



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen Menzis Zorgverzekeraar N.V. en Menzis N.V.,
beide te Wageningen

Zaak : Geneeskundige zorg, percutane transforaminale endoscopische
discectomie (PTED), stand wetenschap en praktijk

Zaaknummer : 201500446

Zittingsdatum : 1 juli 2015

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden zorgverzekering 2015, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2015)

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker,
tegen

- 1) Menzis Zorgverzekeraar N.V. te Wageningen, en
- 2) Menzis N.V. te Wageningen,
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 verzekering ZorgVerzorgd (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering FNV Zorg afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
De eveneens afgesloten aanvullende verzekering FNV Tand is niet in geschil en blijft daarom in het vervolg buiten beschouwing.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een percutane transforaminale endoscopische discectomie (PTED) (hierna: de aanspraak). Bij brief van 21 januari 2015 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 2 februari 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft bij brief van 4 maart 2015 aan verzoeker medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling.
- 3.4. Bij brief van 10 maart 2015 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 22 april 2015 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 5 mei 2015 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 8 mei 2015 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 29 juni 2015 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10, lid 9 van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat, gebruik makend van de haar op grond van artikel 22 van dit reglement toekomende bevoegdheid, de onderhavige zaak in afwijking van het bepaalde in artikel 13, lid 5 onder a van bedoeld reglement enkelvoudig wordt afgedaan.
- 3.9. Bij brief van 5 mei 2015 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 1 juni 2015 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2015057305) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat de PTED niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en daarmee geen verzekerde zorg is. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 1 juli 2015 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.11. Bij brief van 3 juli 2015 heeft de commissie het Zorginstituut een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of deze aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 8 juli 2015 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen geen aanleiding vormen tot aanpassing van het advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. De behandelend arts van verzoeker heeft op 30 juni 2014 verklaard: *"De MRI van de LWK van 17 juni 2014 laat een protrusie op het niveau L4-L5 en een nauwe recessus lateralis vooral rechts zien met compressie van de wortel L5 rechts. (...) Om de diagnose zekerder te stellen heb ik patiënt een selectieve wortelblokkade van de wortel L5 in het foramen L5-S1 rechts voorgesteld. Deze zal in onze kliniek worden verricht door collega (...) In het kort werd ingegaan op de mogelijkheden van een transforaminale endoscopische discectomie in het geval de selectieve wortelblokkade positief zou zijn. (...)"*
Op 18 juli 2014 heeft de arts verklaard: *"Op 18 juli 2014 informeerde de patiënt ons dat de pijn later op de avond was verminderd tot 60 à 65%. Hiermee is de selectieve wortelblokkade positief. Patiënt werd een kostenoverzicht gestuurd en werd in overleg en onder voorbehoud op de operatielijst geplaatst".*
- 4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft de PTED afgewezen op de grond dat deze ingreep niet conform de stand van de wetenschap en praktijk zou zijn. Deze techniek wordt echter al vele jaren door de behandelend arts en door andere artsen in zowel Nederland als het buitenland met veel succes uitgevoerd, zodat bewezen is dat deze effectief en veilig is. Verzoeker heeft enkele jaren eerder op een andere plek in zijn rug eenzelfde operatie ondergaan in de Alpha Klinik te Duitsland. Hiermee zijn goede resultaten bereikt. De kosten van die ingreep zijn destijds door een andere zorgverzekeraar vergoed. De operatie leidde er destijds toe dat verzoeker binnen zes weken weer aan het werk kon. Inmiddels is hij volledig afgekeurd. Verzoeker wil graag weer aan het werk.

- 
- 4.3. Indien geen volledige vergoeding voor de PTED mogelijk is, dient de ziektekostenverzekeraar ten minste over te gaan tot vergoeding van de kosten van een vergelijkbare ingreep. Verzoeker heeft onvoldoende inkomen om de PTED zelf te kunnen bekostigen.
- 
- 4.4. Ter zitting is door verzoeker aangevoerd dat hij in 2006 een operatie heeft ondergaan aan de linkerkant van zijn rug. Deze operatie heeft plaatsgevonden in de Alpha Klinik in München, en heeft voor hem aanvankelijk een geweldig resultaat opgeleverd. Een jaar later kreeg hij echter opnieuw klachten, en is hij door een neurochirurg in Alkmaar geopereerd aan het S1-gewricht. Deze operatie heeft niets verbeterd. Aangezien verzoeker nu ook klachten heeft aan de rechterkant van zijn rug, wil hij met dezelfde techniek worden behandeld als in München. De ziektekostenverzekeraar wijst vergoeding echter af met als reden dat deze ingreep niet zou voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Verzoeker vindt dit vreemd, omdat de behandeling in 2006 ook is uitgevoerd, en toen wel een vergoeding volgde. Bovendien zullen er nooit genoeg onderzoeken komen als verzekerden geen vergoeding krijgen voor de ingreep.
- 
- 4.5. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
- 
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 
- 5.1. De aangevraagde ingreep, waarbij wordt geopereerd door middel van de PTED-techniek, is geen zorg conform de stand van de wetenschap en praktijk en daarmee geen verzekerde prestatie onder de zorgverzekering. Het Zorginstituut heeft hiernaar onderzoek gedaan, en is tot de conclusie gekomen dat er nog onvoldoende bewijs voor de effectiviteit van deze behandeling is. Verzoeker heeft dan ook geen aanspraak op deze ingreep, ten laste van de zorgverzekering.
- 
- 5.2. De ziektekostenverzekeraar heeft de PTED in het verleden nooit vergoed, en dit was voor zover hem bekend ook het geval bij andere verzekeraars. Het is niet mogelijk verzoeker een vergoeding te verlenen als ware een reguliere rugoperatie uitgevoerd, omdat de zorgverzekering geen mogelijkheid tot substitutie kent. Tot slot merkt de ziektekostenverzekeraar op dat de aanvullende ziektekostenverzekering geen dekking biedt voor de onderhavige ingreep.
- 
- 5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat de PTED-techniek door de Minister van VWS voorwaardelijk is toegelaten tot het basispakket. Dit is gebeurd in 2014. Dit betekent echter niet dat de techniek voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, en ook niet dat een vergoeding mogelijk is. De techniek is gedurende enkele jaren wel conform de stand van de wetenschap en praktijk geweest. Behandelingen kunnen echter ook weer uitstromen uit het pakket. Dit is altijd lastig uit te leggen aan verzekerden.
- 
- 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 A17 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 naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de polisvoorwaarden van de zorgverzekering.

8.3. Op bladzijde 30 e.v. van de zorgverzekering is bepaald wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat. De betreffende bepaling luidt, voor zover hier van belang:

“Welke zorg

U heeft recht op:

- onderzoek en diagnostiek,
- behandeling,
- materialen die de medisch specialist gebruikt, zoals geneesmiddelen, verbandmiddelen of hulpmiddelen, laboratoriumonderzoek, mechanische beademing en daarbij horende medisch specialistische zorg, geneesmiddelen, verblijf, verpleging en verzorging in of onder verantwoordelijkheid van een beademingscentrum. (...)

Welke zorgaanbieder

U kunt voor medisch specialistische zorg naar een ziekenhuis en de medisch specialist die daaraan verbonden is, of naar een medisch specialist die een eigen praktijk heeft. U kunt ook naar een zelfstandig behandelcentrum (ZBC) dat zorg biedt die gegeven wordt door een medisch specialist. (...)

8.4. Op bladzijde 7 van de voorwaarden van de zorgverzekering is, voor zover hier van belang, het volgende bepaald:

"De inhoud en omvang van de zorg in deze verzekeringsvoorwaarden wordt bepaald door wat zorgaanbieders 'plegen te bieden' en de stand van de wetenschap en de praktijk. Veel vormen van zorg zijn in de wet niet gedetailleerd omschreven. Deze vormen van zorg zijn aangeduid als zorg zoals een bepaalde beroepsgroep pleegt te bieden. Hiermee wordt de soort zorg aangegeven. Of een behandeling onder een verzekerde zorgvorm valt, wordt mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk.

Het voorgaande betekent dat u verzekerd bent voor die zorg die de betrokken beroepsgroep tot de aanvaarde verzameling van medische onderzoeks- en behandelingsmethoden rekent. Andere zorgvormen zijn wel gedetailleerd omschreven, zoals geneesmiddelen en hulpmiddelen. Ook hiervoor geldt dat deze zorgvormen alleen tot de verzekerde zorg behoren voor zover ze voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Bij sommige vormen van zorg ontbreekt een 'stand van de wetenschap', bijvoorbeeld bij zittend ziekenvervoer. Dan geldt een iets andere regel: u bent verzekerd voor hulp die in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten."

8.5. In de polisvoorwaarden van de zorgverzekering is bepaald dat deze zijn 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 zorgverzekerder 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 en 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 een rugoperatie met de PTED-techniek 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 beroepsgeenoten. 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 Zorginstituut uitgevoerd, en de bevindingen hiervan zijn in het advies van 1 juni 2015 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 in het kader van de zorgverzekering vormt. De commissie neemt het advies van het Zorginstituut over en maakt de conclusie hiervan tot de hare.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

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

Substitutie en vergoeding door andere verzekeraar

- 9.6. Voor zover verzoeker vraagt om toekenning van de vergoeding die van toepassing is op een reguliere rugoperatie, geldt dat de zorgverzekering geen mogelijkheid kent tot substitutie, in die zin dat onverzekerde zorg wordt vergoed als ware verzekerde zorg verleend.
- 9.7. Met betrekking tot de stelling van verzoeker dat zijn vorige verzekeraar een operatie met de PTED-techniek op een ander niveau in de rug enkele jaren geleden heeft vergoed, geldt dat zorgverzekeraars op basis van de polisvoorwaarden dienen te toetsen of een verzekerde in aanmerking komt voor (vergoeding van) zorg of overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Alle zorgverzekeraars in Nederland zijn met betrekking tot de inhoud van de zorgverzekering gebonden aan de geldende wet- en regelgeving. Zij mogen niet meer of minder bieden dan de regelgeving hen toestaat. Zulks brengt met zich dat een zorgverzekeraar niet gehouden is over te gaan tot vergoeding of verstrekking van zorg als de polisvoorwaarden van de zorgverzekering hiervoor geen dekking bieden, ook niet als andere zorgverzekeraars dat – om welke reden ook – wel doen. Slechts indien de ziektekostenverzekeraar een beleid voert waarbij meer wordt vergoed of verstrekt dan volgens de regelgeving inzake de zorgverzekering is toegestaan kan verzoeker op dat beleid een beroep doen. Aangezien verzoeker zich slechts beroept op het beleid van een andere zorgverzekeraar, kan hem dat – zo al van een dergelijk beleid aldaar sprake is – niet baten.

Conclusie

- 9.8. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 15 juli 2015,

J.A.M. Strens-Meulemeester