

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B versus C te D
Zaak	: geneeskundige zorg, medisch specialistische zorg, endoscopische abrasio L5/S1
Zaaknummer	: ANO08.045
Zittingsdatum	: 12 maart 2008

VOORLEGGER

Zaak: ANO08.045 geneeskundige zorg, medisch specialistische zorg, endoscopische Abrasio L5/S1

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 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 na te melden besluit van de zorgverzekeraar van 27 juni 2007 .

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(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 orthopeed heeft bij verzoeker de volgende diagnose gesteld: "laterale HNP I3/4 rechts en een te nauw foramen L4/5 rechts". Verzoeker heeft naar aanleiding van de gestelde diagnose bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van de door hem gewenste zorg bestaande uit "percutane transforaminale endoscopische discectomie" ten laste van de zorgverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 27 juni 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat zijn aanspraak is afgewezen.
- 3.3. Op 24 april 2007 heeft volgens het operatieverslag van die datum endoscopische abrasio L5/S1 plaatsgevonden. Het medisch verslag van de orthopedisch chirurg van 25 juli 2007 spreekt vervolgens van een controle na percutane transforaminale endoscopische ablasie in april 2007 terwijl de nota van de chirurg een endoscopische operatie aangeeft
- 3.4. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 21 augustus 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat hij heeft besloten zijn standpunt te handhaven.
- 3.5. Bij brief van 1 oktober 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 23 januari 2008 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 28 januari 2008 aan verzoeker toegezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 7 februari 2008 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden. De zorgverzekeraar heeft op 11 februari 2008 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden.
- 3.9. Bij brief van 29 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 19 februari zijn advies gegeven en heeft de commissie geadviseerd de aanspraak van verzoeker af te wijzen omdat een hernia-operatie volgens de PTED methode (nog) niet kan worden aangemerkt als gebruikelijke zorg. Een afschrift hiervan is gelijktijdig met dit bindend advies aan partijen gezonden.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat hij acht jaar pijnklachten in de rug heeft. Hij allerlei behandelingen heeft geprobeerd, echter zonder blijvend resultaat. Dat zijn neuroloog begin 2007 een operatie niet geïndiceerd achtte. Dat, gelezen hebbend over de rugkliniek in Heerenveen, verzoeker een afspraak gemaakt heeft met dr. Ipreburg die vervolgens een operatie wel geïndiceerd achtte, en wel een percutane transforaminale endoscopische discectomie.
- 4.2. Verzoeker 24 april 2007 heeft een percutane transforaminale endoscopische abrasie ondergaan heeft met als gevolg afnemende pijnklachten.
- 4.3. 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 een endoscopische transforaminale benadering van een HNP geen gebruikelijke zorg is. Dit heeft het CVZ geconcludeerd in zijn advies van 10 oktober 2006.
- 5.2. Dat verder de behandelend neuroloog geen operatie geïndiceerd achtte, dr. Ipreburg geen duidelijke indicatie voor de operatie heeft gegeven zodat de medische noodzaak van de ingreep hiermee twijfelachtig geworden is.
- 5.3. 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

brenge. De commissie is daarentegen niet bevoegd ten aanzien van de aanvullende verzekering.

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. Het betreft hier een natapolis, 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. Artikel 8.2 bepaalt voorzover hier van belang:

De inhoud en omvang van de zorgvormen ter zake waarvan recht op zorg bestaat, worden 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 Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (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.
- 7.6. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.7. In geschil is of een percutane transforaminale benadering bij een lumbale hernia (HNP op niveau L5/S1) te beschouwen is 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: 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.
- 7.9. 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 be-

keken 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 is door het CVZ in zijn advies van 10 oktober 2006 uitgevoerd. Daarbij was de conclusie dat de endoscopische transforaminale benadering bij een lumbale hernia, een HNP, (nog) geen gebruikelijke zorg is. Er is weliswaar al over een aanzienlijk aantal patiënten gepubliceerd (alleen niet-gecontroleerde studies), maar er zijn geen lange termijn follow-up resultaten bekend. Gezien de recidiefkans is een follow-up van minstens vijf jaar noodzakelijk. De conclusie van het onderzoek van het CVZ d.d.10 oktober 2006 (gepubliceerd in RZA) waarnaar het CVZ in zijn advies van 19 februari 2008 verwijst, komt de commissie juist voor. Derhalve neemt zij deze over en maakt zij tot de hare. De behandeling zoals verzoeker die heeft ondergaan kan derhalve niet worden beschouwd als zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden, in de zin van artikel 8.2 van de zorgverzekering. Dat wordt niet anders door de mededeling in laatstgenoemd advies van het CVZ, dat tegen mei 2008 de uitkomst van een door het CVZ uit te voeren systematische review wordt verwacht.
- 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, 12 maart 2008,

Voorzitter