

t

Zaak: 2007.1406, percutane transforaminale endoscopische disectomie niveau L4-5

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, 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 het besluit van de zorgverzekeraar van 20 april 2007 een percutane transforaminale disectomie op niveau L4-5 niet te vergoeden ten laste van de zorgverzekering.

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 ZorgVerzorgd polis (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: "foraminale stenose met uitstulping van de discus met wortelcompressie op niveau L4-5". Verzoeker heeft naar aanleiding van de gestelde diagnose bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op verstrekking van de door hem gewenste zorg bestaande uit "een percutane transforaminale endoscopische disectomie (hierna: PTED) op niveau L4-5" ten laste van de zorgverzekering (hierna: de aanspraak). Bij e-mail van 20 april 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat zijn aanspraak is afgewezen.

3.3. Op 24 april 2007 heeft de behandeling, op de verstrekking waarvan verzoeker aanspraak maakt, overeenkomstig de wijze zoals in de aanvraag vermeld, plaatsgevonden.

3.4. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brieven van 13 juni en 6 augustus 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat hij heeft besloten zijn standpunt te handhaven.

3.5. Bij brief van 19 november 2007 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht de zorgverzekeraar te gelasten de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering.

- 3.6. 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.
- 3.7. De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie bij brief van 18 januari 2008 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 21 januari 2008 aan verzoeker toegezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 28 januari 2008 telefonisch medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.9. Bij brief van 21 januari 2008 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 15 februari 2008 de commissie geadviseerd de aanspraak van verzoeker af te wijzen omdat de PTED niet voldoet aan de internationale stand van de wetenschap en praktijk. Een afschrift hiervan is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoeker 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 13 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 CVZ 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 verzoeker
- 4.1. Verzoeker stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat zijn orthopedisch chirurg de onderhavige behandeling al jaren uitvoert in het Wilhelmina Ziekenhuis in Assen, met toestemming van het CVZ. De onderhavige behandeling wordt in Europa eveneens toegepast. Ter onderbouwing heeft hij diverse publicaties, waaronder een publicatie van een Duitse zorgverzekeraar, en een schrijven van zijn behandelend orthopedisch chirurg meegezonden. Hieruit blijkt dat geen onderscheid wordt gemaakt tussen de percutane (dorsale) endoscopische disectomie en de percutane transforaminale endoscopische disectomie. Verzoeker voert aan dat verschillende zorgverzekeraars deze behandeling uit de basisverzekering vergoeden.
- 4.2. Voorts stelt verzoeker dat de kliniek waarheen hij is verwezen voor een second opinion een wachttijd kent van drie maanden en dat hem door zijn zorgverzekeraar geen alternatief is geboden. In verband met zijn eigen bedrijf heeft hij de tijd niet - gelet op de daaruit voortvloeiende inkomensderving - om drie maanden af te wachten voor uitslag van een second opinion. Hij heeft zelf naar een alternatief gezocht, waar hij op 11 april 2007 voor een second opinion terecht kon. Zijn operatie op 24 april 2007 was zeer effectief, na een week was hij weer grotendeels aan het werk.
- 4.3. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling het volgende aangevoerd dat hij het jammer vindt dat de zorgverzekeraar het geschil is gaan juridiseren.

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, dat hij zich aansluit bij het advies van het CVZ van 10 oktober 2006 (nr. 26073544) en van de commissie van 11 juni 2007 (AN007.085) inzake de percutane transforaminale endoscopische disectomie. Deze operatie behoort niet tot zorg die naar internationale maatstaven te gelden heeft als zorg die medisch specialisten plegen te bieden als bedoeld in de zorgverzekering.

5.2. Voor zover deze behandeling in het verleden is vergoed, berust dit op een misverstand die wordt veroorzaakt door het feit dat de vergoedingen in codes worden gedeclareerd waardoor niet altijd duidelijk is welke operatietechniek is toegepast. Indien bekend zou zijn geweest dat het de onderhavige operatietechniek betrof, dan waren deze behandelingen niet vergoed.

5.3. Ter zitting is door de zorgverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat een zekere mate van juridisering gedurende een geschil niet is te vermijden.

5.4. 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.

7 De beoordeling van het geschil

7.1. Het betreft hier een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de zorgverzekeraars gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op (vergoeding van) geneeskundige zorg is geregeld in artikel 8.4 van de zorgverzekering.

Artikel 8.4 lid 1 bepaalt wanneer aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat en onder welke voorwaarden. Hierin staat, voor zover hier relevant, het volgende vermeld:

"Geneeskundige zorg omvat zorg zoals (. . .) medisch specialisten (. . .) plegen te bieden, met inbegrip van daarbij behorende laboratoriumonderzoek (. . .)"

In het kader onder artikel 8.4 staat, voor zover hier relevant, het volgende:

Voor de bovenstaande verzekerde prestatie: zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden, (. . .) Dient de verzekerde zich te wenden tot: medisch-specialist (. . .) op voorwaarden van: verwijzing door huisarts. medisch specialist (. . .) Vindplaats welke aanbieder is gecontracteerd: Website. Op verzoek wordt de lijst met gecontracteerde aanbieders toegezonden)"

- 7.2. Voorts wordt in artikel 8.2 van de zorgverzekering ten algemene bepaald:

"De inhoud en omvang van de zorgvormen ter zake waarvan recht op zorg bestaat wordt 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."

- 7.3. De mogelijkheid van vergoeding van de kosten in geval de zorg of dienst wordt betrokken van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder wordt geregeld in artikel 11 onder b van de zorgverzekering. Deze bepaling luidt, voor zover in dit kader relevant, als volgt:

"Voor zover verzekerde die zorg of een andere dienst betreft van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, heeft hij recht op vergoeding van de kosten van deze zorg of andere dienst overeenkomstig hetgeen hieronder bij 'Vergoeding bij niet gecontracteerde zorgaanbieder' is bepaald.

(. . .)

e. Zorgverzekeraar vergoedt de kosten van zorg die is verleend door een ter zake van die zorg niet gecontracteerde aanbieder overeenkomstig het WMG-tarief, en bij het ontbreken daarvan de kosten voor zover deze de Nederlandse marktomstandigheden passend zijn te achten. Zorgverzekeraar betreft in zijn vaststelling de gebruikelijke kosten zoals de betrokken aanbieder die in rekening brengt, de gangbare kosten die soortgelijke aanbieders in rekening brengen, en de redelijkheid gegeven de omstandigheden;

- 7.4. De regeling in de artikelen 8.2, 8.4 en 11 van de zorgverzekering is volgens artikel 2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Bzv en de Rzv.

- 7.5. Artikel 11 lid 1 onderdeel a 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 de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Artikel 13 van de Zvw regelt de vergoeding in geval wordt gekozen voor een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde aanbieder. Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in de artikelen 2.1 en 2.4 van het Bzv. 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. Voorts blijkt uit de toelichting op de Zvw dat onder geneeskundige zorg mede begrepen wordt medisch onderzoek en paramedische zorg, alsook genees-, verband- en hulpmiddelen.

- 7.6. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.

- 7.7. Het onderhavige geschil spitst zich toe op de volgende vraag. Is een PTED bij een foraminale stenose met uitstulping van de discus met wortelcompressie op niveau L4-5 te beschouwen als zorg die, beoordeeld naar de internationale stand der wetenschap en de praktijk, te gelden heeft als zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering.

- 7.8. 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: bewijsvoe-

ring) 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.

- 7.9. Indien uit tenminste twee "gerandomiseerd dubbelblind vergelijkend klinische onderzoeken" - wetenschappelijk onderzoek waarvan de objectiviteit gegarandeerd is - 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 bewijs 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 evidence van een lagere orde wel voldoende is om een uitspraak te kunnen doen over de (meer)waarde van een behandeling.

- 7.10. Een onderzoek naar dergelijke kwalitatieve onderzoeken met betrekking tot de onderhavige behandeling bij de aandoening van verzoekster is door het CVZ in oktober 2006 uitgevoerd. De conclusie was 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 worden medio 2008 verwacht, zodat de uitkomst daarvan verzoeker niet kan baten aangezien de behandeling waarop dit onderzoek ziet, al op 24 april 2007 heeft plaatsgevonden. 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 8.4 van de 'Aanspraken' van de zorgverzekering.

7.11. 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