

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen E en F te G
Zaak : Geneeskundige zorg, Percutane Transforaminale Endoscopische
Discectomie (PTED), second opinion
Zaaknummer : 2011.01992
Zittingsdatum : 25 januari 2012

1. Partijen

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

tegen

1) E te G, en

2) F te G,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] Zorgverzekering Restitutie (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 [naam ziektekostenverzekeraar] Extra Aanvullend 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 Discectomie (PTED) en een second opinion (hierna: de aanspraak). Bij brief van 16 mei 2011 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 1 augustus 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. Nadat verzoeker de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen had benaderd, heeft de Ombudsman Zorgverzekeringen hem op 4 oktober 2011 medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling. Verzoeker is daarbij gewezen op de mogelijkheid de kwestie voor bindend advies voor te leggen aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen.
- 3.4. Bij brief van 5 oktober 2011 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 van € 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.
- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 22 november 2011 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 25 november 2011 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 19 januari 2012 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 25 januari 2012 telefonisch medegedeeld eveneens niet te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 25 november 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 1 december 2011 heeft het CVZ (zaaknummer 2011123936) 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 niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Ten aanzien van de second opinion heeft het CVZ geadviseerd het verzoek eveneens af te wijzen op grond dat het eerste consult niet kan worden aangemerkt als een second opinion in de zin van de Zvw. Een afschrift van het CVZ-advies is op 27 januari 2012 aan partijen gezonden en zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren. Van de geboden mogelijkheid hebben partijen geen gebruik gemaakt.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. De behandelend chirurg heeft bij verzoeker de volgende diagnose gesteld: "Recidief HNP mediolateraal L4-L5 met een vernauwende recessus".
- 4.2. Op 5 april 2011 heeft de behandeling waarop verzoeker aanspraak maakt plaatsgevonden.
- 4.3. Verzoeker stelt dat hij in 2004 in het VU ziekenhuis in Amsterdam een reguliere herniaoperatie heeft laten uitvoeren. Deze operatie is mislukt en de klachten bleven. Op advies van de specialisten diende verzoeker opnieuw te worden geopereerd. Gelet op de eerdere mislukte operatie wenste verzoeker zich niet in het VU ziekenhuis te laten behandelen. Uiteindelijk is verzoeker door dr. Ipreburg behandeld door middel van een PTED. Volgens de ziektekostenverzekeraar is een herniaoperatie door middel van deze techniek niet aan te merken als een reguliere herniaoperatie omdat de ingreep endoscopisch plaatsvindt. Dit standpunt van de ziektekostenverzekeraar verbaast verzoeker omdat deze techniek in toenemende mate wordt toegepast, onder meer bij hartoperaties. Daarbij komt dat hem uit navraag bij andere zorgverzekeraars is gebleken dat die een behandeling van een hernia door middel van een PTED wel vergoeden.
- 4.4. 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 diverse adviezen van het CVZ.
- 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 in beginsel kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen B1 tot en met B29 van de zorgverzekering.
- Artikel B4 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“B.4.2. Medisch specialistische zorg zonder opname

B.4.2.1. Omschrijving van de zorg

Deze zorg omvat:

- a. behandeling zoals medisch specialisten die plegen te bieden zonder dat opname plaatsvindt;*
(...)

B.4.2.2. Voorwaarden

Verwijzing

(...)

- c. Als het gaat om een second opinion dan is daarvoor een aparte verwijzing nodig van een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten of specialist ouderengeneeskunde.*

(...)”

- 8.3. Artikel A.3.2 van de zorgverzekering bepaalt ten algemene:

“A.3.2. Inhoud en omvang van zorg

In deze verzekeringsvoorwaarden hebben wij omschreven op welke dekking u recht hebt. De inhoud en omvang van deze zorg worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk of door wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. Verzekerd is die zorg die onder de dekking van uw verzekering valt en waarop u naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen.

- 8.4. De artikelen A.3.2. en B4 van de zorgverzekering zijn volgens artikel A.2.4 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.5. 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. In artikel 2.1, tweede lid Bzv is bepaald dat de aanspraak op zorg of vergoeding van de kosten van zorg als in de zorgpolis omschreven, naar inhoud en omvang mede worden bepaald 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.
- 8.6. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.

9. Beoordeling van het geschil

Behandeling door middel van een PTED

- 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 1 december 2011 uitgevoerd. Het CVZ concludeert dat deze ingreep niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is. De commissie neemt deze conclusie over en maakt deze tot de hare.

Vergoeding door andere ziektekostenverzekeraars

- 9.5. Ziektekostenverzekeraars dienen aan de hand van de polisvoorwaarden te toetsen of een verzekerde in aanmerking komt voor (vergoeding van) zorg of overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Alle ziektekostenverzekeraars in Nederland zijn met betrekking tot de inhoud van de zorgverzekering gebonden aan de regelgeving. Zij mogen niet meer of minder bieden dan de regelgeving hen toestaat. Zulks brengt met zich dat een ziektekostenverzekeraar niet gehouden is over te gaan tot vergoeding of verstrekking van zorg als de voorwaarden van de zorgverzekering hiervoor geen dekking bieden, ook niet als andere ziektekostenverzekeraars dat - om welke reden ook - wel doen. Slechts indien de ziektekostenverzekeraar een beleid voert waarbij meer wordt vergoed of verstrekt dan volgens de regelgeving inzake de zorgverzekering is toegestaan kan verzoeker op dat beleid een beroep doen. Aangezien verzoeker zijn stelling dat de ziektekostenverzekeraar in dit geval afwijkt van zijn beleid ter zake op geen enkele wijze heeft onderbouwd, kan deze stelling niet slagen. Voor zover verzoeker zich beroept op het beleid van andere ziektekostenverzekeraars, kan hem dat – zo al van een dergelijk beleid aldaar sprake is – niet baten.

Second opinion

- 9.6. Verzoeker heeft tevens aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van een second opinion, uitgevoerd in Rugkliniek Ipreburg. Een second opinion behoort in beginsel tot de verzekerde medisch specialistische zorg. Overeenkomstig artikel 4.2.2

van de zorgverzekering is voor een second opinion een verwijzing door één van de aldaar genoemde zorgverleners vereist. Aangezien een zodanige, gerichte verwijzing ontbreekt, is de commissie van oordeel dat de kosten van de second opinion niet voor vergoeding in aanmerking komen.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.7. De commissie constateert dat de aanvullende verzekering geen dekking biedt voor hetgeen verzoeker heeft verzocht.

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, 8 februari 2012,

Voorzitter