



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, vertegenwoordigd door mevrouw C te B, tegen D te E en F te G
Zaak : Geneeskundige zorg, percutane transforaminale endoscopische discectomie (PTED),
telefonische toezegging
Zaaknummer : 201302004
Zittingsdatum : 19 maart 2014

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2013, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2013)

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door mevrouw C te B,
tegen

- 1) D, te E 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 Beter Af Polis (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 Beter Af Plus Polis drie sterren afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 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 operatie aan de rug door middel van een percutane transforaminale endoscopische dissectomie (PTED) (hierna: de aanspraak). Bij brief van 22 juli 2013 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 21 augustus 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.4. Bij brief van 30 oktober 2013 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 24 december 2013 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 2 januari 2014 aan verzoeker gezonden.

- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben op respectievelijk 3 januari en 4 maart 2014 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 2 januari 2014 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 30 januari 2014 heeft het CVZ (zaaknummer 2014000873) 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 transforaminale endoscopische methode (TF, PTED) van een lumbale HNP op één niveau (hetzij als eerste ingreep, hetzij als tweede ingreep na een recidief) niet als conform de stand van de wetenschap en praktijk kan worden beschouwd. Een afschrift van het CVZ-advies is op 4 maart 2014 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 19 maart 2014 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 21 maart 2014 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 voorlopig advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 28 maart 2014 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
 - 4.1. Verzoeker heeft sinds 20 februari 2013 last van rugpijn met uitstraling in het rechterbeen. Op 9 juli 2013 is verzoeker met deze klachten in het Wilhelmina Ziekenhuis in Assen geweest. Aldaar is bij verzoeker een hernia geconstateerd. Gelet op de hevige pijnklachten, die ondanks het gebruik van veel pijnstillers niet verminderden, was sprake van spoed. In het Wilhelmina Ziekenhuis was het wel mogelijk verzoeker op te nemen maar was het echter niet mogelijk hem vóór 29 juli 2013 te opereren.
 - 4.2. De partner van verzoeker heeft telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar en verzocht om wachtlijstbemiddeling. Dit gesprek leidde niet tot een kortere wachttijd bij een ander ziekenhuis. Intussen had verzoeker contact opgenomen met meerdere ziekenhuizen en klinieken met de vraag of hij op korte termijn kon worden geopereerd. Uiteindelijk heeft verzoeker zelf Rugkliniek Ipreburg gevonden. Hier kon de ingreep reeds op 11 juli 2013 plaatsvinden.
 - 4.3. Verzoeker benadrukt dat sprake was van ernstige rugklachten met veel pijn. Aangezien de ingreep met spoed moest plaatsvinden en de ziektekostenverzekeraar, daarnaar gevraagd, verzoeker geen alternatief bood, dienen de kosten volledig te worden vergoed.
 - 4.4. Ter zitting heeft verzoeker zijn eerder ingenomen standpunten herhaald.
 - 4.5. 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 de PTED-methode niet voldoet aan de huidige stand van de wetenschap en praktijk. Dit blijkt onder andere uit een advies van het CVZ. Zorg die niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is, vormt geen verzekerde prestatie.
 - 5.2. Een dag vóórdat de hernia bij verzoeker werd geconstateerd, heeft de partner van verzoeker contact opgenomen met de afdeling Zorgbemiddeling. In dit gesprek is gesproken over het feit dat verzoeker een operatie bij rugkliniek Ipreburg wilde laten uitvoeren. In reactie op deze informatie heeft de ziektekostenverzekeraar de partner van verzoeker medegedeeld dat een dergelijke operatie niet zou worden vergoed. Daarnaast is de partner van verzoeker geïnformeerd dat verzoeker elders op korte termijn, namelijk op 29 juli 2013, zou kunnen worden geopereerd maar wel met een andere methode. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker hiermee de mogelijkheid geboden een gelijkwaardige behandeling elders te laten plaatsvinden.

5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar benadrukt dat een behandeling van een hernia door middel van de PTED-methode geen verzekerde prestatie is onder de zorgverzekering en dat om die reden geen vergoeding kan plaatsvinden.

5.4. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 16 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering is de commissie 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 combinatiepolis, zodat de verzekerde voor bepaalde zorg is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners en voor andere zorg kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld onder het kopje 'aanspraken' van de zorgverzekering.

8.3. 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:

"Wij vergoeden de kosten van:

- medisch specialistische 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 en kaakchirurgen als zorg plegen te bieden. (...)"

8.4. Artikel 2.4 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering luidt, voor zover hier van belang:

"De aanspraak op zorg en/of vergoeding van kosten van zorg als in de basisverzekering omschreven, wordt mede naar inhoud en omvang bepaald door de stand van 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. (...)"

8.5. De artikelen 4 van de 'aanspraken' van de zorgverzekering en 2.4 van de 'algemene voorwaarden' 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).

8.6. 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 of diensten.

8.7. De Zvw, het daarop gebaseerde Bzv en de Rzv, schrijven dwingend voor welke prestaties onder de zorgverzekering verzekerd dienen te zijn. De verzekerde die een zorgverzekering sluit heeft recht op niet meer of minder dan deze prestaties. De zorgverzekering is in dit opzicht een bijzondere, van overheidswege gereguleerde vorm van schadeverzekering. Het staat de ziektekostenverzekeraar niet vrij een dekking te bieden die hetzij ruimer dan wel beperkter is dan op grond van het bij of krachtens de Zvw bepaalde is voorgeschreven. De hiervoor beschreven regeling, zoals opgenomen in de zorgverzekering, strookt met de toepasselijke regelgeving.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

9.1. Mede gelet op het door de ziektekostenverzekeraar ingenomen standpunt, is de eerste vraag die ter beantwoording voorligt of de behandeling van een hernia door middel van de PTED-methode 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 data-bases, 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-techniek is door het CVZ uitgevoerd, en de bevindingen hiervan zijn in het advies van 30 januari 2014 verwoord. De conclusie van het advies is dat een rugoperatie volgens de PTED-methode geen zorg is conform de stand van de wetenschap en praktijk. De commissie neemt deze conclusie over en maakt deze tot de hare. Aangezien geen sprake is van een verzekerde prestatie, kunnen de kosten van de behandeling niet ten laste van de zorgverzekering worden gebracht.

9.5. Verzoeker heeft aangevoerd dat bij hem sprake was van een spoedsituatie. Ook indien dit het geval zou zijn, doet dit aan het voorgaande niet af. De aanwezigheid van een spoedindicatie maakt niet dat zorg die niet tot de

verzekerde prestaties behoort om deze reden ineens wel onder de aanspraken op basis van de zorgverzekering komt te vallen.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.6. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor de onderhavige zorg, zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden toegewezen.

Zorgbemiddeling

- 9.7. Ten aanzien van de zorgbemiddeling is niet in geschil dat de partner van verzoeker op 8 juli 2013 telefonisch contact heeft opgenomen met de afdeling Zorgbemiddeling van de ziektekostenverzekeraar. Uit de overgelegde stukken maakt de commissie op dat tijdens dit gesprek is gesproken over de mogelijkheid verzoeker op korte termijn te opereren. Niet ter discussie staat dat de ziektekostenverzekeraar heeft aangeboden verzoeker op 29 juli 2013, dat wil zeggen iets minder dan drie weken nadat de hernia was geconstateerd, te laten opereren in een door hem gecontracteerd ziekenhuis.
- 9.8. Voor zover in geschil is of de ziektekostenverzekeraar hiermee heeft voldaan aan zijn verplichting tot zorgbemiddeling, is de commissie van oordeel dat zulks het geval is. Door verzoeker de mogelijkheid te bieden zich binnen drie weken te laten opereren heeft de ziektekostenverzekeraar zich, gelet op de omstandigheden van het geval, naar het oordeel van de commissie voldoende ingespannen.

Conclusie

- 9.9. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 2 april 2014,

Voorzitter