

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, vertegenwoordigd door mevrouw C te D, tegen E en F ,beide te G
Zaak : Geneeskundige zorg, percutane transforaminale endoscopische discectomie (PTED), stand
wetenschap en praktijk
Zaaknummer : 201301911
Zittingsdatum : 12 februari 2014

1. Partijen

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

- 1) E te G, 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 Alles Verzorgd Polis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen AV Optimaal en AV Tand Extra afgesloten (hierna gezamenlijk: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde 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 een percutane transforaminale endoscopische decompressie (PTED) (hierna: de aanspraak). Bij brief van 3 mei 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 27 juni 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft bij brief van 28 augustus 2013 aan verzoeker medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling.
- 3.4. Bij brief van 27 september 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 11 december 2013 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 13 december 2013 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 24 december 2013 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 6 januari 2014 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 13 december 2013 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 15 januari 2014 heeft het CVZ (zaaknummer 2013155131) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat een PTED geen zorg is conform de stand van de wetenschap en praktijk en daarmee geen verzekerde prestatie onder de zorgverzekering.
Een afschrift van het CVZ-advies is op 17 januari 2014 aan partijen gezonden. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren. Partijen hebben geen gebruik gemaakt van de geboden gelegenheid.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar wijst vergoeding van de kosten van de PTED af op de grond dat deze zorg niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is en daarmee geen verzekerde prestatie onder de zorgverzekering.
- 4.2. In een geschil omtrent de vergoeding van deze behandeling is onlangs een belangrijk arrest gewezen door het Gerechtshof Amsterdam. Dit betreft de uitspraak van 11 december 2012 (LJN BY6499), waarbij zorgverzekeraar ASR zich op hetzelfde advies van het CVZ beriep als de ziektekostenverzekeraar in onderhavig geschil. Het Hof oordeelde echter het volgende: "*Al met al heeft appellant in deze procedure met de door haar overgelegde medische artikelen niet alleen voldoende gemotiveerd verweer gevoerd tegen de stelling van ASR dat de PTED-methode in tal van ontwikkelde landen van de wereld wetenschappelijk onderbouwd en met goede resultaten wordt toegepast en ook door zorgverzekeraars wordt vergoed. In deze procedure moet daarom tussen deze partijen worden aangenomen dat deze techniek voldoet aan de maatstaf van de internationale stand van de wetenschap en de internationale praktijk*". De vordering werd hierop toegewezen.
- 4.3. Verzoeker is van mening dat de ziektekostenverzekeraar zich, gelet op het arrest van het Hof Amsterdam, niet langer op het standpunt kan stellen dat de PTED niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Daarom is hij gehouden verzoeker de kosten hiervan te vergoeden.
- 4.4. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. Op 10 oktober 2006 heeft het CVZ advies uitgebracht omtrent een rugoperatie volgens de PTED-methode. De conclusie van het CVZ luidde dat deze vorm niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is. Daarmee valt de ingreep niet onder de te verzekeren prestaties.
- 5.2. In 2008 heeft het CVZ onderzoek verricht naar de PTED-methode voor onder andere de lumbale hernia. Met de uitkomsten van dit onderzoek hebben de wetenschappelijke verenigingen ingestemd. De resultaten van het onderzoek bevestigen het standpunt dat de PTED-methode bij een lumbale hernia niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar heeft ook gekeken naar de beschikbare literatuur met betrekking tot de

PTED-methode. Zijn conclusie was gelijk aan die van het CVZ. Verzoeker heeft derhalve geen aanspraak op deze ingreep, ten laste van de zorgverzekering.

5.3. Verzoeker verwijst naar een arrest van het Hof Amsterdam van 11 december 2012. In overweging 4.16 van deze uitspraak is vermeld dat in deze procedure tussen deze partijen moet worden aangenomen dat deze techniek voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Hieruit blijkt dat de uitspraak een individueel geval betreft en geen precedentwerking heeft.

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 2.12 van de zorgverzekering en 2.10 van de aanvullende ziektekostenverzekering 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 naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen 3.1 tot en met 3.24 van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 3.12 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

tV heeft recht op zorg zoals medisch specialisten plegen te bieden. (...)"

8.4. Artikel 2.7 van de zorgverzekering luidt, voor zover hier van belang:

"De inhoud en omvang van de verzekerde zorg of diensten worden onder andere bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en -bij het ontbreken van een zodanige maatstaf- door wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. (...)"

8.5. De artikelen 2.7 en 3.12 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2.2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.6. Artikel 11, lid 1, onderdeel a 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 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 en 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 vraag of de PTED-methode, toegepast bij de indicatie van verzoeker, voldoet aan de stand van de wetenschap en 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 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 onderzoekopzet, 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-methode is door het CVZ uitgevoerd, en de bevindingen hiervan zijn in het advies van 15 januari 2014 verwoord. De conclusie van het advies is dat deze zorg niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is en daarmee geen verzekerde prestatie vormt onder de zorgverzekering. De commissie

neemt deze conclusie over en maakt deze tot de hare. De aanvraag van verzoeker werd derhalve terecht afgewezen.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

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

Arrest Hof Amsterdam

- 9.6. Het Gerechtshof Amsterdam heeft in zijn arrest van 11 december 2012 geoordeeld dat het in beginsel op de weg van de verzekerde ligt te stellen - en bij gemotiveerde betwisting door de zorgverzekeraar te bewijzen - dat de PTED-techniek aan de stand van de wetenschap en praktijk voldoet. Omdat echter de PTED-techniek tussen 2002 en 2006 naar aanleiding van een CVZ-advies werd geacht te voldoen aan dit criterium, is het volgens het Hof nu aan de zorgverzekeraar om te bewijzen dat de PTED-techniek niet langer voldoet aan voornoemd criterium. In de betreffende zaak had de verzekerde gemotiveerd aangevoerd (met het in het geding brengen van medische artikelen) dat de PTED-techniek voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en heeft de betreffende zorgverzekeraar dit onvoldoende gemotiveerd bestreden. Daarom heeft het Hof geoordeeld dat: *'in deze procedure en tussen deze partijen moet worden aangenomen dat deze techniek voldoet aan de maatstaf van de internationale stand van de wetenschap en de internationale praktijk'*. Het Hof heeft zich derhalve beperkt tot het specifieke geval en geen uitspraak in algemene zin gedaan, inhoudende dat de PTED-techniek voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Zoals onder 9.1 tot en met 9.4 is overwogen, is er onvoldoende wetenschappelijk bewijs om tot de conclusie te komen dat de behandeling wél aan voornoemd criterium voldoet en daarmee een verzekerde prestatie vormt onder de zorgverzekering.

Conclusie

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

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 12 februari 2014,

Voorzitter