

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vs C te D
Zaak : Geneeskundige zorg, PTED
Zaaknummer : ANO08.153
Zittingsdatum : 14 mei 2008

|

Zaak: ANO08.153, geneeskundige zorg, 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 2007, art. 10 en 11 Zvw, 2.1, 2.2 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 30 mei 2007 de hoogte van de vergoeding voor de door verzoeker gewenste rugoperatie vast te stellen op € 4.029,00.

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 Zorgverzekering (hierna: de zorgverzekering). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 BW en betreft een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, van de Zvw.
- 3.2. De behandelend orthopedisch chirurg heeft bij verzoeker de volgende diagnose gesteld: "HNP L3-4". Verzoeker heeft naar aanleiding van de gestelde diagnose bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten verbonden aan "een percutane transforaminale endoscopische discectomie (PTED)" ten laste van de zorgverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 30 mei 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat zijn aanspraak is gehonoreerd tot een bedrag van € 4.029,00.
- 3.3. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 11 juni 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat hij heeft besloten zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. Bij brief van 28 januari 2008 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht de zorgverzekeraar te gelasten de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering.
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 37,00 voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren.
- 3.6. De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie bij brief van 17 maart 2008 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 19

maart 2008 aan verzoeker toegezonden.

- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 2 april 2008 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 19 maart 2008 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw, gevraagd. Bij brief van 11 april 2008 heeft het CVZ bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek van verzoeker af te wijzen omdat een hernia-operatie volgens de PTED-techniek niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 14 mei 2008 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 20 mei 2008 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting toegezonden 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 11 juni 2008 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopige advies als definitief kan worden beschouwd. Hierbij heeft het CVZ aangegeven dat op dit moment wordt gewacht op de uitkomsten van een systematische review van niet-gerandomiseerde studies over dit onderwerp.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat door de zorgverzekeraar op 19 februari 2007 toestemming is gegeven aan een andere verzekerde van deze zorgverzekeraar om eenzelfde operatie in dezelfde kliniek voor hetzelfde bedrag te laten uitvoeren tegen vergoeding van alle daaraan verbonden kosten.
- 4.2. Verzoeker stelt voorts dat het voor hem onbegrijpelijk is dat een behandeling, die in 2002 naar het oordeel van het CVZ als 'gebruikelijk in de kring der beroepsgenoten' is geoordeeld, in 2006 volgens het CVZ als 'niet gebruikelijke zorg' wordt gekwalificeerd.
- 4.3. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat het standpunt dat een herniaoperatie middels de PTED-techniek niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is, inmiddels is achterhaald. Hij ondersteunt deze stelling met twee artikelen.
- 4.4. 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, per abuis aan verzoeker een machtiging te hebben afgegeven voor de behandeling, omdat die naar de huidige stand van de wetenschap en praktijk niet voldoende beproef en deugdelijk is bevonden. De ten onrechte verleende machtiging zal niet ongedaan

worden gemaakt.

- 5.2. Bij het vaststellen van de hoogte van de vergoeding is uitgegaan van DBC-prestatiecode 11.00.1360.0212, hetgeen een B-DBC is. Voor deze DBC's geldt dat zorgverzekeraars zelf prijsafspraken mogen maken met zorgverleners. De zorgverzekeraar heeft een gemiddelde prijs afgesproken van € 3.500,00. Voor de hoogte van de vergoeding van verzoeker is aansluiting gezocht bij het tarief dat het Medisch Centrum Leeuwarden, dat gelegen is in dezelfde regio, voor de behandeling van een rughernia rekent, hetgeen neerkomt op een bedrag van € 4.029,00.
- 5.3. Voor zover verzoeker stelt dat de onderhavige behandeling voor een andere verzekerde, mevrouw X, wel is vergoed door de zorgverzekeraar, stelt de zorgverzekeraar dat deze vergoeding ten onrechte is verleend. Aan een ten onrechte verleende vergoeding kunnen geen rechten worden ontleend.
De officemanager van ZBC Holystaete stelt afschriften van de bewuste brief van 19 februari 2007 aan mevrouw X ter hand aan verzekerden die een behandeling bij het ZBC Holystaete overwegen.
- 5.4. Ter zitting is door de zorgverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat uit een uitspraak van de voorzieningenrechter Arnhem van 31 juli 2007 blijkt dat de onderhavige behandeling nog altijd niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk.
- 5.5. 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. De commissie is daarentegen niet bevoegd ten aanzien van de aanvullende verzekering.

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. Het betreft hier een restitutiepolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 13 tot en met 21 van de zorgverzekering.
Artikel 15 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op geneeskundige zorg bestaat.

Omschrijving:

vergoeding van de kosten van geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten deze plegen te bieden, met inbegrip van het daarbij behorende laboratoriumonderzoek.

Artikel 2.3 ziet op de medische noodzaak en bepaalt als volgt:

“Aanspraak op zorg of vergoeding van kosten van zorg als vermeld in deze verzekeringsvoorwaarden bestaat slechts indien en voorzover de verzekerde op de zorgvorm naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. De inhoud en omvang van de vormen van zorg worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vak gebied geldt als verantwoorde en adequate zorg.”

- 7.2. De regeling in de artikelen 15 en 2.3 van de zorgverzekering is volgens artikel 1.65 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Bzv en de Rzv.
- 7.3. Artikel 11, lid 1, onderdeel b van de Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde in voorkomend geval, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.
- Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in de artikelen 2.1 en 2.4 van het Bzv. In artikel 2.1, tweede lid is bepaald dat de aanspraak op zorg of vergoeding van de kosten van zorg als in de zorgpolis omschreven, naar inhoud en omvang mede bepaald worden 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. In artikel 2.2, lid 2 is vervolgens bepaald dat bij het bepalen van de vergoeding in mindering wordt gebracht de kosten die hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten.
- 7.4. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.5. Het onderhavige geschil spitst zich toe op de vraag of een PTED bij een HNP op niveau L4-5, beoordeeld naar de internationale stand van de wetenschap en de praktijk, is te kwalificeren als zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 7.6. 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.
- 7.7. Indien uit tenminste twee gerandomiseerd dubbelblind vergelijkend klinische onderzoeken, - dat zijn wetenschappelijke onderzoeken waarvan de objectiviteit, door wil-

lekeurige 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.

- 7.8. In het eerdere onderzoek van het CVZ in 2002 naar behandelmethoden voor een lumbale HNP, waarnaar door verzoeker wordt verwezen, is de PTED techniek niet in de beoordeling betrokken geweest. Omdat de mening van de beroepsgroep over de PTED-techniek sinds de introductie daarvan niet unaniem is, is een onderzoek naar de hierboven bedoelde kwalitatieve onderzoeken met betrekking tot PTED bij een lumbale HNP door het CVZ in zijn advies van 10 oktober 2006 uitgevoerd. 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 conclusie van het onderzoek van het CVZ d.d.10 oktober 2006 komt de commissie juist voor, evenals de stelling dat op dit moment de mening van de beroepsgroep over de PTED-techniek niet unaniem is. Derhalve neemt zij deze over en maakt zij tot de hare. Een PTED bij een lumbale HNP kan derhalve niet worden beschouwd als zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden, in de zin van artikel 2 van de ‘Aanspraken’ van de zorgverzekering. De door verzoeker ter zitting ingebrachte publicaties maken dat op dit moment niet anders. Indien de zorgverzekeraar om voor hem moverende redenen alsnog tot een (gedeeltelijke) vergoeding van een dergelijke behandeling overgaat, zal de commissie in die beslissing niet treden.
- 7.9. Ten aanzien van het beroep op de brief van 19 februari 2007 aan een andere verzekerde van deze zorgverzekeraar merkt de commissie het volgende op. Verzoeker stelt dat de zorgverzekeraar het gelijkheidsbeginsel heeft geschonden door ten aanzien van een andere verzekerde kosten voor een PTED als door verzoeker aangevraagd volledig te vergoeden, terwijl in zijn situatie slechts een gedeeltelijke vergoeding heeft plaats gevonden. Dit heeft volgens verzoeker tot gevolg dat zijn vordering dient te worden toegewezen.
- Van schending van het gelijkheidsbeginsel kan sprake zijn indien de zorgverzekeraar een begunstigend beleid voert, of ten aanzien van (een) bepaalde verzekerde(n) sprake is van een “oogmerk tot begunstiging”, of als de zogenoemde meerderheidsregel wordt geschonden.
- Gesteld noch gebleken is dat sprake is van een begunstigend beleid van de zorgverzekeraar en evenmin dat sprake is van een “oogmerk tot begunstiging”. Bij toepassing van de meerderheidsregel gaat het erom of in de meerderheid van de met het geval van belanghebbende vergelijkbare gevallen een juiste toepassing van de op voormelde regelgeving gebaseerde polisvoorwaarden achterwege is gebleven. Indien deze vraag bevestigend moet worden beantwoord, dient deze – in de meerderheid

van de vergelijkbare gevallen door de zorgverzekeraar gevolgd – gedragslijn ook in het geval van verzoeker te worden gevolgd. Aangezien verzoeker slechts een concreet geval heeft genoemd is toepassing van de meerderheidsregels in het onderhavige geval niet aan de orde. Verzoekers beroep op het gelijkheidsbeginsel faalt derhalve.

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

8. Het bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 25 juni 2008,

Voorzitter