



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen Menzis Zorgverzekeraar N.V. te Wageningen, in zijn hoedanigheid van
rechtsoptolger van Azivo Zorgverzekeraar N.V. te 's-Gravenhage

Zaak : Geneeskundige zorg, anesthesiologische pijnbestrijding bij chronische rugklachten,
radiofrequente denervatie, stand wetenschap en praktijk, coullance

Zaaknummer : 201601936

Zittingsdatum : 19 april 2017

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. H.A.J. Kroon)

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

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

Menzis Zorgverzekeraar N.V. te Wageningen, in zijn hoedanigheid van rechtsopvolger van Azivo Zorgverzekeraar N.V. te 's-Gravenhage, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1 onderdeel d Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering AV-Top 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).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op anesthesiologische pijnbestrijding door middel van radiofrequente denervatie (hierna: de aanspraak). Bij brief van 27 januari 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.

3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 25 april 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar 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 ziektekostenverzekeraar.

3.4. Bij ongedateerde brief, ontvangen op 30 december 2016, heeft verzoekster 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, dan wel op basis van coulance (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 ziektekostenverzekeraar 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 ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 24 februari 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 6 maart 2017 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 9 maart 2017 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 14 maart 2017 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 6 maart 2017 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 30 maart 2017 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2017010946) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat *"In het standpunt van het Zorginstituut, toen het College voor Zorgverzekeringen, van 25 maart 2011 over de behandeling van chronische specifieke lage rugklachten, was reeds vastgesteld dat op dat moment de injectie- en denervatietechnieken niet voldoen aan de stand van wetenschap en praktijk. In de periode van 1 januari 2012 tot 1 januari 2016 is de behandeling van chronische specifieke rugklachten met toepassing van radiofrequente denervatie voorwaardelijk toegelaten geweest tot het verzekerde pakket. Vanaf 1 januari 2014 gold de voorwaarde van deelname aan het lopende onderzoek naar de effectiviteit van de behandeling. Het onderzoek had echter een negatieve uitkomst ten aanzien van de meerwaarde van deze behandeling. Het Zorginstituut heeft vervolgens nogmaals geconcludeerd dat radiofrequente denervatie bij patiënten met chronische facetpijn, sacroiliacale gewrichtspijn of een mengbeeld niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Met ingang van 1 januari 2016 is de voorwaardelijke toelating beëindigd. De medisch adviseur concludeert dat verweerder terecht het gevraagde heeft afgewezen omdat radiofrequente denervatie niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk."* Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 3 april 2017 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster heeft de commissie bij brief van 7 maart 2017 haar nadere standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 9 maart 2017 aan de ziektekostenverzekeraar en het Zorginstituut gezonden.
- 3.10. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 19 april 2017 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.11. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 24 april 2017 de ter zitting toegezegde informatie gestuurd. Een afschrift hiervan is op 25 april 2017 ter kennisname aan verzoekster gezonden.
- 3.12. Bij brief van 25 april 2017 heeft de commissie het Zorginstituut afschriften van de aantekeningen van de hoorzitting en het nagekomen stuk gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen en het nagekomen stuk aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 3 mei 2017 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen en het nagekomen stuk 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 verzoekster
- 4.1. De behandelend anesthesioloog heeft ten aanzien van verzoekster verklaard: *"[Verzoekster] wordt in ons pijncentrum sinds jaren periodiek (enkele malen per jaar) behandeld met een SI denervatie beiderzijds wegens chronische lage rugklachten bij een pseudoradiculair lumbaal syndroom. Het effect van deze behandeling bestaat eruit dat zij gedurende een halfjaar minder pijnklachten heeft en daardoor beter functioneert. Ook kon hierdoor het dagelijks morfine gebruik meer dan gehalveerd worden (van 120 mg per dag naar 30 mg per dag). Het lijkt ons daarom voor [verzoekster] van belang dat deze behandeling voor haar gecontinueerd kan worden én vergoed kan blijven. Een TENS behandeling die zij eerder kreeg gaf geen verbetering. De voorgeschiedenis van patiënte*

is zeer uitgebreid en om een aantal redenen is een andere behandeling dan bovenstaande voor haar niet mogelijk. Een alternatieve en even laagdrempelige behandeling dan de periodieke SI denervatie is er niet. Neuromodulatie kan een alternatief zijn, maar [verzoekster] komt hiervoor niet in aanmerking. Enerzijds doordat zij een stollingsstoornis heeft (M. von Willebrand) anderzijds doordat zij een maligniteit heeft (longcarcinoom). Daarnaast hinderen de ribfracturen (ontstaan na radiotherapie bij longca) het liggen op de buik. Van belang bij de procedure voor het inbrengen van een neuromodulator. Wij hebben haar voor deze behandeling al in 2009 én in 2013 verwezen naar het Pijnbehandelcentrum van het Erasmus MC. Beide keren werd zij voor behandeling afgewezen onder bovenstaande motivatie. Door het ontbreken van een redelijk alternatief, en het bewezen goede effect van de periodieke SI denervatie willen wij u verzoeken de vergoeding van deze behandeling bij deze patiënte ook in 2016 te willen continueren”.

- 4.2. Verzoekster heeft ruim twintig jaar geleden een fietsongeval gehad. Als gevolg hiervan is zij bekend met bekkeninstabiliteit en het 'SI-syndroom'. Verzoekster woont in een aangepaste woning, maakt gebruik van een rolstoel en een scootmobiel en krijgt hulp bij haar persoonlijke verzorging en de huishouding. Hierdoor kan zij zelfstandig blijven wonen. Verzoekster gebruikte voorheen 120 mg morfine per dag. In verband met de schadelijkheid voor de gezondheid bij het gebruik van een dergelijke hoeveelheid morfine, is verzoekster twaalf jaar geleden gestart met radiofrequente denervatie. Zij wordt twee keer per jaar behandeld. Deze behandelingen zijn zwaar en erg pijnlijk. Als gevolg van de behandelingen gebruikt verzoekster nog maar 30 mg morfine per dag. Verzoekster heeft begrepen dat na onderzoek in 2015 door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (hierna: Ministerie van VWS) is bepaald dat de behandeling voor patiënten met lage rugklachten vanaf 2016 niet meer wordt vergoed. Verzoekster heeft telefonisch contact gezocht met de ziektekostenverzekeraar. Haar is medegedeeld dat zij een onderbouwing van de behandelend medisch specialist moest overleggen. Dit heeft verzoekster gedaan. De ziektekostenverzekeraar heeft hierop het verzoek tot voortzetting van de behandelingen afgewezen. Vervolgens heeft verzoekster telefonisch contact opgenomen met het Ministerie van VWS. Volgens de medewerker die zij daar sprak, is het aan zorgverzekeraars per patiënt te bekijken of een uitzondering mogelijk is. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar verzocht voor haar een uitzondering te maken en de behandelingen uit coulance te vergoeden, zodat zij deze in de toekomst kan voortzetten. Dit verzoek is afgewezen. De behandeling van april 2016 is nog eenmalig door de ziektekostenverzekeraar vergoed.
- 4.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen haalt in zijn brief van 5 oktober 2016 een uitspraak aan van de Rechtbank Noord-Nederland van 22 maart 2016 (ECLI:NL:RBNNE:2016:1200). Volgens verzoekster is haar situatie uitzonderlijk en bestaat voor de behandeling van haar klachten - die zeer ernstig zijn - geen alternatief. Zij stelt dat de ziektekostenverzekeraar in de geest van voornoemde uitspraak moet handelen door de behandelingen te vergoeden. Voorts stelt verzoekster dat de ziektekostenverzekeraar voorbij gaat aan het deskundig oordeel van de behandelend medisch specialist, zonder dat hij zelf een onafhankelijk medisch specialist heeft geraadpleegd. Verzoekster eist dat de ziektekostenverzekeraar in zijn beoordeling of de zorg voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk het deskundig oordeel van een onafhankelijk medisch specialist betreft en verzoekt de ziektekostenverzekeraar met een alternatief te komen.
- 4.4. Het inkomen van verzoekster is ontoereikend teneinde de kosten van de behandelingen voor eigen rekening te nemen. Zonder de behandelingen zal zij dagelijks weer 120 mg morfine moeten gebruiken ter bestrijding van de pijn. Het gebruik van een dergelijke dosis morfine zal invloed hebben op haar functioneren en uiteindelijk leiden tot permanente opname in een verzorgingshuis.
- 4.5. Verzoekster heeft bij brief van 7 maart 2017 haar nadere standpunt kenbaar gemaakt. Zij merkt allereerst op dat uit de brief van de ziektekostenverzekeraar van 27 januari 2016 volgt dat in 2016 tweemaal een vergoeding voor radiofrequente denervatie wordt verleend. De tweede behandeling in 2016 is echter niet vergoed. Verder verklaart verzoekster dat zij tien jaar geleden, door middel van intensieve bestraling, voor longkanker is behandeld. Recent heeft de longarts opnieuw longkanker bij haar geconstateerd.

Als gevolg van de destijds toegepaste intensieve bestraling heeft verzoekster zes permanent gebroken ribben. Hierdoor is geen bestraling meer mogelijk in dat gebied. De enige optie is longamputatie van de bovenste rechterkwab. Deze ingreep wordt echter afgeraden door de specialisten van het LangeLand Ziekenhuis. Verzoekster is doorverwezen naar een medisch specialist van het VUmc. Deze zal haar situatie beoordelen. Indien een operatie ook door hem wordt afgeraden, zal verzoekster vermoedelijk binnen afzienbare tijd komen te overlijden. Verzoekster merkt verder op dat de longarts van het LangeLand Ziekenhuis niet bereid is een medische verklaring af te geven.

Vanwege voornoemde wijziging in haar gezondheidssituatie meent verzoekster dat een noodzaak bestaat voor de radiofrequente denervatie en dat de ziektekostenverzekeraar deze zorg dient te vergoeden. Dit te meer nu zij deze behandeling nog maar enkele keren nodig denkt te hebben gezien de agressieve vorm van longkanker en haar vermoedelijke overlijden op korte termijn als gevolg hiervan.

Verzoekster benadrukt nogmaals dat zij is aangewezen op radiofrequente denervatie en dat zij deze behandeling al ruim twaalf jaar ondergaat. Het volgen van een ruim twee jaar durend revalidatietraject heeft uitgewezen dat het door de ziektekostenverzekeraar genoemde multidisciplinaire oefenprogramma niet afdoende is en geen meerwaarde heeft. Bovendien zijn de klachten van verzoekster anders dan bij andere patiënten met discogene pijn en neemt de pijn bij liggen niet af, maar juist toe. De pijn zal bij bedlegerigheid of tijdens behandeling verergeren. Zoals door de behandelend arts is verklaard, zijn andere behandelmethoden voor verzoekster geen optie. Verzoekster merkt nog op dat zij één behandeling in 2016 zelf heeft betaald. In april 2017 zal zij opnieuw een behandeling ondergaan.

4.6. Ter zitting heeft verzoekster haar standpunt herhaald en ter aanvulling aangevoerd dat zij zes weken geleden wederom is gediagnosticeerd met longkanker. Om zich hiervoor te kunnen laten behandelen dienen eerst haar zenuwen te worden doorgebrand door middel van de denervatie. Zij heeft in april 2017 weer een behandeling ondergaan, welke door haarzelf is betaald. Verzoekster verwacht nog slechts twee behandelingen met radiofrequente denervatie nodig te hebben, omdat zij vermoedelijk op korte termijn zal overlijden. Zij wil de resterende tijd van haar leven graag leuke dingen doen. Haar financiële situatie laat dit echter niet toe.

4.7. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. De overheid bepaalt welke zorg is aan te merken als verzekerde zorg vanuit de basisverzekering. Een behandeling komt alleen voor vergoeding in aanmerking als deze voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk (pagina 6 van de zorgverzekering). Een behandeling voldoet aan dit criterium indien er genoeg bewijs is te vinden over de effectiviteit van de behandeling. Een dergelijk onderzoek wordt uitgevoerd door het Zorginstituut.

Radiofrequente denervatie is een anesthesiologische pijnbestrijding voor lage rugklachten. De behandeling is vanaf 1 januari 2012 tot 1 januari 2016 voorwaardelijk toegelaten tot de verzekerde zorg vanuit de zorgverzekering. Gedurende deze vier jaar is de effectiviteit van de behandeling onderzocht.

5.2. Voor de behandeling van chronische lage rugklachten met denervatietechnieken is in 2012 een wetenschappelijk onderzoek gestart, genaamd Min-T studie. In 2012 en 2013 kwam alle zorg die aan de voorwaarden van deze studie voldeed in aanmerking voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering. Het Ministerie van VWS heeft besloten dat de behandelingen per 1 januari 2014 alleen werden vergoed indien de verzekerde deelnam aan de Min-T studie, welke studie in een beperkt aantal behandelcentra werd uitgevoerd. De voorwaardelijke vergoeding gold alleen voor de denervatietechnieken. Andere injectiebehandelingen voor chronische lage rugklachten zonder bijgaande neurologische klachten kwamen niet voor vergoeding in aanmerking. Eind 2015 is het onderzoek afgerond. Het Zorginstituut heeft op 15 december 2015 vastgesteld dat de behandeling met ingang van 1 januari 2016 niet langer mag worden vergoed vanuit de zorgverzekering. Het onderzoek heeft immers aangetoond dat radiofrequente denervatie bij patiënten met chronische

facetpijn, sacroiliacale gewrichtspijn of mengbeeld geen klinisch relevante meerwaarde heeft ten opzichte van het multidisciplinaire oefenprogramma. Pijnbestrijding door middel van radiofrequente denervatie voldoet niet aan de stand van de wetenschap en praktijk en behoort daarmee niet tot het verzekerde pakket. Het Zorginstituut heeft bepaald dat in 2016 vanuit de zorgverzekering een afbouwtraject mag worden vergoed. Voor verzoekster betekent dit concreet dat zij, indien de behandelend medisch specialist dit noodzakelijk vindt, de eerste behandeling met radiofrequente denervatie in 2016 krijgt vergoed vanuit de zorgverzekering. De standaardbehandeling komt wel voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking. Verzoekster is hierover bij brief van 27 januari 2016 geïnformeerd. In deze brief is voorts vermeld dat verzoekster met haar behandelaar dient te kijken of een andere behandeling dan radiofrequente denervatie, die wordt vergoed vanuit de zorgverzekering, voor haar mogelijk is.

Overeenkomstig het afbouwtraject is de eerste behandeling in 2016 nog door de ziektekostenverzekeraar vergoed.

- 5.3. De ziektekostenverzekeraar hanteert de verzekeringsvoorwaarden voor iedere verzekerde op dezelfde manier. Indien de ziektekostenverzekeraar voor verzoekster een uitzondering zou maken door de kosten van de behandelingen te blijven vergoeden, zou hij dit voor andere verzekerden in soortgelijke omstandigheden ook moeten doen. De situatie van verzoekster is niet uitzonderlijk. Pijnbestrijding door middel van radiofrequente denervatie bij chronische lage rugklachten is een veelvoudig toegepaste behandeling. De ziektekostenverzekeraar maakt daarom voor verzoekster geen uitzondering door de kosten coulancehalve te vergoeden.
- 5.4. Uit de brief van de behandelend arts blijkt dat voor verzoekster geen andere behandeling mogelijk is. Op de vraag of zij een bewegingsprogramma kan doorlopen wordt echter niet ingegaan. Veel verzekerden en hun behandelend medisch specialisten zijn van mening dat pijnbestrijding door middel van radiofrequente denervatie de enige behandeloptie is. In al die situaties zou men kunnen stellen dat sprake is van zorg waaraan men behoefte heeft, met voorbijgaan van het criterium dat de zorg moet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. De ziektekostenverzekeraar is van mening dat de aangehaalde uitspraak van de Rechtbank Noord-Nederland niet op die manier mag worden geïnterpreteerd.
- 5.5. De ziektekostenverzekeraar merkt verder op dat de aanvullende ziektekostenverzekering geen aanspraak biedt op vergoeding van de kosten van radiofrequente denervatie.
- 5.6. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat hij begrijpt dat verzoekster vergoeding van de behandelingen wenst. De ziektekostenverzekeraar dient zich echter aan de toepasselijke polisvoorwaarden te houden. In het kader van het afbouwtraject is in 2016 nog één behandeling vergoed. Vanwege de precedentwerking wordt een strikt coulancebeleid gehanteerd. De ziektekostenverzekeraar heeft zich ter zitting bereid verklaard na te gaan of de behandeling die verzoekster in april 2017 heeft ondergaan, gelet op haar huidige gezondheidssituatie, coulancehalve kan worden vergoed.
- 5.7. Bij brief van 24 april 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar de commissie geïnformeerd een zorgvuldige afweging te hebben gemaakt. Evenwel is besloten de behandeling van april 2017 niet coulancehalve te vergoeden. Radiofrequente denervatie is in het stadium waarin verzoekster zich bevindt niet doelmatig voor het wegnemen van de pijn. Bovendien is het vanwege de precedentwerking niet mogelijk de behandeling coulancehalve te vergoeden.
- 5.8. 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 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering en 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 of verzoekster aanspraak heeft op anesthesiologische pijnbestrijding door middel van radiofrequente denervatie, 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 op pagina's 5 tot en met 50 van de voorwaarden van de zorgverzekering.

8.3. De zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat. De betreffende passage luidt, voor zover hier van belang:

“Medisch specialistische zorg

(...)

Welke zorg

U heeft recht op:

- *onderzoek en diagnostiek,*
- *behandeling,*

(...)

Let op

Sommige vormen van (medisch specialistische) zorg zijn in deze verzekeringsvoorwaarden apart beschreven. Kijk voor bijzonderheden onder het desbetreffende artikel. Dit zijn:

- *De vormen van zorg beschreven in het artikel ‘Voorwaardelijke toelating’, (...).”*

8.4. De zorgverzekering bepaalt de inhoud en omvang van de zorg. De betreffende passage luidt, voor zover hier van belang:

“De inhoud en omvang van de zorg

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 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. De zorgverzekering is volgens de 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.

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 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 de door partijen ingenomen standpunten is de vraag die als eerste ter beantwoording voorligt, of de behandeling met radiofrequente denervatie bij de indicatie van verzoekster 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 radiofrequente denervatie bij chronische rugklachten is door het Zorginstituut uitgevoerd, en de bevindingen hiervan zijn in het advies van 30 maart 2017 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 onder de zorgverzekering. De commissie neemt het advies van het Zorginstituut over en maakt de conclusie hiervan tot de haren.
- 9.5. Gelet op het voorgaande is de anesthesiologische pijnbestrijding door middel van radiofrequente denervatie ter behandeling van chronische rugklachten geen verzekerde zorg. Daarom heeft verzoekster op grond van de zorgverzekering geen aanspraak op de behandelingen.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.6. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde, zodat de aanspraak niet op die grond kan worden ingewilligd.

Uitspraak Rechtbank Noord-Nederland van 22 maart 2016


- 9.7. Ten aanzien van de stelling van verzoekster dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de behandeling met radiofrequente denervatie te vergoeden op grond van de uitspraak van de Rechtbank Noord-Nederland van 22 maart 2016 oordeelt de commissie als volgt. In voornoemde uitspraak ging het om een verzekerde die bekend was met een inoperabele rughernia. De behandeling waar deze verzekerde aanspraak op maakte, betrof een percutane transforaminale endoscopische discotomie (hierna: PTED). In de situatie van verzoekster gaat het daar niet om, maar om behandeling met radiofrequente denervatie. Bovendien ging het in voornoemde uitspraak om vergoeding van een in beginsel eenmalige behandeling, terwijl het bij verzoekster - naar nu valt te voorzien - een reeks behandelingen betreft. Voorts is de behandeling met radiofrequente denervatie, op grond van artikel 2.3 Bzv, tot en met 31 december 2015 voorwaardelijk toegelaten geweest, aan welke toelating met ingang van 1 januari 2016 een eind is gekomen, zonder dat de zorg is gaan deel uitmaken van de verzekerde prestaties onder de zorgverzekering. Nu geen sprake is van een identieke situatie, slaagt het beroep op voornoemde uitspraak niet.


Coulance

- 9.8. Verzoekster stelt dat de ziektekostenverzekeraar zo nodig coulance dient te betrachten. Hiertoe oordeelt de commissie dat de bevoegdheid tot toepassing van coulance is voorbehouden aan de ziektekostenverzekeraar. In het door deze ter zake gevoerde beleid kan de commissie niet treden. Dit is slechts anders indien de ziektekostenverzekeraar een beleid van willekeur zou voeren waarbij identieke gevallen verschillend worden behandeld. Gesteld noch gebleken is dat hiervan in de onderhavige situatie sprake is.

Afbouwtraject


- 9.9. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard in 2016 een afbouwtraject te hanteren voor verzekerden die eind 2015 nog een behandeling met radiofrequente denervatie ondergingen, een en ander in lijn met een voorstel hiertoe van het Zorginstituut. Voor verzoekster hield dit in dat indien de behandelend medisch specialist dit noodzakelijk vond, de eerste behandeling in 2016 nog vanuit de zorgverzekering werd vergoed. Anders dan verzoekster meent, hield het afbouwtraject niet in dat in

 2016 nog twee behandelingen vanuit de zorgverzekering werden vergoed. Verzoekster erkent dat zij de behandeling van april 2016 vergoed heeft gekregen. De commissie neemt dit als vaststaand aan en is van oordeel dat de ziektekostenverzekeraar hiermee uitvoering heeft gegeven aan het afbouwtraject.


-  9.10. Hetgeen overigens door verzoekster is gesteld, onder andere ten aanzien van de noodzaak, haar financiële positie en het feit dat de ziektekostenverzekeraar zijn afwijzende beslissing heeft genomen zonder een onafhankelijke medisch specialist te raadplegen, kan niet leiden tot een ander oordeel. Hetzelfde geldt voor de opmerking dat verzoekster zonder de behandelingen niet langer zelfstandig kan blijven wonen, en haar stelling dat zij, vanwege de agressieve vorm van longkanker vermoedelijk binnen afzienbare tijd zal komen te overlijden waardoor nog slechts enkele behandelingen nodig zijn.

 **Conclusie**

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

 10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

 Zeist, 10 mei 2017,








 A.I.M. van Mierlo