

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B vs C te D
Zaak	: Geneeskundige zorg, Percutane transforaminale endoscopische discectomie (PTED)
Zaaknummer	: 2008.00633
Zittingsdatum	: 5 november 2008

Zaak: 2008.00633, geneeskundige zorg, Percutane transforaminale endoscopische dissectomie (PTED)

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: verzoeker,

tegen

C te D, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen de beslissing van de zorgverzekeraar van 28 november 2007 de kosten van de door hem ondergane rugoperatie (Percutane transforaminale endoscopische dissectomie (PTED)) niet te vergoeden.

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 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 orthopedisch chirurg heeft bij verzoeker de volgende diagnose gesteld: "forse discopathie op niveau L4-5 en L5-S1, L4-5 mogelijk recidief". Verzoeker heeft naar aanleiding van de gestelde diagnose bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten verbonden aan een rugoperatie in dagbehandeling ten laste van de zorgverzekering (hierna: de aanspraak). Bij declaratieoverzicht van 28 november 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat zijn aanspraak is afgewezen.
- 3.3. Op 29 augustus 2007 heeft de behandeling, op de vergoeding waarvan verzoeker aanspraak maakt, overeenkomstig de wijze zoals in de aanvraag vermeld, plaatsgevonden.
- 3.4. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 14 januari 2008 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.5. Bij brief van 5 maart 2008 heeft verzoeker zich tot de SKGZ gewend omdat hij zich niet kan vinden in de afwijzing.

- 3.6. Bij brief van 3 april 2008 heeft een bemiddelingspoging plaatsgevonden door de Ombudsman Zorgverzekeringen. Deze bemiddeling heeft niet tot een beter resultaat geleid.
- 3.7. Bij brief van 28 juni 2008 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog ten laste van de zorgverzekering in te willigen.
- 3.8. 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.
- 3.9. De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie bij brief van 25 augustus 2008 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 28 augustus 2008 aan verzoeker toegezonden.
- 3.10. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 3 september schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De zorgverzekeraar heeft op 1 oktober 2008 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden.
- 3.11. Bij brief van 28 augustus 2008 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 september 2008 heeft het CVZ bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek van verzoeker af te wijzen omdat de PTED-techniek op grond van de internationale stand van de wetenschap en praktijk onvoldoende beproefd en deugdelijk is bevonden en daarmee niet voldoet aan het criterium 'stand van de wetenschap en praktijk'. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.12. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 5 november 2008 gehoord. Verzoeker in persoon en de zorgverzekeraar telefonisch. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.13. Bij brief van 6 november 2008 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting toegezonden 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 11 november 2008 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. Verzoeker stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, Dat hij in 2000 een herniaoperatie op niveau L4-5 heeft ondergaan. In juni 2007 kreeg hij progressief toenemend zeer heftige pijn. In eerste instantie is hij naar het MST in Enschede verwezen door zijn huisarts. Na enkele tests, zonder een scan, is men daar tot de conclusie gekomen dat de klachten afkomstig waren van littekenweefsel van de vorige herniaoperatie. Hij is met pijnstilling naar huis gezonden. Tijdens zijn vakantie in Kroatië eind juli 2007, werd de pijn wederom onhoudbaar. Hij is daarop begin augustus per vliegtuig en ambulance gerepatriëerd. In eerste instantie is hij op 3 augustus 2007 door zijn huisarts wederom naar het MST te Enschede verwezen, alwaar hij,

wederom zonder scan, opnieuw met (zwaardere) pijnstillers naar huis is gezonden. Op 6 augustus werd de situatie onhoudbaar en is hij wegens dreigende permanente uitval door zijn huisarts naar de Rugpoli Twente verwezen, alwaar men middels een MRI een recidief hernia op niveau L4-5 en een nieuwe hernia op niveau L5-S1 heeft gediagnosticeerd. Op 29 augustus 2007 is hij hieraan geopereerd.

- 4.2. Verzoeker vindt het onbegrijpelijk dat zijn operatie niet wordt vergoed. De Rugpoli Twente is door de zorgverzekeraar gecontracteerd en zo dit niet het geval zou zijn geweest, dan had hij op grond van artikel 11 onder b en e van de zorgverzekering recht op vergoeding van de kosten. De redelijkheid gegeven de omstandigheden leiden ertoe dat de volledige rekening van de behandeling, te weten € 6.500,00 wordt vergoed.

- 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 uit het operatieverslag dat op 4 januari 2008 aan hem is verzonden, is gebleken dat bij verzoeker een herniaoperatie middels een PTED op niveau L4-5 heeft plaatsgevonden. Omdat een herniaoperatie middels een PTED op grond van de internationale stand van de wetenschap en praktijk, nog onvoldoende beproefd en deugdelijk is bevonden, behoort deze operatie niet tot de verzekerde prestaties.

- 5.2. Omdat de zorgverzekeraar niet vooraf om zorgbemiddeling dan wel om een machtiging voor de onderhavige behandeling is gevraagd, is hij niet in de gelegenheid gesteld verzoeker erop te wijzen dat de behandeling niet voor vergoeding in aanmerking zou komen.

- 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 brengen.

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. Het betreft hier een naturapolis, 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. 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."

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 Bzv en de Rzv.

7.5. 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.

7.6. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.

7.7. 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 allereerst 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.

- 7.8. 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 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.

- 7.10. Een onderzoek naar dergelijke kwalitatieve onderzoeken met betrekking tot de onderhavige behandeling bij de aandoening van verzoeker is door het CVZ in oktober 2006 uitgevoerd. 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 gaande 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.

7.11. De conclusie van het onderzoek van het CVZ van 10 oktober 2006 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 over en maakt zij 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 artikel 8.4 van de 'Aanspraken' van de zorgverzekering.

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

8. Het bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 19 november 2008,

Voorzitter