de praktijk, dan wel, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. In artikel 2.2, lid 2 is vervolgens bepaald dat bij het bepalen van de vergoeding in mindering wordt gebracht de kosten die hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten.

- 7.4. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.5. Aangezien de zorgverzekeraar zich voor de aanspraak op vergoeding op het standpunt stelt dat het hier geen gebruikelijke zorg betreft, dient naar het oordeel van de commissie allereerst te worden onderzocht of de onderhavige behandeling is te beschouwen als zorg die, beoordeeld naar de internationale stand der wetenschap en de praktijk, te gelden heeft als zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering. Daarnaast dient de vraag te worden beantwoord of verzoeker aanspraak kan maken op vergoeding van de MRI-scan.
- 7.6. Bij de beoordeling van de hierboven geformuleerde eerste 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.
- 7.7. Indien uit ten minste twee “gerandomiseerd dubbelblind vergelijkend klinische onderzoeken” – wetenschappelijk onderzoek waarvan de objectiviteit gegarandeerd is – 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.

- 7.8. Een onderzoek naar dergelijke kwalitatieve onderzoeken met betrekking tot de onderhavige behandeling bij de aandoening van verzoeker is door het CVZ in oktober 2006 uitgevoerd, op basis van het feit dat de PTED een verbijzondering is van de endoscopische herniaoperaties en op het moment van de gebruikelijkheidstoets van endoscopische herniaoperaties niet bekend was. De conclusie was dat de endoscopische transforaminale benadering van een HNP geen gebruikelijke zorg is. Er is nog onvoldoende bekend over de complicaties en de recidiefkans ten opzichte van de ‘gouden standaard’ behandeling. Ook thans is de mening van de beroepsgroep over de PTED-techniek niet unaniem. Wel is een systematische review gaande met betrekking tot de niet-gerandomiseerde studies ten aanzien van de onderhavige behandeling. De resultaten hiervan zijn 10 juli 2008 ((Uitspraken www.cvz.nl – 27006612) bekend geworden en leiden niet tot een andere uitkomst.
- 7.9. De conclusie van het onderzoek van het CVZ van 10 oktober 2006 komt de commissie juist voor, evenals de stelling dat op dit moment de mening van de beroepsgroep over de PTED-techniek niet unaniem is. Daarom neemt zij deze conclusie over en maakt zij die tot de hare. Een PTED bij een lumbale HNP kan derhalve (nog) niet worden beschouwd als zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden, in de zin van artikel 8.4 van de zorgverzekering.
- 7.10. Met betrekking tot de MRI-scan oordeelt de commissie als volgt. In beginsel geldt dat een verzoek om een onderzoek, uitsluitend ten behoeve van een behandeling die niet te gelden heeft als zorg die medisch-specialisten plegen te bieden als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering, niet voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking komt. In dat kader is van belang dat de omvang van het verzekerde pakket niet door de zorgverzekeraar doch door de wetgever wordt bepaald, waarbij deze, om redenen van budgettaire aard, welbewust ervoor kiest niet alle medisch noodzakelijke zorg in het verzekerde pakket op te nemen. Zulks kan de zorgverzekeraar niet worden tegengeworpen.
Dat in de onderhavige situatie verzoeker door zijn huisarts is verwezen naar de orthopedische chirurg dr. Ipremburg, die landelijk bekend is om zijn unieke Transforaminale endoscopische procedure, maakt zulks niet anders.
- 7.11. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

8. Het bindend advies

- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 22 april 2009,

Voorzitter