



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen FBTO Zorgverzekeringen N.V. te Leeuwarden
Zaak : Medisch specialistische zorg, PTED-behandeling, stand van de wetenschap en praktijk, voorwaardelijke toelating, bejegening
Zaaknummer : 201602233
Zittingsdatum : 22 maart 2017

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden zorgverzekering 2016, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.2 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2016)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

FBTO Zorgverzekeringen N.V. te Leeuwarden, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de FBTO Zorg basisverzekering naturapolis (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 Module Spieren en Gewrichten afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De eveneens afgesloten aanvullende verzekering Module Tand is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

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 (hierna: PTED) (hierna: de aanspraak). Op enig moment 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 e-mailbericht van 25 mei 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben vervolgens uitgebreid hierover gecorrespondeerd.
- 3.3. Nadat verzoeker de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen had benaderd, heeft de Ombudsman Zorgverzekeringen hem op 12 oktober 2016 medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling. Verzoeker is hierbij gewezen op de mogelijkheid de kwestie voor bindend advies voor te leggen aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen.
- 3.4. Bij brief van 12 oktober 2016 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 20 januari 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 30 januari 2017 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 13 februari 2017 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 3 maart 2017 telefonisch medegedeeld niet 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 de onderhavige zaak enkelvoudig wordt afgedaan.
- 3.9. Bij brief van 30 januari 2017 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 13 februari 2017 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2017005074) 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 behandeling (nog) niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Het Zorginstituut licht zijn advies als volgt toe: *"De medisch adviseur deelt mee dat indien de pijnklachten worden veroorzaakt door een lumbosacraal syndroom en deze niet met conservatief beleid verdwijnen, kan worden gekozen voor decompressie van de zenuwwortel door middel van het operatief verwijderen van de hernia. Hiervoor bestaan verschillende technieken, o.a. open microdisectomie en de recenter ontwikkelde PTED techniek. Zorginstituut Nederland heeft op 29 oktober 2013 een standpunt gepubliceerd waarin alle endoscopische technieken zijn beoordeeld. Het Zorginstituut concludeerde dat de transforaminale endoscopische methode (PTED, TF) van een lumbale hernia nuclei pulposi op één niveau (als eerste ingreep en als tweede ingreep na een recidief) niet als conform de stand van de wetenschap en praktijk kan worden beschouwd. In de jaren na de publicatie van het standpunt is er een traject voor voorwaardelijke toelating opgezet, waarbij patiënten in onderzoeksverband een behandeling met de PTED techniek wel vergoed krijgen. Door loting wordt bepaald of patiënten die hiervoor in aanmerking willen komen, behandeld worden met de PTED techniek, dan wel in de controle groep terecht komen die behandeld worden door middel van microdisectomie. Alleen voor patiënten die meedoen aan dit onderzoek en ingeloot zijn, is de PTED techniek sinds 1 januari 2016 toegelaten tot het basispakket voor de duur van vier jaar. Voor andere patiënten met een medische indicatie wordt de behandeling niet vergoed omdat de standaard behandeling (microdisectomie) de meest toegepaste behandeling is en de capaciteit van ervaren chirurgen die een PTED behandeling kunnen uitvoeren beperkt is. Naar het oordeel van de medisch adviseur blijkt uit de in het dossier aanwezige informatie dat verzoeker in het kader van het voorwaardelijk toelatingstraject in de controle groep terecht is gekomen en niet in de PTED behandelingsgroep."*
Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 15 februari 2017 aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoeker heeft de commissie op 3 maart 2017 een e-mailbericht gestuurd, bij welke gelegenheid hij het verzoek heeft uitgebreid in die zin dat door hem een schadevergoeding ten bedrage van € 13.500,- wordt gevorderd, alsmede vergoeding van een eventuele tweede rugoperatie. Een afschrift hiervan is op 3 maart 2017 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden. De ziektekostenverzekeraar heeft hierop bij brief van 8 maart 2017 gereageerd. Een afschrift van deze reactie is op 9 maart 2017 aan verzoeker gezonden.
- 3.11. Verzoeker heeft de commissie op 10 maart 2017 een e-mailbericht gestuurd, waarbij een deel van de correspondentie per e-mail tussen hem en de ziektekostenverzekeraar is gevoegd. De commissie heeft besloten deze stukken toe te laten tot de procedure. Daarom zijn afschriften hiervan op 27 maart 2017 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 3.12. Verzoeker is op 22 maart 2017 telefonisch gehoord. Hij is daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.

3.13. Bij brief van 27 maart 2017 heeft de commissie het Zorginstituut afschriften van de aantekeningen van de hoorzitting en nagekomen stukken gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen en nagekomen stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 29 maart 2017 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen en nagekomen stukken 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. Verzoeker had sinds september 2015 lage rugklachten. Deze werden veroorzaakt door een hernia met bijkomende zenuwpijn. In mei 2016 heeft verzoeker de ziektekostenverzekeraar gevraagd om informatie over de verschillende hernia-operaties en waar deze worden uitgevoerd. De ziektekostenverzekeraar heeft vervolgens aan verzoeker medegedeeld dat hij geen aanspraak heeft op de door hem gewenste PTED-behandeling. Verzoeker benadrukt dat de arts hem heeft verteld dat de PTED-behandeling voor hem de beste en veiligste oplossing is. Het herstel na de ingreep is korter dan na een klassieke hernia-operatie en de kans op complicaties is veel kleiner.

4.2. Verzoeker had door de hernia zeer veel pijn en gebruikte hiervoor hoge doseringen morfine. De morfine kon de pijn echter niet volledig wegnemen. Daarnaast veroorzaakte de morfine zware hoofdpijn, impotentie, vlekken op de huid, en veel problemen met de ontlasting. Door de hernia en de pijn heeft verzoeker zijn baan verloren, en heeft hij zijn studie niet kunnen afronden. Ook heeft een en ander geleid tot relatieproblemen, waardoor verzoeker zijn huis heeft moeten verlaten. Verzoeker had uiteindelijk zoveel pijn, dat hij een operatie niet langer kon uitstellen. Hij kon de kosten van een PTED-behandeling echter niet zelf dragen. Daarom heeft hij op 29 november 2016 een andere operatie, te weten een micro tube dissectomie, laten uitvoeren.

4.3. De ziektekostenverzekeraar heeft de PTED-behandeling ten onrechte afgewezen. Het betreft de meest patiëntvriendelijke herniaoperatie. Alleen omdat één hoogleraar een aantal jaren geleden heeft gezegd dat het een inferieure techniek is, heeft het toenmalige College voor Zorgverzekeringen (thans het Zorginstituut) destijds besloten dat de PTED-behandeling niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. De PTED-behandeling is inmiddels een bewezen behandeling. Dit is bevestigd in een rechterlijke uitspraak. Wereldwijd zijn meer dan 100.000 mensen op deze wijze behandeld. Bovendien zijn alle patiënten die wèl een PTED-behandeling hebben ondergaan zeer tevreden over de resultaten van de ingreep. Verzoeker is daarom van oordeel dat deze operatie tot het verzekerde pakket dient te behoren.

4.4. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar telefonisch gevraagd om een coulancevergoeding. De ziektekostenverzekeraar heeft dit afgewezen, omdat anders "*de buurman of Pietje*" straks ook een PTED-behandeling willen. Verzoeker heeft dit als schofferend ervaren. Bovendien is hem door een medewerker van het Zorginstituut verteld dat het de ziektekostenverzekeraar niet verboden is een PTED-behandeling te vergoeden, maar dan alleen uit coulance.

4.5. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker niet correct te woord gestaan. Volgens verzoeker hebben de medewerkers die hij heeft gesproken of met wie hij per e-mail contact heeft gehad geen of onvoldoende kennis van zaken, spreekt niet iedereen voldoende Nederlands, en wordt hij af en toe zelfs onbeschoft behandeld. Voorts heeft hij het gevoel dat de betreffende medewerkers hem opzettelijk tegenwerken.

4.6. Verzoeker heeft bij e-mailbericht van 3 maart 2017 een toelichting gegeven op hetgeen hij thans nog vordert in de onderhavige procedure. Hij deelt mede dat hij na de op 29 november 2016 uitgevoerde operatie nog steeds pijnklachten heeft. Daarnaast kan hij zijn schoenen niet aandoen en niet lang zitten. Daarom heeft hij geconcludeerd dat dit niet de juiste operatie voor hem is geweest. Verzoeker vordert thans: (i) vergoeding van zijn eigen risico 2017 van € 885,-, (ii) extra vergoeding voor fysiotherapie (bovenop de dekking van de aanvullende ziektekostenverzekering), (iii) vergoeding van de kosten van vervoer naar ziekenhuizen, de huisarts, en de fysiotherapeut, (iv) een

eventueel noodzakelijke tweede rugoperatie, en (v) vergoeding van de kosten van de studie die hij niet heeft kunnen afronden door zijn rugklachten á € 10.867,--.

- 4.7. Verzoeker heeft de commissie bij e-mailbericht van 10 maart 2017 een gedeelte gestuurd van de correspondentie die per e-mail tussen hem en de ziektekostenverzekeraar is gevoerd.
- 4.8. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat hij de ziektekostenverzekeraar hem in eerste instantie heeft verteld dat er begin 2016 een studie liep naar de PTED, die in juni zou aflopen. Verzoeker is naar de betreffende zorgaanbieder gegaan en heeft gesproken met de arts. Deze achtte hem geschikt voor deze behandeling. Echter, de studie zou niet reeds in juni 2016 aflopen, maar nog geruime tijd worden voortgezet. In een volgend contact met de ziektekostenverzekeraar is aan verzoeker medegedeeld dat de PTED-behandeling niet wordt vergoed. Daarnaast gevraagd heeft verzoeker verklaard dat hij mocht deelnemen aan het onderzoek, maar dat hij was uitgeloot voor de PTED-behandeling. De betrokken arts vond hem echter een geschikte kandidaat voor de behandeling, en heeft hem gewezen op een advocaat die een groep patiënten vertegenwoordigt een PTED-behandeling hebben ondergaan. Verzoeker heeft benadrukt dat de PTED-behandeling de minst invasieve ingreep is, en dat de behandeling onder lokale anesthesie wordt uitgevoerd. Van twee betrokken verpleegkundigen vernam hij dat ook het herstel sneller verloopt. Verzoeker benadrukt dat hij meerdere keren onjuist is geïnformeerd door de ziektekostenverzekeraar. Dit heeft hij willen benadrukken met het toesturen van zijn e-mailbericht van 10 maart 2017 met bijlagen. De ziektekostenverzekeraar heeft aanvankelijk ook gezegd dat de MTD-behandeling - die verzoeker uiteindelijk heeft ondergaan - niet voor vergoeding in aanmerking komt, terwijl deze behandeling wél tot het verzekerde pakket behoort. De kosten van deze behandeling zijn inmiddels vergoed. Verzoeker heeft berekend dat hij ongeveer € 13.500,-- aan zorgkosten heeft gemaakt, omdat de PTED-behandeling niet kon worden uitgevoerd. Deze kosten zijn vergoed door de ziektekostenverzekeraar. Van dit bedrag hadden drie PTED-behandelingen kunnen worden gefinancierd. Gevraagd naar het e-mailbericht van 10 maart 2017 licht verzoeker toe dat hij hiermee wil onderbouwen dat de ziektekostenverzekeraar slecht communiceert en onjuiste dan wel onvolledige informatie verstrekt. Verzoeker benadrukt dat de pijn destijds ondraaglijk was. Hij gebruikte daarom veel morfine. Door het hele gebeuren is hij zijn baan, huis en gezin kwijt geraakt. Ook heeft hij zijn opleiding niet kunnen afronden.
- 4.9. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De door verzoeker gewenste behandeling voldoet niet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Daarom is geen sprake van verzekerde zorg. Momenteel loopt er echter wel een wetenschappelijk onderzoek en wellicht dat de uitkomsten hiervan ertoe leiden dat de PTED-behandeling in de toekomst zal worden vergoed ten laste van de zorgverzekering. Of en op welke termijn dit gebeurt, is nog niet bekend.
- 5.2. De ziektekostenverzekeraar is destijds niet tegemoet gekomen aan het verzoek om een tegemoetkoming in de kosten dan wel een coulancevergoeding te verlenen. De ziektekostenverzekeraar merkt hierbij op dat verstrekkingen uit de zorgverzekering worden vergoed uit een 'gemeenschappelijke geldpot'. Deze 'geldpot' wordt gevuld met de premie die alle verzekerden binnen Nederland voor de zorgverzekering betalen. Als de ziektekostenverzekeraar op basis van coulance zorg gaat vergoeden terwijl de zorgverzekering hiervoor geen dekking biedt, betekent dit dat daartegenover geen premie staat. Dit is een situatie die financieel gezien niet haalbaar is en onwenselijk is voor de andere verzekerden. De vergoeding van de PTED-behandeling op basis van coulance leidt uiteindelijk tot een hogere premie. Bovendien zal de scheidslijn tussen verzekerde en niet-verzekerde zorg verwateren.

- 5.3. De ziektekostenverzekeraar heeft meerdere keren telefonisch contact gehad met verzoeker. Er worden geen opnames gemaakt van telefoongesprekken. De ziektekostenverzekeraar merkt hierbij nog op dat de toon van zowel de telefoongesprekken als de e-mailberichten steeds onaangener is geworden.
- 5.4. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 8 maart 2017 gereageerd op het e-mailbericht van verzoeker van 3 maart 2017. De ziektekostenverzekeraar wijst het door verzoeker gevorderde bedrag van € 885,- ter zake van het vrijwillig en verplicht eigen risico 2017 af. De ziektekostenverzekeraar merkt op dat deze vordering eigenlijk een coulanceverzoek betreft. De ziektekostenverzekeraar herhaalt dat tegenover een coulancevergoeding geen premie staat, en dat dit daarom financieel niet haalbaar en onwenselijk is voor andere verzekerden. Ten aanzien van de gevorderde vergoeding voor fysiotherapie bovenop de al bestaande dekking van de aanvullende ziektekostenverzekering, ziet de ziektekostenverzekeraar geen reden deze toe te wijzen, omdat aan verzoeker geen onjuiste of halve informatie is verstrekt waardoor bij hem bepaalde verwachtingen zijn gewekt. Met betrekking tot de door hem gevorderde vergoeding voor de gemaakte vervoerskosten naar het ziekenhuis, de huisarts en de fysiotherapeut verwijst verzoeker naar artikel 19 van de zorgverzekering, welk artikel de aanspraak op zittend ziekenvervoer regelt. Verzoeker kan conform dit artikel contact opnemen met de Vervoerslijn om na te gaan of vergoeding mogelijk is. De zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering bieden geen aanspraak op vergoeding van de door verzoeker gevorderde studiekosten ten bedrage van € 10.867,-. Ook ziet de ziektekostenverzekeraar geen mogelijkheid uit coulance hier iets voor verzoeker te betekenen.
- 5.5. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op de artikelen 18 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering en 20 van de algemene voorwaarden van 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 in de eerste plaats of de ziektekostenverzekeraar de aangevraagde PTED-behandeling destijds terecht heeft afgewezen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering. Voorts is in geschil of verzoeker aanspraak heeft op de door hem gevorderde schadevergoeding bestaand uit: (i) vergoeding van zijn eigen risico 2017 van € 885,-, (ii) extra vergoeding voor fysiotherapie (bovenop de dekking van de aanvullende ziektekostenverzekering), (iii) vergoeding van de kosten van vervoer naar ziekenhuizen, de huisarts, en de fysiotherapeut, (iv) een eventueel noodzakelijke tweede rugoperatie, en (v) vergoeding van de kosten van de studie die hij niet heeft kunnen afronden door zijn rugklachten á € 10.867,-.

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 artikelen 1 e.v. van de 'verzekerde zorg basisverzekeringen' van de zorgverzekering.

- 8.3. Artikel 29 van de 'verzekerde zorg basisverzekeringen' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"U heeft recht op medisch-specialistische zorg en verblijf. Deze zorg kan plaatsvinden in:

- a. een ziekenhuis;*
- b. een zelfstandig behandelcentrum of*
- c. de praktijk aan huis van een medisch specialist (extramuraal werkend specialist) verbonden aan een op grond van de Wet toelating zorginstellingen (Wtzi) toegelaten instelling.*

De zorg bestaat uit:

- a. medisch-specialistische zorg;*
- (...)"*

- 8.4. Artikel 1.2 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering bepaalt dat alleen aanspraak bestaat op zorg die voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, en luidt:

"De inhoud van de basisverzekering wordt bepaald door de overheid en is vastgelegd in de wet- en regelgeving genoemd in artikel 1.1. In deze wet- en regelgeving staat onder andere dat uw recht op zorg naar inhoud en omvang wordt bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk. Ontbreekt zo'n maatstaf? Dan geldt wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

Geen stand wetenschap en praktijk, toch tijdelijk recht op zorg

Van sommige zorg is de effectiviteit nog onvoldoende aangetoond. Deze zorg voldoet daardoor niet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Soms heeft u op deze zorg tijdelijk al wel recht. De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport is bevoegd om viermaal per jaar zorg op basis van "voorwaardelijke toelating" toe te wijzen. Daarom kunnen wij u in deze voorwaarden geen actueel overzicht van deze zorg geven. Voor het meest actuele overzicht verwijzen wij u naar artikel 2.2 van de Regeling zorgverzekering. Dit artikel kunt u hier vinden."

- 8.5. De artikelen 1.2 van de algemene voorwaarden en 29 van de 'verzekerde zorg basisverzekeringen' van de zorgverzekering zijn volgens artikel 1.1 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering 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 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 de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.

Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.

De voorwaardelijke toelating van zorg is uitgewerkt in artikel 2.2 Rzv. Dit artikel bepaalt dat de zorg, zoals bedoeld in artikel 2.4 Bzv, tevens een aantal aangewezen behandelingen omvat voor zover de verzekerde deelneemt aan een onderzoek als bedoeld in het tweede lid van dit artikel.

In lid 1 onder j van laatstgenoemd artikel is bepaald dat de behandeling van lumbosacraal radiculair syndroom bij lumbale hernia met PTED van 1 januari 2016 tot 1 januari 2020 eveneens behoort tot de zorg bedoeld in artikel 2.4 Bzv, voor zover de verzekerde deelneemt aan onderzoek als bedoeld in het tweede lid naar deze zorg.

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.

- 8.7. 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 de PTED-behandeling 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 en internationaal aanvaarde werkwijze waarbij het oordeel omtrent de effectiviteit van medische interventies is gebaseerd op de beschikbare 'evidence' omtrent die interventie, 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 interventie bij de indicatie waarvoor de interventie 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 ziektekostenverzekeraars 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 interventie in binnen- en buitenland. In het kader van 'evidence-based medicine' geldt als uitgangspunt dat wetenschappelijk onderzoek van hoge kwaliteit – zoals een randomised controlled clinical trial (RCT) – in de afweging het zwaarst weegt.
- Bij het zoeken en selecteren van informatie (stap 1) wordt gebruik gemaakt van zogenoemde PICOT-vragen om beargumenteerd te bepalen welke aspecten relevant zijn om de effectiviteit van de te beoordelen interventie vast te stellen. Aan de hand van de PICOT-vragen wordt in bibliografische databases gezocht naar relevante literatuur.
- 9.3. Bij de selectie en beoordeling van de gevonden literatuur (stap 2) wordt het niveau van de bewijskracht van de bevindingen vastgesteld en vindt een kritische analyse van de gevonden publicaties plaats. Hierbij wordt onder meer gekeken naar methodologische aspecten, belang van de resultaten, generaliseerbaarheid, en gebruikte onderzoeksmethodiek. Voor de beoordeling wordt - waar mogelijk – aangesloten bij recente internationale ontwikkelingen en wordt de zogenoemde GRADE-methode toegepast, waarbij GRADE staat voor 'Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation'. Een belangrijk kenmerk van de GRADE-methode is dat per uitkomstmaat de zogenoemde 'body of evidence' wordt bepaald en beoordeeld. Daarbij kan de kwaliteit van de 'body of evidence' waarin een RCT is opgenomen worden afgewaardeerd ('downgraden') respectievelijk die waarin een observationele studie is opgenomen worden opgewaardeerd ('upgraden'), afhankelijk van bepaalde, omschreven beoordelingsgronden. De GRADE-methode bevordert – meer dan voorheen de EBRO-methodiek – een systematische, integrale en transparante beoordeling van de literatuur. Hierbij kan worden aangetekend dat de GRADE-methode nog in ontwikkeling is en dat de toepasbaarheid per zorgvorm kan verschillen. Als derde en laatste stap dient te worden bepaald welke conclusie kan worden getrokken met betrekking tot de effectiviteit van de interventie, op basis van de beoordeelde literatuur. Daarbij gaat het om de Comparative Effectiveness dan wel Relative Effectiveness, oftewel de 'netto toevoeging' van de nieuwe interventie in vergelijking met de al bestaande zorg.
- 9.4. Een onderzoek, op basis van de hiervoor geformuleerde uitgangspunten, met betrekking tot de PTED-behandeling is door het Zorginstituut uitgevoerd, en de bevindingen hiervan zijn in het

advies van 13 februari 2017 verwoord. De conclusie van het advies is dat deze zorg (nog) niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is en daarmee geen verzekerde prestatie onder de zorgverzekering. De commissie neemt het advies van het Zorginstituut over en maakt de conclusie hiervan tot de hare.

- 9.5. Op grond van artikel 1.2 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering bestaat tevens aanspraak op zorg die (nog) niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, althans indien deze zorg voorwaardelijk is toegelaten tot het verzekerde pakket. De PTED-behandeling is opgenomen in artikel 2.2 lid 1 onder j Rzv, en op die grond bestaat vanaf 1 januari 2016 aanspraak op de betreffende zorg indien wordt deelgenomen aan het onderzoek dat is genoemd in dit artikel. Uit het dossier blijkt dat verzoeker niet in de PTED behandelingsgroep zat. Ter zitting heeft verzoeker desgevraagd toegelicht dat hij hiervoor was uitgeloot. Daarom had hij op grond van dit artikel geen aanspraak op vergoeding van de betreffende behandeling.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.6. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde, zodat het verzoek niet op basis hiervan kan worden ingewilligd.

Bejegening

- 9.7. Verzoeker heeft zich beklagd over de bejegening door de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar heeft in reactie hierop medegedeeld dat de toon van zowel de telefoongesprekken als de e-mailberichten steeds onaangener is geworden. Geconstateerd moet worden dat de communicatie tussen partijen niet soepel is verlopen. Het feit dat verzoeker zich onheus bejegend voelt, vormt op zich en zonder nadere motivering en/of onderbouwing - die hier ontbreekt - geen grond voor toekenning van de door verzoeker ingeroepen vergoedingsrechten, nog daargelaten dat de commissie geen bevoegdheid toekomt om vorderingen als deze - die in de kern genomen neerkomt op een smartengeldvordering - te beoordelen.

Coulance


- 9.8. Voor zover het verzoek betrekking heeft op de mogelijkheid van een coulancevergoeding, is de commissie niet bevoegd. Het al dan niet toekennen van een zodanige vergoeding behoort in beginsel tot het eigen beleid van de ziektekostenverzekeraar, tenzij sprake zou zijn van willekeur. Dit laatste is echter gesteld noch gebleken.

Schadevergoeding


- 9.9. Verzoeker heeft bij e-mailbericht van 3 maart 2017 medegedeeld dat hij een schadevergoeding (zoals omschreven in 7.1) vordert, omdat zijn aanvankelijke verzoek - te weten dat hij in aanmerking komt voor een PTED-behandeling - niet met terugwerkende kracht kan worden toegekend, omdat hij inmiddels een andere operatie heeft ondergaan. Aangezien op de aanvraag voor een PTED-behandeling, gelet op het vorenoverwogene, door de ziektekostenverzekeraar terecht afwijzend is beslist, bestaat voor toekenning van een schadevergoeding geen grond. Ten aanzien van de door verzoeker gevorderde vergoeding van een eventuele tweede rugoperatie geldt dat indien een dergelijke operatie verzekerde zorg betreft, verzoeker hiervoor een indicatie heeft, de operatie doelmatig is, en door verzoeker is voldaan aan de formele vereisten - zoals met name het vereiste van een voorafgaande verwijzing - de met de ingreep gemoeide kosten in beginsel ten laste komen van de zorgverzekering, vanzelfsprekend met inachtneming van de toepasselijke bepalingen betreffende de hoogte van de vergoeding en het eigen risico. Van een ander is niet gebleken en evenmin sprake, zodat dit onderdeel van het verzoek voor afwijzing gereed ligt.




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, 19 april 2017,




H.A.J. Kroon