

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C te D en E te F
Zaak : Geneeskundige zorg, percutane transforaminale endoscopische
discectomie (PTED)
Zaaknummer : 2010.01663
Zittingsdatum : 23 februari 2011

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2009, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2009)

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoeker,

tegen

1) C te D en

2) E te F

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van het Keuze Zorg Plan (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 Excellent afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 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 percutane transforaminale endoscopische dissectomie (PTED) (hierna: de aanspraak). Bij uitkeringsbericht van 22 januari 2010 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 brief van 29 april 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft bij brief van 31 augustus 2010 medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling.
- 3.4. Bij brief van 27 september 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).
- 3.5. 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 stuk-

ken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 22 december 2010 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 3 januari 2011 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 12 januari 2011 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 3 januari 2011 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 januari 2011 heeft het CVZ (zaaknummer 2011001176) 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 geen zorg is conform de stand van de wetenschap en praktijk. Een afschrift van het CVZ-advies is op 9 februari 2011 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker heeft bij e-mail van 22 februari 2011 schriftelijk medegedeeld af te zien van de mogelijkheid gehoord te worden. De ziektekostenverzekeraar heeft voorts bij e-mail van dezelfde datum eveneens medegedeeld af te zien van horen.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
 - 4.1. De behandelend chirurg heeft bij verzoeker een “mediolaterale HNP L4-5 rechts” geconstateerd. De PTED is op 1 december 2009 uitgevoerd.
 - 4.2. Verzoeker stelt dat hij in 2008 van de ziektekostenverzekeraar een machtiging heeft gekregen, eveneens voor een PTED. De kosten werden daarbij gedeeltelijk, namelijk tot een bedrag van € 3.259,62, vergoed. In 2009 kreeg verzoeker opnieuw rugklachten. Omdat hij in verband met de pijn niet wilde wachten op een machtiging van de ziektekostenverzekeraar, en omdat hij in de veronderstelling was dat de kosten althans gedeeltelijk zouden worden vergoed, heeft verzoeker de PTED doorgang laten vinden. Vergoeding van de kosten wordt door de ziektekostenverzekeraar geheel geweigerd, hetgeen geleet op de vergoeding in 2008 onterecht is.
 - 4.3. 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 machtiging uit 2008 onterecht is afgegeven, omdat een PTED geen zorg is conform de stand van de wetenschap en praktijk. Verzoeker mocht er niet op vertrouwen dat ook de kosten van de operatie in 2009 zouden worden vergoed, omdat elke aanvraag opnieuw wordt beoordeeld. Een machtiging geldt voor één specifieke operatie.
 - 5.2. 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 'Aanspraken' van de zorgverzekering. Artikel 4 van de 'Aanspraken' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"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 te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen medisch specialisten als zorg plegen te bieden. (...)"

Artikel 2.4 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering bepaalt het volgende:

"De vergoeding van de kosten van zorg als in de zorgverzekering omschreven, wordt mede naar inhoud en omvang bepaald door de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten."

- 8.3. De artikelen 2.4 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering en 4 van de 'Aanspraken' van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2.1 van de 'Algemene voorwaarden' 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 en 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 een PTED bij een HNP op niveau L4-5 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 een PTED bij een HNP is door het CVZ in zijn advies van 31 januari 2011 uitgevoerd en de conclusie daarvan, namelijk dat deze ingreep niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, neemt de commissie over en maakt zij tot de hare.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.5. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor een PTED, zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden toegewezen.

Gewekt vertrouwen

- 9.6. De commissie begrijpt de stellingen van verzoeker tevens aldus dat verzoeker erop mocht vertrouwen dat de operatie in 2009 gedeeltelijk zou worden vergoed, omdat een gelijke operatie in 2008 door de ziektekostenverzekeraar ook gedeeltelijk is vergoed. Dienaangaande overweegt de commissie het volgende.
- 9.7. Het criterium 'stand van de wetenschap en praktijk', zoals verwoord in artikel 2.4 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering, impliceert dat zorg en de vergoeding daarvan onderhevig zijn aan verandering. Genoemd criterium is door de wetgever geïntroduceerd teneinde het geheel van de verzekerde prestaties te laten meelopen in de ontwikkelingen. Gevolg hiervan is dat in de loop der tijd nieuwe zorgvormen kunnen 'instromen'. Echter, 'uitstromen' is ook mogelijk indien door nieuw onderzoek blijkt dat een zorgvorm niet aan het criterium voldoet. Om die reden kan aan de eerdere vergoeding van een behandeling niet het vertrouwen worden ontleend dat bij een gelijke indicatie in de toekomst opnieuw vergoeding zal plaatsvinden. Het ligt daarom in een situatie als de onderhavige, waarin geen sprake is van een behandeling in een ziekenhuis en een afwijkend tarief wordt gehanteerd, op de weg van de verzekerde bij de ziektekostenverzekeraar navraag te doen naar de vergoeding, alvorens een behandeling te ondergaan.

Conclusie

- 9.8. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 16 maart 2011,

Voorzitter