

# **ANONIEM BINDEND ADVIES**

Partijen : Mevrouw A te B, vertegenwoordigd door mevrouw C te D, tegen E te F en G te H  
Zaak : Geneeskundige zorg, percutane transforaminale endoscopische discectomie (PTED)  
Zaaknummer : 2013.00666  
Zittingsdatum : 17 juli 2013

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. P.J.J. Vonk (fungerend voorzitter), mr. H.P.Ch. van Dijk en mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden zorgverzekering 2012, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2012)

---

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door mevrouw C te D,

tegen

1) E te F, en

2) G te H,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van het [naam ziektekostenverzekeraar] Keuze Zorg Plan (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen ExtraZorg 4 en ExtraTand 4 afgesloten (hierna: 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. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van een operatie aan de rug door middel van een percutane transforaminale endoscopische dissectomie (PTED) (hierna: de aanspraak). Bij brief van 20 september 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.

3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 6 februari 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.3. Bij brief van 5 maart 2013 heeft verzoekster 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).

- 3.4. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 37,- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 23 april 2013 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 2 mei 2013 aan verzoekster gezonden.
- 3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 13 mei 2013 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 29 mei 2013 schriftelijk medegedeeld eveneens niet te willen worden gehoord.
- 3.7. Bij brief van 2 mei 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 3 juni 2013 (zaaknummer 2013058249) heeft het CVZ 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-behandeling niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Dit standpunt dateert van 10 juli 2008. Op 6 oktober 2010 is een aanvullende search gedaan. Dit gaf geen aanleiding tot wijziging van het eerdere standpunt. In mei 2012 is opnieuw een search gedaan. Dit gaf wederom geen aanleiding het standpunt te wijzigen. Momenteel vindt een systematische review plaats waarin alle endoscopische technieken worden beoordeeld. Een update van het standpunt wordt in de zomer van 2013 verwacht. Met betrekking tot het arrest van het Gerechtshof Amsterdam van 11 december 2012 merkt het CVZ op dat het Gerechtshof niet ondubbelzinnig heeft uitgesproken dat de PTED-techniek voor andere verzekeringen bij nader genoemde interventies tot de basisverzekering hoort. Een afschrift van het CVZ-advies is op 4 juni 2013 aan partijen gezonden. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren. Van de geboden gelegenheid hebben partijen geen gebruik gemaakt.

#### 4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Verzoekster is al een aantal jaren bekend met rugpijn en heeft sinds ruim één jaar uitstralende pijn in het linkerbeen. Zij heeft in de loop der tijd - zonder het gewenste resultaat - diverse therapieën gevolgd in verband met haar klachten. Uiteindelijk heeft zij zich tot Rugkliniek Ipreburg gewend.
- 4.2. De behandelend orthopedisch chirurg heeft bij verzoekster de diagnose "medio laterale HNP L4-L5 links" gesteld. Op 15 november 2012 heeft de behandeling plaatsgevonden, waarop verzoekster aanspraak maakt, overeenkomstig de wijze zoals in de aanvraag vermeld.
- 4.3. Het Gerechtshof Amsterdam heeft op 11 december 2012 een arrest gewezen (LJN BY6499) en bij die gelegenheid geoordeeld dat de onderhavige behandeling voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk.
- 4.4. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

## 5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De behandeling zoals bij verzoekster uitgevoerd, voldoet niet aan de stand van de wetenschap en praktijk, en vormt daarom geen verzekerde prestatie onder de zorgverzekering.
- 5.2. Ten aanzien van het arrest van het Gerechtshof Amsterdam van 11 december 2012 merkt de ziektekostenverzekeraar op dat hierin wordt aangenomen dat de PTED-behandeling voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Echter, via een link op de website van de zorgverlener is een reactie van het CVZ met betrekking tot de vergoeding van een PTED-behandeling te vinden. Hierin licht het CVZ toe hoe de vergoeding elders (internationaal) is geregeld, en dat het feit dat de kosten in andere landen worden vergoed voor het college geen doorslaggevende reden is om de behandeling in de zorgverzekering op te nemen. De vergoedingsstatus kan per land verschillen, afhankelijk van de wijze waarop het betreffende zorgstelsel is ingericht. Omdat de ziektekostenverzekeraar in het kader van de vergoeding van kosten de visie van het CVZ dient aan te houden, vormt voornoemd arrest voor hem geen reden om tot vergoeding over te gaan.
- 5.3. Voorts heeft de commissie in het bindend advies van 13 juni 2012 (2011.02397) vergoeding van de kosten van de PTED-behandeling afgewezen, omdat deze niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Hierbij heeft de commissie eveneens het advies van het CVZ gevolgd.
- 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 16 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering en 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 restitutiepolis, zodat de verzekerde in beginsel kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen 1 e.v. van de 'aanspraken' van de zorgverzekering.

Artikel 2 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op behandeling in een zelfstandig behandelcentrum bestaat, en luidt:

*“Wij vergoeden bij behandeling in een zelfstandig behandelcentrum de kosten van:*

- verpleging en verzorging;*
- medisch specialistische zorg of kaakchirurgische zorg;*
- de bij de behandeling behorende paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.*

*De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen medisch specialisten en kaakchirurgen als zorg plegen te bieden.*

*Voorwaarden*

- U moet zijn doorverwezen door een huisarts, tandarts in het geval dat het kaakchirurgische zorg betreft of een andere medisch specialist.*
- Wanneer het gaat om plastische chirurgie of kaakchirurgie moet u ons ten minste drie weken voor de dagbehandeling om toestemming vragen. Als bewijs van onze toestemming geven wij het zelfstandig behandelcentrum een garantieverklaring.*
- U moet uw huisarts, tandarts of medisch specialist machtigen de reden van opname aan onze medisch adviseur bekend te maken.”*

- 8.3. Artikel 2.4 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering bepaalt dat vergoeding van de kosten van zorg als in de basisverzekering omschreven, mede naar inhoud en omvang wordt 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.
- 8.4. De artikelen 2 van de zorgverzekering en 2.4 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2.1 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.5. 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.  
Geneeskundige 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 en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
- 8.6. 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 gereuleerde 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. De vraag is in de eerste plaats of een operatie aan de rug met behulp van de PTED-techniek, zoals bij verzoekster uitgevoerd, 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 onderzoeksopzet, 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-techniek is door het CVZ uitgevoerd, en de bevindingen hiervan zijn in het advies van 3 juni 2013 verwoord. De conclusie van het advies is dat een rugoperatie met behulp van de PTED-techniek geen zorg is conform de stand van de wetenschap en praktijk.
- 9.5. Het Gerechtshof Amsterdam heeft in zijn arrest van 11 december 2012 (LJN BY6499) evenwel overwogen dat appellante in de procedure *“met de door haar overgelegde medische artikelen niet alleen voldoende gemotiveerd verweer gevoerd tegen de stelling van [de verzekeraar] dat de PTED-methode niet meer aan de eisen voldeed, maar ook, indien zij stelplicht zou hebben, in deze procedure afdoende heeft aangetoond 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.”*
- 9.6. Zoals uit het CVZ-advies van 3 juni 2013 blijkt, strookt het oordeel van het Hof niet met de – meer recente – inzichten van het CVZ. Deze inzichten zijn, zoals hiervoor is overwogen, gebaseerd op een beoordeling van de beschikbare wetenschappelijke literatuur op dit vlak, waar het Hof zich heeft beperkt tot en selectie daarvan. Aan het door het Hof in zijn overwegingen betrokken gegeven dat de PTED-behandeling in verschillende landen met goede resultaten wordt toegepast en ook door (zorg)verzekeraars wordt vergoed, kan geen doorslaggevende betekenis worden toegekend, met name niet omdat in de betreffende landen de criteria waaronder zorg onder de (sociale) ziektekostenverzekering is gedekt, andere zullen zijn dan die welke in Nederland worden gehanteerd, en dan met name het criterium dat de behandeling conform de stand van de wetenschap en praktijk dient te zijn.
- 9.7. Gelet op het voorgaande is de conclusie dat de PTED-methode niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en dat deze zorg geen verzekerde prestatie vormt in het kader van de zorgverzekering.
- 9.8. Wellicht ten overvloede merkt de commissie hierbij op dat in artikel 2 van de zorgverzekering is bepaald dat de verzekerde dient te beschikken over een verwijzing van – in dit geval – de huisarts. Door verzoeker is een verwijzing overgelegd, gedateerd 22 maart 2013. Deze dateert dus van na de operatiedatum en heeft derhalve niet als een geldige verwijzing te gelden. Zoals de commissie eerder heeft geoordeeld, vormt de verwijzing geen formaliteit, maar een middel van de ziektekostenverzekeraar om de poortwachtersfunctie van de huisarts daadwerkelijk invulling te geven.

#### **Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering**

- 9.9. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor de onderhavige zorg, zodat op basis van deze verzekering geen vergoeding kan worden toegewezen.

#### **Conclusie**

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

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 17 juli 2013,

Voorzitter