

Bindend Advies

Partijen : A te B, in deze vertegenwoordigd door C, versus D te E
Zaak : geneeskundige zorg, medisch specialistische zorg, percutane transfo-
raminale endoscopische discecetomie (PTED) bij een lumbale **HNP**
op niveau L 5/S 1, uitgevoerd in een zelfstandig behandelcentrum.
Zaaknummer : 2007.01879
Zittingsdatum : 12 maart 2008

VOORLEGGER

Zaak: 2007-01879. geneeskundige zorg. medisch specialistische zorg. percutane transfor-
nale endoscopische discectomie (PTED) bij een lumbale HNP op niveau L 5/S1, uitgevoerd
in een zelfstandig behandelcentrum

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. Al.M. van Mierlo (voorzitter), mr. J.H.A Teulings en mr. drs. P.J.J. Vonk)

(Voorwaarden zorgverzekering 2007, art. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, in deze vertegenwoordigd door mr. M. Rosiek,
tegen

C te D, hierna te noemen: de zorgverzekeraar,

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen na te melden besluit van de zorgverzekeraar van 13 fe-
bruari 2007.

3. Ontstaan en verloop van het geding

3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de zorgverzekeraar ver-
zekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorgzó (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. Verzoekster heeft naar aanleiding van de gestelde diagnose "lumbale HNP" bij de
zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van de door haar
reeds ondergane zorg bestaande uit "ingreep HNP Thoracale lumbale wervelkolom
volgens PTED" ten laste van de zorgverzekering (hierna: de aanspraak). Ook maakte
zij aanspraak op vergoeding van het pre-operatief consult d.d. 20 september 2006.
Bij brief van 13 februari 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld
dat haar aanspraken zijn afgewezen.

3.3. Op 4 oktober 2006 heeft de behandeling, op de vergoeding waarvan verzoekster
aanspraak maakt, overeenkomstig de wijze zoals in de aanvraag vermeld, plaatsge-
vonden .

3.4. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van
27 februari 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat hij heeft
besloten zijn standpunt te handhaven.

3.5. Bij brief van 5 september 2007 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverze-
keringen (hierna: de commissie) verzocht de zorgverzekeraar te gelasten de aan-

spraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering.

- 3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 37,00 voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren .
 - 3.7. De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie bij brief van 22 november 2007 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 9 januari 2008 aan verzoekster toegezonden.
 - 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 16 januari 2008 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
 - 3.9. Bij brief van 9 januari 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, van de Zvw, gevraagd. Het CVZ heeft bij brief van 5 februari 2008 zijn voorlopige advies gegeven, inhoudende een afwijzing van de aanspraak op grond van niet gebruikelijkheid van de ondergane zorg. Een afschrift hiervan is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 22 februari 2008 aan partijen gezonden.
 - 3.10. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 12 maart 2008 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
 - 3.11. Bij brief van 14 maart 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 CZV bij brief van 20 maart 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.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
- 4.1. Verzoekster stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat conservatieve therapie voor haar klachten niet heeft geholpen. Na een afwachtend beleid van zes weken is zij vervolgens, via een verwijzing van de huisarts, bij dr. Ipreburg terecht gekomen. In het voorlichtingsmateriaal van de restitutiepolis vermeldt de zorgverzekeraar dat men zelf zijn specialist mag kiezen. Deze vrije artsenkeuze was voor verzoekster de hoofdreden om te kiezen voor een restitutiepolis.
 - 4.2. Het staat verzoekster daarnaast vrij om als patiënt, in overleg met de behandelend arts, te kiezen voor een specifieke manier van behandeling. Als een ingreep noodzakelijk is, dan verwacht verzoekster adequaat geholpen te worden en voorts dat haar zorgverzekeraar uitbetaald conform het geldende WTG-tarief dat voor een herniaoperatie staat. Zoals de zorgverzekeraar nu handelt, zou er geen verschil bestaan tussen een natura- en een resitutiepolis .
 - 4.3. Het verwachtingspatroon van verzoekster is niet vreemd, gezien het feit dat andere zorgverzekeraars wel minimaal het WTG-tarief vergoeden voor deze ingreep. Het ging in deze om een verzekerde van VGZ met een naturapolis. Ook Univé heeft afspraken met deze kliniek. Voorts zijn er ook bewijzen dat IZA de behandeling volledig vergoed.

- 4.4. Verzoekster komt tot de conclusie dat haar verzoek dient te worden toegewezen en vordert aanvullend.
5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar
- 5.1. De zorgverzekeraar stelt zich, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, op basis van het advies van het CVZ van 10 oktober 2006 (gepubliceerd: RZA 2007/10), op het standpunt dat de behandeling die verzoekster heeft ondergaan niet tot gebruikelijke zorg gerekend kan worden. Het enkele feit dat een zorgaanbieder een bepaalde behandeling al vaker, met succes, heeft verricht, is niet voldoende om de behandeling aan te merken als gebruikelijk, die tot de dekking van de zorgverzekering is te rekenen.
- 5.2. De zorgverzekeraar bepaalt niet de omvang van de dekking van de zorgverzekering. Dat doet de wetgever. Het staat de zorgverzekeraar niet vrij dit naar eigen goeddunken op te rekken of uit te breiden. Nu PTED geen gebruikelijke behandeling betreft, valt deze niet onder de dekking. Of men een natura- of een restitutiepols is niet van belang.
- 5.3. Het is de zorgverzekeraar niet gebleken dat andere zorgverzekeraars deze behandeling wel vergoeden. Verder regardeert dit de zorgverzekeraar niet, nu hij niet gehouden is experimentele behandelingen te vergoeden.
- 5.4. Voorts ontbreekt de verwijzing van de huisarts. Subsidiair stelt de zorgverzekeraar dat aangezien niet aan deze voorwaarde voor vergoeding is voldaan, het verzoek reeds op die grond moet worden afgewezen.
- 5.5. 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.
7. De beoordeling van het geschil
- 7.1. Het betreft hier een restitutiepols. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen 8.2 en 8.4 van de zorgverzekering. Artikel 8 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op geneeskundige zorg bestaat.

Artike/B.2

Oe inhoud en omvang van de zorgvormen ter zake waarvan recht op zorg bestaat, worden mede 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.

Artike/B.4

Zorg zoals medisch-specialisten plegen te bieden, behorend tot DBC segment B en niet van plastisch chirurgische aard.

Kan verzekerde zich wenden tot: Medisch specialist

Op voorwaarde van: Verwijzing door huisarts, medisch specialist of verloskundige

Prestatiewijze: Restitutie

- 7.2. De artikelen 8.2 en 8A van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 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 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 2A van het Bzv. In artikel 2.1, lid 2 is vervolgens bepaald dat de aanspraak op zorg of vergoeding van de kosten van zorg als in de zorg polis 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.
- 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 PTED bij een lumbale HNP kan worden beschouwd als zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden, in de zin van artikel 8.2 van de zorgverzekering. Zowel een naturapolis als een restitutiepolis wordt begrensd door het in de Zorgverzekeringswet bepaalde. Bij de beoordeling 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.
- 7.6. Indien uit tenminste 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 aangetroffen worden, wordt bewijsvoering 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 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 .

- 7.7. Een onderzoek naar dergelijke kwalitatieve onderzoeken met betrekking tot PTED bij een lumbale HNP op niveau L 5/S 1 is door het CVZ in zijn advies van 10 oktober 2006 uitgevoerd. Daarbij was de conclusie dat de endoscopische transforaminale benadering van een HNP geen gebruikelijke zorg is. Er is weliswaar al over een aanzienlijk aantal patiënten gepubliceerd (alleen niet-gecontroleerde studies), maar er zijn geen lange termijns follow-up resultaten bekend. Gezien de recidiefkans is een follow-up van minstens vijf jaar noodzakelijk. De conclusie van het onderzoek van het CVZ d.d.10 oktober 2006 komt de commissie juist voor. Derhalve neemt zij deze over en maakt zij tot de hare. Een PTED bij een lumbale HNP op niveau L 5/S1, kan derhalve niet worden beschouwd als zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden, in de zin van artikel 8.2 van de zorgverzekering.

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

8. Het bindend advies

- 8.1. De commissie wijst het verzoek af

Zeist, 26 maart 2008,

Voorzitter