

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, vertegenwoordigd door de heer C te B, tegen D te E
Zaak : Geneeskundige zorg, percutane transforaminale endoscopische discectomie (PTED)
Zaaknummer : 2013.00200
Zittingsdatum : 28 augustus 2013

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door de heer C te B,

tegen

D te E, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering Basis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Deze verzekering is een schadeverzekeringsovereenkomst 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 zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van een percutane transforaminale endoscopische discectomie (PTED) (hierna: de aanspraak). Bij brief van 24 augustus 2012 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brieven van 19 september en 23 oktober 2012 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de zorgverzekeraar.
- 3.4. Bij brief van 24 april 2013 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar 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 verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 37,- voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar 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.
- 3.6. De zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 28 juni 2013 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 1 juli 2013 aan verzoekster gezonden.

3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 8 juli 2013 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden. Zij heeft een schriftelijke toelichting gegeven. Een afschrift hiervan is op 11 juli 2013 aan de zorgverzekeraar gezonden, waarbij hij in de gelegenheid is gesteld hierop ter zitting of schriftelijk te reageren. De zorgverzekeraar heeft bij brief van 7 augustus 2013 op de correspondentie van verzoekster gereageerd en verklaard af te zien van de mogelijkheid te worden gehoord. Een afschrift van deze reactie is op 13 augustus 2013 aan verzoekster gezonden.

3.8. Bij brief van 1 juli 2013 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Op 11 juli 2013 is een afschrift van de brief van verzoekster van 8 juli 2013 aan het CVZ gezonden. Bij brief van 1 augustus 2013 (zaaknummer 2013078396) heeft het CVZ de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat de PTED-behandeling niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Het CVZ heeft in mei 2012 een nieuwe search gedaan naar relevante literatuur ten aanzien van de PTED-behandeling. Deze search leverde 25 titels op. Op basis van de abstracts werd bepaald of de inhoud van de artikelen aanleiding kon geven tot wijziging van de conclusie uit 2008/2010. Daarvoor zou minstens nodig zijn een goed opgezet vergelijkend klinisch onderzoek naar de uitkomsten van specifiek de PTED-techniek. Geen van de 25 artikelen behelsde een verslag van een vergelijking tussen PTED en één van de standaardtechnieken (open of micro-endoscopische discectomie). Geen van de 25 voldeed daarmee aan de genoemde inclusiecriteria. Daarom was er geen aanleiding tot wijziging van het standpunt van het CVZ van 10 juli 2008/6 oktober 2010.

Ten aanzien van het beroep van verzoekster op 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 verzekerden - dan degene op wie de uitspraak betrekking heeft - bij nader genoemde interventies tot de zorgverzekering behoort.

Een afschrift van het CVZ-advies is op 9 augustus 2013 aan partijen gezonden. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren. Verzoekster heeft op 13 augustus 2013 op het CVZ-advies gereageerd. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de wederpartij gezonden.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

4.1. Verzoekster is voorheen in het reguliere circuit geopereerd en vervolgens uitbehandeld, zelfs bij de pijnpoli. Zij zou de rest van haar leven moeten omgaan met pijnklachten, die het haar onmogelijk maken nog verder te functioneren in de maatschappij. Zij heeft zich daarom tot Rugkliniek Ipreburg gewend waar werd vastgesteld dat toch sprake is van een hernia, die operatief kon worden behandeld.

4.2. Verzoekster heeft op 28 mei 2012 een hernia-operatie met behulp van de PTED-techniek ondergaan in Rugkliniek Ipreburg. De kosten van deze ingreep worden vanaf 2006 niet meer vergoed ten laste van de zorgverzekering. Verzoekster vindt dit onbegrijpelijk. Blijkbaar vinden de zorgverzekeraar en andere verzekeraars de kosten voor deze ingreep te hoog. Natuurlijk is de operatie duur, maar dat is geen reden – als je uitbehandeld bent in het reguliere medische circuit – om deze niet te vergoeden.

- 4.3. De operatie is geslaagd, en daarom is deze zorg doelmatig. Ook de resten van een eerder niet goed uitgevoerde ingreep zijn verwijderd. Deze operatietechniek is in het buitenland al zeker honderdduizend keer uitgevoerd en is internationaal volledig bewezen. Internationaal is veel gepubliceerd over het bewezen effect van de onderhavige operatietechniek.
- 4.4. Verzoekster is sindsdien voor een tweede keer geopereerd in Rugkliniek Ipreburg. Uit coulance heeft de kliniek hiervoor slechts de helft van de kosten van de eerste ingreep in rekening gebracht. Het betreft hier twee hernia's met één terugval. Dit is niet ongevoerd. Inmiddels is ook een derde ingreep uitgevoerd. Hiervoor heeft de kliniek uit coulance helemaal geen kosten in rekening gebracht. Verzoekster vindt het aanmatigend dat de zorgverzekeraar hier een oordeel over uitspreekt, terwijl deze niet beschikt over het medisch dossier.
- 4.5. Het Gerechtshof Amsterdam heeft in zijn arrest van 11 december 2012 (LJN: BY6499) geoordeeld dat de PTED-methode voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk.
- 4.6. De zorgverzekeraar heeft er geen belang bij Rugkliniek Ipreburg te contracteren. Als je niet wilt betalen, ga je immers ook niet contracteren. De genoemde vergoeding van € 981,74 is een lachertje en nauwelijks serieus te nemen.
- 4.7. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar voert aan dat de operatie volgens de PTED-methode, zoals bij verzoekster uitgevoerd, niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is en daarmee geen verzekerde prestatie onder de zorgverzekering. Dit standpunt wordt onderschreven in het rapport van het CVZ van 15 oktober 2010. Om die reden heeft zij geen aanspraak op vergoeding van de kosten hiervan ten laste van de zorgverzekering. Daarnaast heeft de commissie in zijn bindende adviezen van onder meer 25 januari 2012 (zaaknummer 2011.01992) en 9 mei 2012 (zaaknummer 2011.02397) geoordeeld dat deze ingreep "niet tot de medisch-specialistische zorg hoort die medisch specialisten plegen te bieden".
- 5.2. De zorgverzekeraar heeft kennis genomen van het arrest van het Gerechtshof Amsterdam. Dit arrest maakt het bovenstaande niet anders. Het oordeel van het Gerechtshof Amsterdam is dat de adviezen van het CVZ onvoldoende zijn gemotiveerd. Dit betekent niet dat de PTED-methode daarmee voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. De commissie is in zijn bindend advies van 20 februari 2013 (zaaknummer 2012.02397) tot de conclusie gekomen dat hiervan geen sprake is.
- 5.3. Aangezien verzoekster stelt dat de PTED-methode voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, en de zorgverzekeraar dit gemotiveerd betwist, dient verzoekster haar standpunt te bewijzen.
- 5.4. Mocht de commissie besluiten dat de PTED-methode voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, dan is de zorgverzekeraar van oordeel dat, voor zover het de eerste ingreep betreft, geen sprake is van doelmatige zorg. Deze ingreep in Rugkli-

niek Ipreburg is ruim tweemaal zo duur als een reguliere behandeling van een hernia. De kosten bedragen € 7.850,-- terwijl een gelijkwaardige reguliere behandeling ongeveer € 3.500,-- kost. De onderhavige ingreep is dus onnodig kostbaar. Daarnaast is de behandeling van verzoekster ondoelmatig op inhoud, dan wel is de doelmatigheid van de behandeling door verzoekster niet aangetoond. De eerste operatie zou geslaagd zijn. Daarbij is vermeld dat een operatie door middel van PTED-methode leidt tot een sneller herstel en weinig complicaties. Echter, inmiddels hebben twee heroperaties plaatsgevonden, namelijk de tweede operatie en de operatie die de gemachtigde van verzoekster noemt in zijn brief van 21 december 2012. Hoewel uit de in de procedure gebrachte stukken niet blijkt wat de reden is voor deze twee heroperaties, zijn er volgens de zorgverzekeraar slechts twee mogelijke conclusies te trekken, te weten (i) de heroperaties zijn het gevolg van fouten in de eerdere operaties door Rugkliniek Ipreburg, (ii) de eerste operatie en de heroperaties zijn deeloperaties binnen één herniabehandeling, waardoor de totaalprijs van deze behandeling minimaal € 12.000,-- bedraagt.

5.5. Mocht de commissie desalniettemin besluiten dat de behandelingen doelmatig waren, dan betekent dit niet dat de kosten voor volledige vergoeding in aanmerking komen. Rugkliniek Ipreburg is namelijk niet door de zorgverzekeraar gecontracteerd. Op grond van artikel B24 van de zorgverzekering komen de kosten van medisch specialistische zorg bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder slechts in aanmerking voor vergoeding tot een maximumbedrag. In dit geval zou de vergoeding maximaal € 981,74 bedragen.

5.6. De zorgverzekeraar 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 algemene voorwaarden van de zorgverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

7.1. In geschil is of de zorgverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen ten laste van de zorgverzekering.

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 ziektekostenverzekeraar heeft echter in artikel B3 van de zorgverzekering bepaald dat hij overeenkomsten sluit met zorgaanbieders. Als de verzekerde kiest voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, wordt een deel van de kosten vergoed. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen B10 e.v. van de zorgverzekering.

- 8.3. Artikel B24 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat, en luidt, voor zover hier van belang:

“(…)

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 dat specialistische zorg biedt.

(…)”

- 8.4. Artikel B4.1 van de zorgverzekering bepaalt dat zorg moet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk, en luidt, voor zover hier van belang:

“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. (…)”

- 8.5. Artikel B5 van de zorgverzekering bepaalt dat alleen aanspraak bestaat op zorg indien de verzekerde hiervoor een indicatie heeft en de zorg doelmatig is. Dit artikel luidt:

“Natuurlijk heeft u alleen recht op een onderzoek of een behandeling als dat nodig is. Om voor zorg in aanmerking te komen moet er een indicatie zijn. Zoals de wet het zegt, u moet ‘redelijkerwijs zijn aangewezen’ op de zorg. Welke zorg voor u nodig is, wordt objectief bekeken. Die zorg moet bovendien doelmatig zijn. Zorg die onnodig is, of onnodig veel kost in vergelijking met een andere zorgvorm die gelijkwaardig is gezien de indicatie en uw zorgbehoefte, komt niet voor rekening van de verzekering.”

- 8.6. De artikelen B3, B4.1, B5 en B24 van de zorgverzekering zijn volgens de artikelen B1 en B6 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.7. 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.

Artikel 13 Zvw regelt de aanspraak op zorg indien een verzekerde gebruik maakt van een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverlener.

- 8.8. 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 zorgverzekeraar 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 zorgverzekeraar ingenomen standpunt, is de eerste vraag die ter beantwoording voorligt of de door verzoekster ondergane behandeling voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk zoals 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 me-

dische 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. Het CVZ heeft in zijn advies van 1 augustus 2013 een onderzoek naar dergelijke kwalitatieve onderzoeken met betrekking tot de onderhavige behandeling uitgevoerd. De conclusie hiervan, die de commissie overneemt en tot de hare maakt, is dat de ingreep met de PTED-techniek zoals bij verzoekster toegepast, niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en daarmee geen verzekerde prestatie is op grond van de zorgverzekering. Aan de vraag of de behandeling doelmatig is, en zo ja, welk bedrag dan door de zorgverzekeraar zou moeten worden vergoed, wordt derhalve niet toegekomen.

Arrest Hof Amsterdam

- 9.5. Het Gerechtshof Amsterdam heeft in zijn arrest van 11 december 2012 geoordeeld dat het in beginsel op de weg van de verzekerde ligt te stellen - en bij gemotiveerde betwisting door de zorgverzekeraar te bewijzen - dat de PTED-techniek aan de stand van de wetenschap en praktijk voldoet. Omdat echter de PTED-techniek tussen 2002 en 2006 naar aanleiding van een CVZ-advies werd geacht te voldoen aan dit criterium, is het volgens het Hof nu aan de zorgverzekeraar om te bewijzen dat de PTED-techniek niet langer voldoet aan voornoemd criterium. In de betreffende zaak had de verzekerde gemotiveerd aangevoerd (met het in het geding brengen van medische artikelen) dat de PTED-techniek voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en heeft de betreffende zorgverzekeraar dit onvoldoende gemotiveerd bestreden. Daarom heeft het Hof geoordeeld dat: “in deze procedure en tussen deze partijen moet worden aangenomen dat deze techniek voldoet aan de maatstaf van de internationale stand van de wetenschap en de internationale praktijk”. Dit betekent dus dat niet ten algemene is geoordeeld dat de PTED-techniek voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Zoals onder 9.1 tot en met 9.4 is overwogen, is er onvoldoende wetenschappelijk bewijs om tot de conclusie te komen dat de behandeling wél aan voornoemd criterium voldoet en daarmee een verzekerde prestatie vormt onder de zorgverzekering.

Conclusie

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

Zeist, 28 augustus 2013,

Voorzitter