

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C te D en E te F
Zaak : Geneeskundige zorg, PTED-behandeling in Rugkliniek Ipreburg
Zaaknummer : 2010.00431
Zittingsdatum : 17 november 2010

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoeker,

tegen

1) C te D, en

2) E te F

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar verzocht om vergoeding van de kosten van een PTED-behandeling in Rugkliniek Ipreburg (hierna: de aanspraak), welke aanspraak bij beslissing van 16 december 2009 is afgewezen.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw).
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voornoemde beslissing gevraagd. Bij brief van 8 februari 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.4. Bij brief van 4 juni 2010 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 (hierna: het verzoek).
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 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 18 augustus 2010 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 25 augustus 2010 aan verzoeker gezonden.

- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 7 september 2010 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 2 november 2010 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 25 augustus 2010 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 oktober 2010 heeft het CVZ (zaaknummer 2010108003) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat PTED geen verzekerde zorg is, omdat de behandeling 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 is op 17 november 2010 in persoon gehoord. Hij is hierbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ. Naar aanleiding van hetgeen tijdens de zitting naar voren is gebracht, heeft de commissie de aanvraag van de behandeling in 2008 en het operatieverslag hiervan opgevraagd bij de ziektekostenverzekeraar. Bij brief van 24 november 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar de medische gegevens van 2008 en 2009 toegestuurd, waaronder het medisch verslag van 11 augustus 2008 van Rugkliniek Ipreburg aan de huisarts van verzoeker. Deze stukken zijn op 26 november 2010 doorgestuurd naar verzoeker met de mogelijkheid hierop te reageren. Verzoeker heeft van de geboden mogelijkheid geen gebruik gemaakt.
- 3.10. Bij brief van 21 december 2010 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden 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 27 december 2010 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. De neuroradioloog heeft bij verzoeker een "recidief discusherniatie op L5-S1 met (meer)compromittering van de rechter S1 wortel" vastgesteld.
- 4.2. Verzoeker is in 2008 in Rugkliniek Ipreburg geopereerd aan een hernia. Voor deze ingreep had hij destijds toestemming gevraagd en gekregen van de ziektekostenverzekeraar. Aangezien de kosten toen volledig zijn vergoed, ging verzoeker ervan uit dat de kosten ook in 2009 voor vergoeding in aanmerking zouden komen.
- 4.3. Op 22 september 2009 heeft de behandeling plaatsgevonden waarop verzoeker aanspraak maakt.
- 4.4. Rugkliniek Ipreburg heeft in 2009 onder dezelfde DBC-prestatiecode gedeclareerd als in 2008. In 2008 zijn de kosten vergoed. Verzoeker is niet door de ziektekostenverzekeraar op de hoogte gesteld van de beleidswijziging ten aanzien van de vergoeding van de behandelingen in Rugkliniek Ipreburg.

- 4.5. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling het volgende aangevoerd. De ziektekostenverzekeraar heeft nog steeds geen antwoord gegeven op de vraag waarom de onderhavige kosten niet worden vergoed. Er zijn redenen van afwijzing genoemd die later weer zijn ingetrokken. Afwijzing, enkel omdat hij voorafgaand aan de behandeling geen toestemming heeft gevraagd, is geen correcte afwijzingsgrond. In 2008 heeft eenzelfde operatie plaatsgevonden, die door de ziektekostenverzekeraar is vergoed. De verzekeringsvoorwaarden zijn sinds die tijd niet gewijzigd. De ziektekostenverzekeraar heeft nooit vermeld dat de operatie met deze DBC-code niet meer werd vergoed. Verzoeker is naar de Ipremburg Kliniek gegaan, omdat hij daar snel terecht kon en de verwachting was dat hij daar vanwege de gehanteerde operatietechniek sneller zou zijn hersteld in vergelijking met de klassieke behandelmethoden.
- 4.6. In 2008 is, net als in 2009, een PTED uitgevoerd. In het CVZ-advies worden de MI-methode en F1-methode genoemd. Bij de MI-methode treden echter meer complicaties op, en is de patiënt langer uit de roulatie. Verzoeker vraagt zich af of het CVZ kan aantonen dat hij met een PTED slechter af is dan met een reguliere behandeling.
- 4.7. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt dat verzoeker heeft verzuimd voorafgaand aan de behandeling toestemming te vragen. Als hij dit wel had gedaan, zou de ziektekostenverzekeraar verzoeker hebben kunnen melden dat de kosten van de onderhavige behandeling bij Rugkliniek Ipremburg niet voor vergoeding in aanmerking komen. Hoewel de gedeclareerde DBC-prestatiecodes in 2008 en 2009 gelijk zijn, is duidelijk geworden dat in 2009 onder die code een Percutane Transforaminale Endoscopische Dissectomie (PTED) is gedeclareerd. Deze behandeling voldoet niet aan de stand van de wetenschap en praktijk en is daarom geen verzekerde prestatie.
- 5.2. Daarnaast is het door de zorgverlener in rekening gebrachte tarief hoger dan het gemiddelde tarief dat door andere medische instellingen wordt gefactureerd.
- 5.3. De ziektekostenverzekeraar is niet gehouden al zijn verzekerden op de hoogte te stellen van elke wijziging in het beleid.
- 5.4. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag terecht is afgewezen.
6. De bevoegdheid van de commissie
- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.
7. Het geschil
- 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van een PTED-behandeling in Rugkliniek Ipremburg te vergoeden.
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 restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 19 e.v. van de zorgverzekering.
Artikel 20 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op geneeskundige zorg bestaat, en luidt, voor zover hier van belang:

“(…)

Niet-klinische medisch-specialistische zorg:

Aanspraak bestaat op de vergoeding van kosten voor medisch-specialistische behandeling in een of door een als ziekenhuis toegelaten instelling. De aanspraak omvat de vergoeding van kosten voor met de behandeling gepaard gaande verpleging, alsmede de bij de behandeling behorende geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.

Voorts bestaat aanspraak op de vergoeding van kosten voor medisch-specialistische behandeling in een zelfstandig behandelcentrum.

(…)”

In artikel 1 van de zorgverzekering staan de begripsomschrijvingen vermeld. In dit artikel is een Zelfstandig behandelcentrum gedefinieerd als een centrum voor medisch-specialistische zorg (onderzoek en behandeling), dat als zodanig conform de bij of krachtens wet gestelde regels is toegelaten.

In artikel 2 van de zorgverzekering is bepaald dat de aanspraak op vergoeding van kosten van zorg als in de zorgpolis omschreven, naar inhoud en omvang mede wordt bepaald door de stand der wetenschap en praktijk, dan wel, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

- 8.3. De artikelen 2 en 20 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.4. Artikel 11, lid 1, onderdeel b 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 vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.
Medisch specialistische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.1 en 2.4 Bzv.

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

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Beoordeeld dient te worden of een PTED-behandeling een verzekerde prestatie vormt op grond van de zorgverzekering. Dit is het geval indien zij voldoet aan de stand van de wetenschap en de praktijk als bedoeld in de voorwaarden van de zorg-

verzekering. Hierbij 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.

- 9.2. 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.

- 9.3. Een onderzoek naar dergelijke kwalitatieve onderzoeken met betrekking tot de onderhavige behandeling is door het CVZ uitgevoerd in zijn advies van 15 oktober 2010. Het CVZ concludeert dat de PTED-behandeling niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is. De commissie neemt deze conclusie over en maakt die tot de hare.

Gewekt vertrouwen

- 9.4. Verzoeker is van mening dat hij erop mocht vertrouwen dat hij de behandeling in 2009 vergoed zou krijgen. Hij heeft geen aanvraag heeft ingediend. Redengevend hiervoor is naar het oordeel van verzoeker dat de ziektekostenverzekeraar de kosten van eenzelfde behandeling in 2008 ook aan hem heeft vergoed.

Uit het enkele feit dat vergoeding in 2008 heeft plaatsgevonden kan verzoeker, naar het oordeel van de commissie, niet het vertrouwen ontlenen dat hem in 2009 wederom een vergoeding zou worden verstrekt. Gesteld noch gebleken is dat de ziektekostenverzekeraar in 2008 heeft gehandeld op een wijze die bij verzoeker de indruk heeft kunnen wekken dat de toen gevolgde gedragslijn berustte op een bewuste en weloverwogen standpuntbepaling van de ziektekostenverzekeraar.

Conclusie

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

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 19 januari 2011,

Voorzitter