

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B als wettelijk vertegenwoordiger van de minderjarige E tegen C te D
Zaak : Geestelijke gezondheidszorg, neurofeedback
Zaaknummer : 2010.02626
Zittingsdatum : 14 september 2011

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoekster, als wettelijk vertegenwoordiger van E hierna te noemen: verzekerde,

tegen

C te D hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzekerde bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van het [naam ziektekostenverzekeraar] Basispakket, variant Natura (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 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

Verder waren ten behoeve van verzekerde bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Basisaanvullende regeling en Regeling aanvullende vergoedingen, pakket 2 afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Dat onder de aanvullende ziektekostenverzekering geen vergoedingsrecht bestaat is niet in geschil en daarom blijft deze verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op neurofeedback ten behoeve van verzekerde (hierna: de aanspraak). De ziektekostenverzekeraar heeft op 23 maart 2010 aan verzoekster telefonisch medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.

3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 24 november 2010 en email van 29 november 2010 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, door de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) ontvangen op 16 mei 2011, heeft verzoekster de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar 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 ad € 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 4 juli 2011 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 7 juli 2011 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 11 juli 2011 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 7 september 2011 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 7 juli 2011 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 4 augustus 2011 heeft het CVZ (zaaknummer 2011071613) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat neurofeedback bij ADD en ADHD niet voldoet aan de stand van de wetenschap en de praktijk. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster is op 14 september 2011 in persoon gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch aan de zitting deelgenomen. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 21 september 2011 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of het verslag aanleiding geeft tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 23 september 2011 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Verzoekster stelt zij in 2009 en 2010 bij herhaling telefonisch heeft geïnformeerd bij de ziektekostenverzekeraar naar de mogelijkheid van vergoeding van neurofeedback ten behoeve van verzekerde. Haar is medegedeeld dat deze therapie niet wordt vergoed. Verzoekster heeft hierop besloten niet te starten met de neurofeedback voor verzekerde. In de loop van 2010 is haar door het Neurofeedback Instituut Nederland (NIN) medegedeeld dat dit instituut een overeenkomst heeft gesloten met de ziektekostenverzekeraar voor de vergoeding van de kosten van neurofeedback. Deze overeenkomst zal echter op 31 december 2010 aflopen. Verzoekster heeft naar aanleiding hiervan op 16 november 2010 nogmaals telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar. Tijdens dit gesprek is haar medegedeeld dat verzekerde in 2010 aanspraak heeft op volledige vergoeding van neurofeedback, maar dat deze aanspraak in 2011 vervalt. Ook kon de betreffende medewerker aan de hand van de administratie zien dat verzoekster in maart 2010 tot tweemaal toe onjuist was geïnformeerd.
- 4.2. Als de ziektekostenverzekeraar verzoekster in maart 2010 correct had geïnformeerd, had verzekerde toen kunnen beginnen met de neurofeedback en waren de kosten daarvan door de ziektekostenverzekeraar vergoed.

- 4.3. De stelling van de ziektekostenverzekeraar, dat het NIN geen nieuwe verzekerden ten laste van de zorgverzekering mag behandelen, is niet correct. Zowel de zorgverlener als andere verzekerden hebben verzoekster verteld dat de behandelingen, die waren aangevangen in 2010, door de ziektekostenverzekeraar zijn vergoed.
- 4.4. Ter zitting is door verzoekster benadrukt dat zij op 29 december 2009 contact heeft gehad met de ziektekostenverzekeraar over neurofeedback, Ritalin en Concerta. De ziektekostenverzekeraar deelde mede dat deze behandeling niet wordt vergoed. In overleg met de huisarts is toen met Ritalin gestart. Hierop reageerde verzekerde echter niet goed. Eerst in de polisvoorwaarden van het jaar 2011 wordt erover gesproken dat de onderhavige behandeling niet wordt vergoed.
- 4.5. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt dat het CVZ in 2008 heeft vastgesteld dat neurofeedback niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Daarom bestaat op grond van de zorgverzekering geen aanspraak op deze zorg.
- 5.2. In de brief van 24 november 2010 schrijft de ziektekostenverzekeraar dat hij een overeenkomst heeft met het NIN voor de vergoeding van de kosten van neurofeedback. De overeenkomst liep af op 31 december 2010. De kosten van behandeling door deze instelling werden in 2009 en 2010 alleen vergoed indien betrokkene op het moment van voornoemde uitspraak van het CVZ reeds onder behandeling was. Dit is bij verzekerde evenwel niet het geval. Dat een ander deze kosten vergoed zou hebben gekregen, ondanks dat deze pas na de uitspraak van het CVZ met de behandeling was begonnen, vormt geen aanleiding verzekerde alsnog een vergoeding toe te kennen.
- 5.3. In zijn email van 29 november 2010 schrijft de ziektekostenverzekeraar dat het NIN tot 31 december 2010 de kosten van behandelingen kan declareren door middel van een DBC. Restitutenota's kunnen niet worden gedeclareerd. Na 31 december 2010 vervalt de overeenkomst. De zorgverlener mag een verzekerde nog wel in behandeling nemen, maar de behandeling moet zijn afgerond vóór 31 december 2010.
- 5.4. In zijn brief van 4 juli 2011 aan de commissie stelt de ziektekostenverzekeraar dat hij in januari 2010 een brief van de Nederlandse Zorgautoriteit heeft ontvangen, dat neurofeedback niet behoort tot de verzekerde prestaties. Vanaf dat moment heeft de ziektekostenverzekeraar naar zijn verzekerden gecommuniceerd dat er geen vergoedingsmogelijkheden zijn. Lopende behandelingen mochten nog afgerond worden en gedeclareerd met een DBC. Alleen het NIN mocht voor een verzekerde een nieuwe behandeling starten. Deze moest afgerond zijn vóór 31 december 2010. Het initiatief daarvoor lag echter bij het NIN.
- 5.5. Neurofeedback is nooit opgenomen geweest in de polisvoorwaarden. De ziektekostenverzekeraar heeft deze kosten vergoed als onderdeel van een onderzoek dat hij heeft verricht samen met het UMC Radboud.

- 5.6. In maart 2010 is er enkele malen telefonisch contact geweest met verzoekster. Hierbij is haar wisselende informatie verstrekt.
- 5.7. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar de eerder door hem ingenomen standpunten herhaald.
- 5.8. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.
6. De bevoegdheid van de commissie
- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.
7. Het geschil
- 7.1. In geschil is of verzekerde aanspraak heeft op neurofeedback 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 naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 e.v. van de zorgverzekering.
Artikel 22 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op specialistische GGZ bestaat, en luidt, voor zover hier van belang:
- “u hebt recht op geneeskundige zorg zoals psychiaters/zenuwartsen en klinisch psychologen deze plegen te bieden, met inbegrip van de daarmee gepaard gaande geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen. Onder deze zorg wordt verstaan diagnostiek en specialis-
tische behandeling van complexe psychische aandoeningen/stoornissen.
Door:
psychiater/zenuwarts, klinisch psycholoog, psychotherapeut en GGZinstelling.
(...)”*
- 8.3. In artikel 1.2 van de zorgverzekering is bepaald dat aanspraak bestaat op zorg zoals omschreven in de verzekeringsvoorwaarden als de verzekerde op de zorgvorm naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen en als de zorgvorm doelmatig en doeltreffend is. De inhoud en omvang van de zorgvorm wordt mede bepaald door wat de betreffende zorgaanbieders aan zorg ‘plegen te bieden’. Ook wordt de inhoud en omvang bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk.

- 8.4. De artikelen 1.2 en 22 van de zorgverzekering zijn volgens de artikelen 2.3, 2.9 en 2.10 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.5. Artikel 11, lid 1, onderdeel a Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde 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. De GGZ-zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv. In artikel 2.1 Bzv is bepaald 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 het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
- 8.6. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. De vraag is of de behandeling door middel van neurofeedback voldoet aan de stand van de wetenschap en de 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 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 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. Het CVZ heeft in 2008 over neurofeedback het standpunt ingenomen dat deze behandeling niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering en daarmee geen verzekerde prestatie vormt. Dit standpunt is sindsdien niet aangevuld of gewijzigd. Het advies van 4 augustus 2011 neemt de commissie over en zij maakt deze tot de hare.

Telefonisch verstrekte informatie

- 9.5. Uit de contactregistratie van de ziektekostenverzekeraar blijkt dat verzoekster op 29 december 2009 telefonisch contact heeft gehad met de ziektekostenverzekeraar. Verzoekster stelt dat de ziektekostenverzekeraar haar tijdens gesprek heeft medegedeeld dat neurofeedback niet wordt vergoed. Volgens voornoemde contactregistratie heeft het gesprek betrekking gehad op farmaceutische zorg. Door verzoekster is niet aannemelijk gemaakt dat tevens is gesproken over neurofeedback.
- 9.6. Gebleken is dat verzoekster op 23 maart 2010 is medegedeeld dat de kosten van de onderhavige zorg niet worden vergoed. Deze mededeling is, gelet op het door het CVZ in 2008 ingenomen standpunt ter zake, niet onjuist. Dat door de ziektekostenverzekeraar voordien een overeenkomst met het NIN werd gesloten, welke overeenkomst eerst op 31 december 2010 eindigde, maakt het voorgaande niet anders. Nu de ziektekostenverzekeraar tot en met 31 december 2010 een eigen beleid voerde ten aanzien van de verstrekking van neurofeedback, verleend door het NIN, bestaat in beginsel aanspraak op de verstrekking van deze zorg tot en met 31 december 2010.
- 9.7. Nu echter gebleken is dat verzoekster in 2010 geen kosten heeft gemaakt voor neurofeedback ten behoeve van verzekerde, kan thans op grond van het door de ziektekostenverzekeraar in 2010 gevoerde beleid niet alsnog een vergoeding worden toegerekend.

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, 12 oktober 2011,

Voorzitter