

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, in deze vertegenwoordigd door E te F vs C te D
Zaak : Geneeskundige zorg, herniaoperatie door middel van de PTED techniek
Zaaknummer : 2008.02507
Zittingsdatum : 1 juli 2009

Zaak: 2008.02507, geneeskundige zorg, herniaoperatie door middel van de PTED techniek

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, 11 en 13 Zvw, 2.1, 2.2 en 2.4 Bzv)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, in deze vertegenwoordigd door E te F
tegen

C te D, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 23 december 2007 de door haar te Delden ondergane rugoperatie, de gemaakte reiskosten en kosten van overnachting in een hotel ten behoeve van die rugoperatie niet te vergoeden.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar 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, Zorgverzekeringswet (hierna: Zvw).
- 3.2. De behandelend orthopeed heeft bij verzoekster een hernia gediagnosticeerd. Verzoekster heeft naar aanleiding daarvan bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten verbonden aan een PTED ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende verzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 23 december 2007 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat haar aanspraak is afgewezen.
- 3.3. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 3 april 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. Bij brief van 21 oktober 2008 heeft verzoekster haar zaak aan de SKGZ voorgelegd, waarna eerst een bemiddelingspoging door de Ombudsman Zorgverzekeringen is ondernomen. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.5. Bij brief van 25 februari 2009 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog zorgverzekering in te willigen.

- 3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 37,00 voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek zijn afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie bij brief van 11 mei 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 13 mei 2009 aan verzoekster toegezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster en ziektekostenverzekeraar hebben op 15 mei respectievelijk 28 mei 2009 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord.
- 3.9. Bij brief van 13 mei 2009 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw, gevraagd. Bij brief van 15 juni 2009 heeft het CVZ (zaaknummer 29052896) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek van verzoekster af te wijzen omdat een herniaoperatie door middel van de PTED-techniek niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk.
- 3.10. Een afschrift van het CVZ-advies is op 18 juni 2009 aan partijen gezonden. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren. Verzoekster heeft op 24 juni 2009 op het CVZ-advies gereageerd en handhaaft haar standpunt. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de wederpartij gezonden.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
- 4.1. Verzoekster stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat de stelling van de zorgverzekeraar dat ~~zij~~ geen overeenkomst heeft met de zorgverlener die de behandeling heeft verricht, niet relevant is. Uit artikel 11 sub e van de voorwaarden van de zorgverzekering blijkt immers dat alsdan vergoed dient te worden conform het WMG tarief, dan wel bij het ontbreken daarvan de kosten voor zover deze in de Nederlandse marktomstandigheden passend zijn te achten. In deze situatie is dan ook uitsluitend sprake van substitutie.
- 4.2. Verzoekster stelt dat het standpunt van de zorgverzekeraar dat het declaratiebedrag DBC onjuist zou zijn, niet opgaat. Bij de op de factuur genoemde DBC-code behoort een tarief van € 503,50 zoals uit de bijgevoegde uitdraai van de NZa tariefapplicatie blijkt. Dit bedrag dient dan ook te worden vergoed.
- 4.3. Tot slot stelt verzoekster dat een verzekeraar op grond van een arrest van de Hoge Raad (HR 3 februari 1989, NJ 1990, 476) niet met een nieuwe afwijzingsgrond mag komen, op het moment dat het eerste argument wordt weerlegd.
- 4.4. Verzoekster komt tot de conclusie dat haar verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat de nota van het ziekenhuis via de uitkeringsspecificatie in eerste instantie deels is afgewezen omdat de zorgverlener geen overeenkomst heeft voor deze ver-richting en deels omdat het declaratiebedrag van de DBC onjuist is.
- 5.2. In de heroverweging heeft de zorgverzekeraar zich op het standpunt gesteld dat de door verzoekster in Delden ondergane behandeling geen verstrekking is uit de zorg-verzekering en om die reden niet voor vergoeding in aanmerking komt. De behande-ling is pas een verstrekking als het gaat om een gebruikelijke behandeling. Ter on-dersteuning wordt door de zorgverzekeraar een uitspraak van het CVZ meegezonden (www.CVZ.nl – 26073544 (28000043))
- 5.3. De zorgverzekeraar stelt voorts dat het onder 4.3 genoemde arrest van de Hoge Raad in deze situatie niet van toepassing is, omdat verzoekster, vanaf het eerste contact, is medegedeeld dat zij de onderhavige behandeling niet vergoed krijgt. Er zijn derhalve geen verwachtingen gewekt omtrent een eventuele vergoeding.
- 5.4. De ziektekostenverzekeraar 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 en de aanvullende verzekering, is de commissie bevoegd daarvan kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. In geschil is of de zorgverzekeraar gehouden is de door verzoekster ondergane rug-operatie volledig te vergoeden. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.
- 7.2. Het betreft hier een natura-polis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen zorg van door de zorgverzekeraars gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op (ver-goeding van) geneeskundige zorg is geregeld in artikel 8.4 van de zorgverzekering. Uit artikel 8.4 lid 1 volgt wanneer aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat en onder welke voorwaarden. Het bepaalt, voor zover hier relevant, het volgende:

*“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 ple-gen 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)”

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.”

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;

- 7.3. 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.
- 7.4. Artikel 11 lid 1 onderdeel a 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 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 Bzv. In artikel 2.1, lid 2 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.
- 7.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.6. In geschil is of de zorgverzekeraar op grond van het arrest van de Hoge Raad (HR 3 februari 1989, NJ 1990, 476) na weerlegging van het eerste argument geen andere argumenten mag aanvoeren voor een afwijzing. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.
- 7.7. In het kader van de zorgverzekering heeft de wetgever in artikel 114 Zvw bepaald dat, alvorens een procedure bij de onafhankelijke geschilleninstantie kan worden gestart, de zorgverzekeraar de gelegenheid moet worden geboden tot heroverweging. De commissie is van oordeel dat binnen deze systematiek van de zorgverzekering, eerst van een definitieve beslissing kan worden gesproken nadat de heroverweging heeft plaatsgevonden. Tot aan dat moment kan derhalve niet worden gesproken

van een nieuwe afwijzingsgrond als bedoeld in het arrest van de Hoge Raad van 3 februari 1989.

- 7.8. Aangezien de zorgverzekeraar zich voor de aanspraak op vergoeding op het standpunt stelt dat het hier geen gebruikelijke zorg betreft, dient naar het oordeel van de commissie te worden onderzocht of de onderhavige behandeling is 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.
- 7.9. 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.
- 7.10. Indien uit ten minste 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 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.
- 7.11. 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, op basis van het feit dat de PTED een verbijzondering is van de endoscopische herniaoperaties en op het moment van de gebruikelijkheidstoets van endoscopische herniaoperaties niet bekend was. 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 geweest met betrekking tot de niet-gerandomiseerde studies ten aanzien van de onderhavige behandeling. De resultaten hiervan zijn 10 juli 2008 ((Uitspraken www.cvz.nl – 27006612) bekend geworden en leiden niet tot een andere uitkomst.

- 7.12. De conclusie van de review van het CVZ van 10 juli 2008 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 conclusie over en maakt zij die tot de hare. Een PTED bij een lumbale HNP kan derhalve (nog) niet worden beschouwd als zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden, in de zin van de zorgverzekering.
- 7.13. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
- 8. Het bindend advies
- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 1 juli 2009

Voorzitter