

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C te D
Zaak : Geneeskundige zorg, Percutane Transforaminale Endoscopische
Discectomie (PTED), laterale HNP L4/L5
Zaaknummer : 2008.02016
Zittingsdatum : 9 september 2009

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

C te D, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen de beslissing van de zorgverzekeraar van 21 februari 2008 de kosten van een Percutane Transforaminale Endoscopische Discectomie (hierna: PTED) niet te vergoeden.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van het [naam zorgverzekeraar] Basispakket (hierna: de zorgverzekering). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). Een zorgverzekering is een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Voorts waren ten behoeve van verzoekster bij de aanvullende ziektekostenverzekeraar enkele aanvullende verzekeringen afgesloten.
- 3.2. De behandelend arts heeft bij verzoekster de volgende diagnose gesteld: "*Laterale hernia pulposus L4/5 re*". Verzoekster heeft naar aanleiding van de gestelde diagnose bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op "*Percutane endoscopische herniotomie*" ten laste van de zorgverzekering (hierna: de aanspraak).
- 3.3. Op 5 december 2007 heeft de behandeling waarop verzoekster aanspraak maakt, overeenkomstig de wijze zoals in de aanvraag vermeld, plaatsgevonden.
- 3.4. Bij brief van 21 februari 2008 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.5. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 8 oktober 2008 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster 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 7 mei 2009 heeft verzoekster 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 ver-

zoek).

- 3.8. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 37,-- voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekster 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 22 juli 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 24 juli 2009 aan verzoekster gezonden.
- 3.10. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 1 augustus 2009 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden. De zorgverzekeraar heeft op 7 augustus 2009 schriftelijk medegedeeld eveneens niet te willen worden gehoord.
- 3.11. Bij brief van 24 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 20 augustus 2009 heeft het CVZ (zaaknummer 29081482) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat de PTED-operatie niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is en daarom geen verzekerde prestatie is. Een afschrift van het CVZ-advies is op 24 augustus 2009 aan partijen gezonden. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren. Partijen hebben niet op het advies gereageerd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Verzoekster stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, het volgende. Bij haar is een hernia geconstateerd, waarna zij heeft besloten zich te laten opereren in de Rugpoli te Delden. Verzoekster heeft telefonisch contact opgenomen met de zorgverzekeraar met de vraag of deze operatie werd vergoed. Haar is toen verteld dat een herniaoperatie bij de betreffende Rugpoli volledig zou worden vergoed. De Rugpoli wenste echter een voorafgaande schriftelijke toezegging van de zorgverzekeraar, waarna verzoekster de zorgverzekeraar hierom heeft verzocht. Bij e-mail van 29 november 2007 heeft de zorgverzekeraar medegedeeld dat de door verzoekster genoemde prestatiecode 150195 niet is opgenomen in de overeenkomst met de Rugpoli. Wanneer verzoekster toch prijs stelde op de operatie, uitgevoerd in genoemde kliniek, diende zij een aanvraag met medische indicatie in te dienen. Verzoekster heeft hierom direct verzocht bij haar arts. Zij ging ervan uit dat een en ander daarmee geregeld was, en heeft de operatie op 5 december 2007 laten uitvoeren. Later bleek dat de uitgevoerde operatie niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is, en dat deze daarom niet wordt vergoed. Verzoekster is van mening dat zij dit niet had kunnen weten, en dat zij door de zorgverzekeraar onjuist is voorgelicht.
- 4.2. Verzoekster komt tot de conclusie dat haar 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 PTED-methode niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is. Dit is de reden dat de operatie van verzoekster niet wordt vergoed.
Met betrekking tot het telefoongesprek waarin zou zijn toegezegd dat de operatie wordt vergoed, merkt de zorgverzekeraar op dat destijds de algemene vraag is gesteld of een herniaoperatie bij de Rugpoli te Delden voor vergoeding in aanmerking komt. Daarop is het algemene antwoord gegeven dat dit het geval is. Het antwoord was weliswaar niet volledig, doch de medewerker die de vraag beantwoordde, was niet op de hoogte van het feit dat het hier een herniaoperatie volgens de PTED-methode betrof. Het is een feit van algemene bekendheid dat er risico's schuilen in het afgaan op mondeling of telefonisch ingewonnen informatie. Afgezien van bewijsproblemen, kan het zich daarbij immers altijd voordoen dat bij de vrager of bij degene die antwoordt een onjuist beeld ontstaat doordat niet alle relevante informatie is gevraagd of verstrekt. Om misverstanden te voorkomen is het daarom aan te bevelen een bevestiging te vragen van de vermeende mededeling. De zorgverzekeraar is van mening dat het risico in het nalaten daarvan ligt bij degene die zich op de informatie beroept.
- 5.2. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoekster 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. De commissie is niet bevoegd ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering van vóór 2008.

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. In geschil is of de zorgverzekeraar gehouden is de kosten van de door verzoekster ondergane operatie volgens de PTED-methode te vergoeden, ten laste van de zorgverzekering. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 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 13 tot en met 35 van de zorgverzekering.
Artikel 15 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat. Voor zover hier van belang, luidt dit artikel als volgt:

“(...) Geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten deze plegen te bieden, met inbegrip van het daarbij behorende laboratoriumonderzoek. (...)”

In artikel 2.3 van de zorgverzekering is bepaald dat slechts aanspraak bestaat op zorg of vergoeding van de kosten van zorg voor zover de verzekerde op de zorgvorm naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. De inhoud en omvang van de

vormen van zorg worden blijkens dit artikel mede bepaald door de stand van de wetenschap en de praktijk en, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg.

- 7.3. De artikelen 15 en 2.3 zijn volgens artikel 2.1 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. In geschil is de vraag of een PTED bij een HNP L4/5 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 PTED bij een lumbale HNP, is door het CVZ in zijn advies van 10 oktober 2006 uitgevoerd. In het eerdere onderzoek van het CVZ in 2002 was de PTED techniek niet in de beoordeling betrokken. In oktober 2006 was de conclusie 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.
- 7.10. De conclusie van het onderzoek van het CVZ van 10 oktober 2006 komt de commissie juist voor, evenals de constatering 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 15 van de zorgverzekering.

Werking privaatrecht

- 7.11. Voor zover verzoekster stelt dat haar telefonisch een toezegging is gedaan door een helpdeskmedewerker, en deze haar de mededeling heeft gedaan dat de operatie volledig wordt vergoed, oordeelt de commissie als volgt.
- 7.12. 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.
- 7.13. 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 hun onjuistheid had kunnen en moeten beseffen en voorts, dat zij afgaande op die onjuiste inlichtingen een handeling heeft verricht of nagelaten, ten gevolge waarvan zij schade lijdt.
- 7.14. 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 bijzon-

derheden 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.

- 7.15. De toezeggingen zullen voor de verzekerde doorgaans van zodanig gewicht zijn dat in de regel verwacht mag worden dat zij 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 haar zijde, hetzij van de zijde van de zorgverzekeraar schriftelijk zijn bevestigd.
- 7.16. Uit de gevoerde correspondentie blijkt dat verzoekster na afloop van het telefoonsprek, doch voorafgaande aan de operatie, bij de zorgverzekeraar een aanvraag heeft ingediend. Daarop heeft de zorgverzekeraar haar bij e-mail van 29 november 2007 medegedeeld dat de declaratiecode van de aanvraag niet was opgenomen in de overeenkomst met de Rugpoli te Delden en dat verzoekster de medisch specialist diende te vragen om een aanvraag voorzien van een medische indicatie. Verzoekster zegt hierom bij de medisch specialist te hebben gevraagd, en ervan te zijn uitgegaan dat een en ander in orde was. Het lag naar het oordeel van de commissie echter op de weg van verzoekster hier navraag naar te doen, alvorens de operatie te ondergaan. Bovendien behoefde de zorgverzekeraar voor de ontvangst van een bericht van de medisch specialist niet ervan uit te gaan dat het ging om een PTED. Uit de e-mail van 29 november 2008 van de zorgverzekeraar had verzoekster in elk geval nog niet het vertrouwen kunnen ontleen dat de voor 5 december 2008 geplande operatie zou worden vergoed.

Conclusie

- 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, 9 september 2009,

Voorzitter