

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B versus C te D
Zaak	: Geneeskundige zorg, Percutane Transforaminale Endoscopische Discectomie (PTED)
Zaaknummer	: 2009.00483
Zittingsdatum	: 9 september 2009

Zaak: 2009.00483 (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, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

C te D, hierna te noemen:
de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen de beslissing van de zorgverzekeraar van 20 januari 2009 de kosten van een Percutane Transforaminale Endoscopische Dissectomie (hierna: 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 Beter Af Polis (hierna: de zorgverzekering). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW) en betreft een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Voorts waren ten behoeve van verzoeker bij de aanvullende ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Beter Af Plus Polis 3 sterren en Beter Af Tandarts Polis 2 sterren afgesloten. Laatstgenoemde verzekeringen bieden geen dekking voor de onderhavige operatie, en zullen daarom in het vervolg buiten beschouwing blijven.
- 3.2. De behandelend chirurg heeft bij verzoeker de volgende diagnose gesteld: "HNP L4-5 mediaal rechts > links. Waarschijnlijk asymptomatische kleine HNP L5-S1". Verzoeker heeft naar aanleiding van de gestelde diagnose bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van "endoscopische hnp operatie lumbale wervelkolom" ten laste van de zorgverzekering (hierna: de aanspraak).
- 3.3. Op 3 januari 2009 heeft de behandeling, op de vergoeding waarvan verzoeker aanspraak maakt, overeenkomstig de wijze zoals in de aanvraag vermeld, plaatsgevonden.
- 3.4. Bij brief van 20 januari 2009 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.

- 3.5. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 17 maart 2009 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.6. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de zorgverzekeraar.
- 3.7. Bij brief van 22 april 2009 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.8. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 37,- voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar 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.
- 3.9. De zorgverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief van 16 juni 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 18 juni 2009 aan verzoeker gezonden.
- 3.10. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 23 juli 2009 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.11. Bij brief van 6 juli 2009 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 31 juli 2009 heeft het CVZ (zaaknummer 29073998) 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 PTED-operatie niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is, en daarmee niet onder de verzekerde prestaties valt. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.12. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 9 september 2009 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.13. Bij brief van 10 september 2009 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 voorlopige advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 16 september 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 hij begin november 2008 opgenomen is geweest in het ziekenhuis, waar hij ongeveer tien dagen heeft gelegen. Destijds is besloten niet te opereren; verzoeker kreeg medicijnen mee en werd doorverwezen naar de fysiotherapeut.

Verzoeker heeft via het internet de rugkliniek Ipreburg te Heerenveen gevonden, en heeft vervolgens bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van een endoscopische rugoperatie. Hij ging ervan uit dat deze zou worden vergoed, omdat eenzelfde operatie bij hem in 2004 bij de Alpha Klinik te München was uitgevoerd, welke destijds door de zorgverzekeraar is vergoed. Bij telefonische navraag in november 2008 werd verzoeker door een vrouwelijke medewerker van de zorgverzekeraar, waarvan de naam bij verzoeker niet bekend is, medegedeeld dat de operatie zou worden vergoed. Naar aanleiding van deze mededeling heeft verzoeker kosten gemaakt.

- 4.2. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat op grond van cardiologisch onderzoek twijfel bestond. Daarom durfde de arts in Assen niet te opereren zonder daaraan voorafgaand nader onderzoek. Voorts heeft verzoeker opgemerkt vijf jaar geleden in München te zijn geopereerd, waarbij ook een PTED is uitgevoerd. Die operatie is destijds vergoed.

- 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 de bij verzoeker uitgevoerde operatie een PTED betreft, welke blijkens een advies van het CVZ van 10 juli 2008 niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is. Ten aanzien van de gestelde toezegging geeft de zorgverzekeraar aan dat uit zijn administratie niet is gebleken dat in november 2008 een telefonische toezegging zou zijn gedaan.

- 5.2. Ter zitting is door de zorgverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat in de telefoonregistratie twee gesprekken zijn genoteerd. Het eerste op 4 december, en het tweede op 16 december. Op 24 december is weer contact geweest. De gevraagde zorgbemiddeling was op dat moment niet langer nodig. In de registratie zijn geen gesprekken opgenomen die hebben plaatsgevonden in november. De zorgverzekeraar heeft voorts opgemerkt dat geen telefonische toezegging kan zijn gedaan, omdat in een geval als het onderhavige een schriftelijke aanvraag moet worden gedaan, waarbij een verwijzing moet worden overgelegd.

- 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. In geschil is of de zorgverzekeraar gehouden is de kosten van de PTED aan verzoeker te vergoeden. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.
- 7.2. 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 1 tot en met 40 van de 'aanspraken' van de zorgverzekering.

Artikel 4 van de 'aanspraken' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat. Het artikel luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

"Artikel 4 Medisch specialistische zorg (poliklinisch)

Wij vergoeden de kosten van:

- medisch specialistische of kaakchirurgische zorg;*
- de bij de behandeling behorende paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.*

De omvang van de zorg wordt begrensd door hetgeen medisch specialisten als zorg plegen te bieden."

Artikel 2.4 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering bepaalt dat de aanspraak op zorg of vergoeding van de kosten van zorg als in de zorgverzekering omschreven mede naar inhoud en omvang wordt bepaald door de wetenschap en praktijk en, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

- 7.3. Artikel 4 van de 'aanspraken' van de zorgverzekering en artikel 2.4 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2.1 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 7.4. 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.
- 7.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.6. De vraag is of een PTED bij een lumbale HNP voldoet aan de stand van de wetenschap en de praktijk als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 7.7. 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.

- 7.8. 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.
- 7.9. Een onderzoek naar dergelijke kwalitatieve onderzoeken met betrekking tot een PTED bij een lumbale HNP is door het CVZ in zijn advies van 10 juli 2008 uitgevoerd. De conclusie daarvan, die het CVZ heeft gehandhaafd in zijn advies van 31 juli 2009, neemt de commissie over en maakt zij tot de hare.
- 7.10. Voor zover verzoeker stelt dat hem telefonisch een toezegging is gedaan door een, niet bij naam genoemde, helpdeskmedewerker, en deze hem de mededeling heeft gedaan dat de PTED volledig wordt vergoed, oordeelt de commissie als volgt.
- 7.11. De zorgverzekeraar kan niet gebonden worden geacht aan alle zijnerzijds gedane uitlatingen waardoor bij een verzekerde verwachtingen zijn gewekt ten aanzien van een door de zorgverzekeraar te volgen gedragslijn. Met name indien het gaat om reacties op een verzoek van een verzekerde om inlichtingen aangaande de inhoud van de polisvoorwaarden, dan wel andere door de zorgverzekeraar in acht te nemen regelgeving, noopt het belang dat de verzekerden erbij hebben dat de zorgverzekeraar zijn voorlichtende taak onbelemmerd kan vervullen ertoe te aanvaarden dat het risico van een onjuiste inlichting in de regel voor rekening van de betrokken verzekerde blijft.
- 7.12. Bijzondere omstandigheden kunnen aanleiding geven van die regel af te wijken en de zorgverzekeraar aan dergelijke inlichtingen gebonden te achten, maar daartoe zal ten minste vereist zijn, vooreerst dat die inlichtingen niet zo duidelijk in strijd zijn met de polisvoorwaarden en de daaraan ten grondslag liggende regeltoepassing, dat de betrokken verzekerde redelijkerwijs de onjuistheid van de betreffende mededelingen had kunnen en moeten beseffen en voorts, dat verzekerde, afgaande op die onjuiste inlichtingen, een handeling heeft verricht of nagelaten, ten gevolge waarvan hij schade lijdt. Van het één noch het ander is in dit geval sprake of gebleken.
- 7.13. Indien het daarentegen gaat om als toezeggingen op te vatten uitlatingen van de zijde van de zorgverzekeraar, waaraan een verzekerde het vertrouwen heeft mogen

ontlenen dat de zorgverzekeraar, na kennisneming van alle daartoe vereiste bijzonderheden van het de verzekerde zelf betreffende geval, aan vorenbedoelde polisvoorwaarden en regelgeving, zo omtrent de toepasselijkheid of de toepassing daarvan vragen zijn gerezen, in zijn geval een bepaalde toepassing zal geven, moet bij een afweging als voormeld aan het vertrouwensbeginsel doorslaggevend betekenis worden toegekend. Daarbij moet wel het voorbehoud worden gemaakt dat de door de verzekerde aan de zorgverzekeraar verschaft, voor diens toezegging relevante gegevens juist zijn en dat de gedane toezegging niet zo duidelijk in strijd is met een juiste toepassing van de polisvoorwaarden en de daaraan ten grondslag liggende regelgeving dat de verzekerde op nakoming van die toezegging niet mocht rekenen.

- 7.14. De toezeggingen zullen voor de verzekerde doorgaans van zodanig gewicht zijn dat in de regel verwacht mag worden dat hij deze zijnerzijds schriftelijk aan de zorgverzekeraar zal bevestigen dan wel een schriftelijke bevestiging van de zorgverzekeraar zal vragen. Het gaat echter te ver om te oordelen dat een verzekerde zich op dergelijke toezeggingen uitsluitend zou mogen beroepen indien deze hetzij van zijn zijde, hetzij van de zijde van de zorgverzekeraar schriftelijk zijn bevestigd.
- 7.15. Aangezien uit de administratie van de zorgverzekeraar niets blijkt van een telefonische toezegging, terwijl verzoeker anderzijds onvoldoende aannemelijk heeft gemaakt dat een dergelijke toezegging is gedaan, kan de commissie niet anders dan zijn stelling passeren.
- 7.16. Ten overvloed merkt de commissie op dat het gegeven dat een eerdere operatie in Duitsland wel is vergoed, niet tot een andere uitkomst kan leiden. De zorgverzekeraar dient een aanvraag te toetsen aan de op dat moment van toepassing zijnde regelgeving, respectievelijk de vigerende verzekeringsvoorwaarden. Aangezien de Zvw in 2006 in werking is getreden, kunnen aan een eventuele vergoeding in 2004 geen rechten worden ontleend.
- 7.17. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

8. Het bindend advies

- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 23 september 2009,

Voorzitter