



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, Zilveren Kruis Ziektekostenverzekeringen N.V. te Amersfoort, en Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist

Zaak : EU/EER, België, medisch specialistische zorg, epidurale infiltratie, stand van de wetenschap en praktijk, telefonische toezegging, vervoer, verblijf

Zaaknummer : 201601846

Zittingsdatum : 5 april 2017

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. drs. P.J.J. Vonk, en mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden zorgverzekering 2016, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1, 2.4, 2.12 en 2.14 Bzv, 2.37 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2016, art. 20 Vo. nr. 883/2004)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door C te B,

tegen

- 1) Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht,
 - 2) Zilveren Kruis Ziektekostenverzekeringen N.V. te Amersfoort, en
 - 3) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist,
- hierna gezamenlijk 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 verzekering Basis Zeker (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1 onderdeel d Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Basis Plus Module en Extra Aanvullend KBO afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde 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 behandeling door middel van epidurale infiltratie van de rug, uit te voeren in Brugge, België (hierna: de aanspraak). Bij brief van 14 juni 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 7 juli 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft ertoe geleid dat de ziektekostenverzekeraar heeft besloten uit coulance een bedrag van € 84,-- te vergoeden voor de vervoerskosten van verzoekster.
- 3.4. Bij brief van 6 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 (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 21 februari 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 23 februari 2017 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 27 februari 2017 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 9 maart 2017 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 23 februari 2017 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 23 maart 2017 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2017009115) 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 door middel van epidurale infiltratie in de onderrug niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 24 maart 2017 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 5 april 2017 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.10. Bij brief van 7 april 2017 heeft de commissie het Zorginstituut een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 12 april 2017 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen geen aanleiding vormen tot aanpassing van het advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. De behandelend anesthesist-algoloog heeft op 7 juni 2016 ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor een reeks epidurale infiltraties onder fluoroscopie via het foramen L4-L5. De anesthesist-algoloog licht het verzoek als volgt toe: *"Er is een lumbo-ischialgie in het L4-L5 gebied rechts. Dit sinds begin januari. En progressief toenemend. Fysiotherapie loopt maar doet niet meer zo veel aan het probleem. Ze kreeg bij ons een reeks epidurale infiltraties onder fluoroscopie via het foramen L4-L5 rechts voor een identisch probleem in 2012. En ook in 2008. en hiermee is zij telkenmale 4 jaar praktisch pijnvrij. Enige andere optie zou een operatie zijn die uiteraard meer kost en ook meer complicaties inhoudt. beeldvorming toont: We zien een belangrijke vernauwing van de tussenwervelruimte L2-L3 en L3-L4. Belangrijke vernauwing ook van de tussenwervelruimte L5-S1. Vacuümfenomeen ter hoogte van de discus van deze tussenwervelruimten wijzend op discusdegeneratie. Er is een volledige fusie merkbaar van het wervellichaam L4 met L5. Op het niveau L2-L3 is er een kleine rechtzijdige disco-osteofyttaire protrusio. Op het niveau L3 L4 bestaat er een zeer belangrijke deels foraminale doch voornamelijk rechts lateraal gelegen disco-osteofyttaire protrusio. Op het niveau L4-L5 is er een belangrijke interapofysaire artrose. Breedstralige bulging van de discus L5-S1 en belangrijke interapofysaire artrose op het niveau L5-S1. Verder bestaat er een forse disco-osteofyttaire protrusio foraminaal links. Hier kan er druk bestaan op wortel L5 links foraminaal."*
- 4.2. Verzoekster heeft rugklachten. Hiervoor is zij in het verleden behandeld in het ziekenhuis te Brugge. Door de in 2008 en 2012 uitgevoerde behandelingen is zij telkens vier jaar klachtenvrij geweest. Voorafgaand aan deze behandelingen heeft verzoekster de ziektekostenverzekeraar telefonisch om toestemming gevraagd, en deze ook gekregen. De kosten van de eerdere behandelingen zijn door de ziektekostenverzekeraar vergoed. Op 5 januari 2016 heeft verzoekster de ziektekostenverzekeraar wederom telefonisch verzocht om toestemming voor de behandeling in Brugge. Tijdens dit gesprek heeft zij vermeld dat het ging om een eerdere klacht en dat het de behandeling van haar rug betrof. De betreffende medewerker heeft

haar in de wacht gezet, en na enige tijd te hebben gewacht, is aan verzoekster medegedeeld dat een en ander akkoord is. Daarna heeft zij een afspraak gemaakt bij het ziekenhuis. Pas tijdens het consult in Brugge op 7 juni 2016 is aan verzoekster verteld dat zij een schriftelijke goedkeuring van de ziektekostenverzekeraar moest hebben. Diezelfde dag heeft het ziekenhuis de aanvraag ingediend bij de ziektekostenverzekeraar.

4.3. Verzoekster merkt op dat zij zonder de onderhavige behandeling weer hevige klachten zal krijgen, waarbij zij vele uren moet rusten. Het alternatief, te weten behandeling met fysiotherapie en pijnstillers, heeft in het verleden niet het gewenste resultaat gehad, maar slechts kortstondig verlichting gegeven.

4.4. Op 22 en 29 november 2016 hebben de aangevraagde behandelingen plaatsgevonden in het ziekenhuis te Brugge. Verzoekster vordert thans vergoeding van deze behandelingen alsmede van de kosten van het tweemaal reizen naar en van Brugge, de tolgelden, parkeerkosten en verblijfkosten.

4.5. Ter zitting is door verzoekster benadrukt dat destijds telefonisch bij de ziektekostenverzekeraar is nagevraagd of zij naar Brugge kon gaan voor een behandeling die zij eerder ook had ondergaan. Na intern overleg is deze vraag positief beantwoord. Verzoekster heeft er veel moeite mee, dat degene aan de telefoon niet ter zake deskundig was. Zij merkt op dat in het verleden een en ander ook telefonisch is geregeld met de ziektekostenverzekeraar.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Op grond van de zorgverzekering bestaat aanspraak op medisch specialistische zorg. Het moet gaan om zorg die medisch specialisten plegen te bieden en het moet gaan om zorg zoals 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. De behandeling met epidurale infiltraties is geen verzekerde zorg. Na een omvangrijke studie naar de werking van epidurale infiltraties (Min-T studie) heeft de overheid besloten deze behandeling vanaf 1 januari 2016 niet meer vanuit de zorgverzekering te vergoeden.

5.2. Sinds 1 januari 2012 bestaat de mogelijkheid om interventies, die niet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk voorwaardelijk toe te laten tot het verzekerde pakket, onder voorwaarde dat binnen een bepaalde periode gegevens over de effectiviteit van de interventie worden verzameld. De anesthesiologische pijnbestrijdingstechnieken (radiofrequente denervatie) bij chronische aspecifieke lage rugklachten waren met ingang van 1 januari 2012 voorwaardelijk toegelaten. De zorg die voorwaardelijk is toegelaten tot het verzekerde pakket werd als volgt omschreven: *"behandeling van chronische aspecifieke lage rugklachten met toepassing van radiofrequente denervatie, indien de indicatie en de behandeling van de verzekerde overeenkomstig de voorwaarden die zijn opgenomen in het onderzoeksvoorstel"*. Met ingang van 1 januari 2014 is de voorwaardelijke toelating echter beperkt. De zorg werd vanaf dat moment alleen vergoed indien de verzekerde deelnam aan het onderzoek dat door ZonMw werd gefinancierd. Voor patiënten die vóór 1 januari 2014 al onder behandeling waren, gold een overgangsregeling. De voorwaardelijke toelating liep van 1 januari 2012 tot 1 januari 2016. In verband met het aflopen van de periode van voorwaardelijke toelating per 1 januari 2016 heeft het Zorginstituut eind 2015 beoordeeld of de zorg, gelet op de resultaten van het in de periode van voorwaardelijke toelating uitgevoerde onderzoek (de Min-T studie), voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Het Zorginstituut concludeert in een definitief standpunt dat radiofrequente denervatie bij patiënten met chronische facetpijn, sacroiliacale gewrichtspijn, discogene pijn of een mengbeeld niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. De behandeling bij de betreffende indicaties behoort daarom niet tot het verzekerde pakket. Voor patiënten die eind 2015 al onder behandeling waren, is een overgangsregeling getroffen om het traject af te bouwen.

- 5.3. Bij brief van 29 februari 2008 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster toestemming verleend voor reguliere zorg in een gecontracteerd ziekenhuis in het buitenland. In deze brief staat ook dat behandelingen in het buitenland worden vergoed als deze onder de dekking van de Nederlandse zorgverzekering vallen. In de periode 2006-2011 konden zorgverzekeraars zelf besluiten om injectie- en denervatietechnieken bij chronische aspecifieke rugklachten al dan niet te vergoeden.
Op 6 oktober 2011 heeft verzoekster de ziektekostenverzekeraar gebeld met de vraag of het AZ St Jan in Brugge door hem is gecontracteerd. Uit de notitie van dit gesprek blijkt dat deze vraag positief is beantwoord. Daarna heeft het ziekenhuis de kosten van de behandelingen op 31 januari 2012, 7 en 14 februari 2012 rechtstreeks gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar.
- 5.4. Verzekerde heeft op 7 juni 2016 een consult gehad in het AZ St. Jan te Brugge. *"Het is aan de behandelend arts om te bepalen of verzekerde onder behandeling is bij hem en valt onder het afbouwtraject dan wel sprake is van een nieuwe zorgvraag."* Op 7 juni 2016 heeft de behandelend arts bij de ziektekostenverzekeraar een verzoek ingediend voor goedkeuring en tegemoetkoming voor een nieuwe reeks epidurale infiltraties ten behoeve van verzoekster. Dit verzoek is afgewezen omdat de behandeling niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Op 14 juni 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar telefonisch en schriftelijk aan verzoekster medegedeeld dat epidurale infiltratie niet wordt vergoed.
Bij brief van 6 december 2016 heeft de echtgenoot van verzoekster medegedeeld dat verzoekster heeft besloten de behandeling te ondergaan. De onderhavige behandeling heeft op 29 november 2016 plaatsgevonden. De ziektekostenverzekeraar heeft geen toestemming verleend voor deze behandeling en is van mening dat tijdig aan verzoekster is medegedeeld dat geen sprake is van zorg die voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, zodat noch op grond van de verordening noch op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering aanspraak bestaat op de epidurale infiltraties.
- 5.5. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch geen toestemming verleend voor de in het geding zijnde behandeling in 2016. Hij geeft alleen schriftelijk toestemming voor een behandeling in het buitenland na een positieve beoordeling van een schriftelijke aanvraag. Uit de notitie van het klantcontact op 5 januari 2016 blijkt dat de ziektekostenverzekeraar enkel heeft bevestigd dat het AZ Sint Jan in Brugge een contract met hem heeft.
Op de dag van voornoemd contact had nog geen consult plaatsgevonden in Brugge. Er was derhalve nog geen behandeling vastgesteld. Bovendien verandert de inhoud van de zorgverzekering ieder jaar. Het feit dat een behandeling jaren geleden is vergoed, betekent dan ook niet dat die behandeling nog steeds is verzekerd.
- 5.6. De ziektekostenverzekeraar adviseert zijn verzekerden voor niet-spoedeisende zorg in het buitenland vooraf contact met hem op te nemen. In de brochure 'buitenland' staat wat de ziektekostenverzekeraar nodig heeft om een aanvraag te kunnen beoordelen (verwijsbrief, diagnose met behandelplan, ziekenhuis, startdatum en duur behandeling). Deze brochure is op 17 november 2015 digitaal met de informatie over de zorgverzekering van 2016 aan verzoekster verzonden. Alleen na beoordeling van een volledige aanvraag kan worden vastgesteld of en hoeveel voor een behandeling in het buitenland wordt vergoed.
- 5.7. Naar aanleiding van de bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen heeft de ziektekostenverzekeraar uit coulance € 84,- vergoed aan verzoekster voor het vervoer ter zake van het consult in Brugge op 7 juni 2016. Dit bedrag is gebaseerd op een vergoeding van € 0,30 per kilometer en een afstand van 145 km per rit.
Verzoekster vordert vergoeding van de overige kosten die verband houden met het ziekenhuisbezoek, te weten overige vervoerskosten, tolgelden, parkeerkosten en verblijfskosten. De ziektekostenverzekeraar is evenwel niet bereid over te gaan tot een hogere coulancevergoeding.
- 5.8. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar herhaald dat in de telefoonnotitie is vermeld dat is gezegd dat het ziekenhuis in Brugge is gecontracteerd. Ter aanvulling heeft de

ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat niet blijkt dat specifiek is gesproken over de epidurale infiltraties. Pas als iemand in het ziekenhuis is geweest, weet men welke behandeling is aangewezen. In casu is verzoekster op 7 juni 2016 op consult geweest. De arts heeft toen verteld dat de betreffende behandeling moest worden aangevraagd. Voorheen konden deze kosten wel worden vergoed, maar vanaf 1 januari 2016 is deze behandeling niet meer voorwaardelijk toegelaten tot het verzekerde pakket.

5.9. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 18 van de zorgverzekering, welk artikel op grond van de aanhef van de aanvullende ziektekostenverzekering ook van toepassing is op deze verzekering, 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 de behandelingen met epidurale infiltratie die zijn uitgevoerd in Brugge, alsmede vergoeding van de kosten van het vervoer naar en van Brugge, de door haar betaalde tolgelden en parkeerkosten, en verblijfkosten, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.

8.2. De zorgverzekering betreft een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen 1 e.v. van de 'verzekerde zorg' van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 19.2 van de 'verzekerde zorg' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op zittend ziekenvervoer bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"(...)

U heeft recht op:

a zittend ziekenvervoer met openbaar vervoer (laagste klasse), (meerpersoons) taxivervoer of een kilometervergoeding van € 0,30 per kilometer bij vervoer per eigen auto als u:

- *nierdialyse ondergaat;*
- *oncologische behandelingen met radio- of chemotherapie ondergaat;*
- *visueel gehandicapt bent en zich zonder begeleiding niet kunt verplaatsen;*
- *rolstoelafhankelijk bent;*
- *jonger bent dan 18 jaar en recht heeft op intensieve kindzorg zoals bedoeld in artikel 28 van het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen'.*

b vervoer van een begeleider als begeleiding noodzakelijk is, of bij begeleiding van verzekerden tot 16 jaar.

U heeft recht op zittend ziekenvervoer:

a van en naar een zorgverlener of zorgverlenende instelling, als de zorg die zij leveren geheel of gedeeltelijk vanuit deze basisverzekering vergoed wordt;

b naar een instelling waar u op kosten van de Wlz gaat verblijven (niet bij zorg voor slechts een dagdeel);

c vanuit een Wlz-instelling naar een zorgverlener of instelling waar u geheel of gedeeltelijk op kosten van de Wlz een onderzoek of behandeling moet ondergaan;

d vanuit een Wlz-instelling naar een zorgverlener of instelling die een prothese aanmeet en passend maakt. De prothese moet geheel of gedeeltelijk op kosten van de Wlz worden verstrekt; e van bovenvermelde zorgverleners of instellingen naar uw huis, of naar een andere woning als u in uw woning de zorg redelijkerwijs niet kunt ontvangen.

(...)

Hardheidsclausule zittend ziekenvervoer

Als u niet onder bovenstaande criteria valt, kan er sprake zijn van recht op zittend ziekenvervoer op basis van de hardheidsclausule. Ten eerste moet u dan langdurig aangewezen zijn op zittend ziekenvervoer, omdat u behandeld wordt voor een langdurige ziekte of aandoening. Ten tweede moet er sprake zijn van een onbillijkheid van overwegende aard, als wij het vervoer niet verstrekken. Wij bepalen of u hiervoor in aanmerking komt.

(...)"

- 8.4. Artikel 29 van de 'verzekerde zorg' 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;

(...)

De zorg bestaat uit:

a medisch-specialistische zorg;

b uw behandeling en eventuele verblijf op basis van de laagste klasse in een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum, inclusief verpleging en verzorging, paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij die behandeling horen.

De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat medisch specialisten als zorg plegen te bieden.

Op hoeveel dagen verblijf heeft u recht

Wordt u opgenomen in het ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum? Dan heeft u recht op een ononderbroken verblijf in het ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum voor een periode van maximaal 1.095 dagen.

(...)"

- 8.5. Artikel 15 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg verleend in het buitenland. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

"15.1 Gebruikt u zorg in een verdragsland, EU- of EER-staat? Dan kunt u kiezen uit aanspraak op:

a zorg volgens de wettelijke regeling van dat land, op grond van bepalingen van de EU-socialezekerheidsverordening of zoals is bepaald in het desbetreffende verdrag;

b vergoeding van de kosten van zorg door een zorgverlener of zorginstelling in het buitenland met wie of waarmee wij een contract hebben;

(...)"

- 8.6. Artikel 1.2 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering bepaalt:

"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."

- 8.7. De artikelen 1.2 en 15 van de algemene voorwaarden en 19 en 29 van de 'verzekerde zorg' 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).

- 8.8. 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.
Verblijf is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.12 Bzv.
Zittend ziekenvervoer is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.13 Bzv en nader uitgewerkt in artikel 2.37 Rzv.
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.
- 8.9. 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.
- 8.10. Artikel 20 van Vo. nr. 883/2004 luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

“1. Tenzij in deze verordening anders is bepaald, moet een verzekerde die naar een andere lidstaat reist met het oogmerk gedurende zijn verblijf verstrekkingen te ontvangen, daarvoor toestemming van het bevoegde orgaan vragen.

2. Een verzekerde die van het bevoegde orgaan toestemming heeft gekregen om zich naar een andere lidstaat te begeven met het oogmerk om daar een voor zijn gezondheidstoestand passende behandeling te ondergaan, heeft recht op verstrekkingen die voor rekening van het bevoegde orgaan worden verleend door het orgaan van de verblijfplaats, volgens de door dit orgaan toegepaste wetgeving, alsof hij krachtens die wetgeving verzekerd was. De toestemming mag niet worden geweigerd wanneer de desbetreffende behandeling behoort tot de prestaties waarin de wetgeving van de lidstaat waar betrokkene woont, voorziet, en die behandeling hem, gelet op zijn gezondheidstoestand van dat moment en het te verwachten ziekteverloop, in laatstbedoelde lidstaat niet kan worden gegeven binnen een termijn die medisch verantwoord is. (...)”

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Verzoekster is naar een ander EU-lidstaat, te weten België, gegaan met het doel aldaar de onderhavige behandeling te ondergaan. Derhalve is sprake van planbare zorg. Op deze situatie ziet artikel 20 van Vo. nr. 883/2004. Ook in het kader van de toepassing van de verordening is in de eerste plaats de vraag aan de orde of de behandeling met epidurale injecties voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk als bedoeld in artikel 1.2 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.
- 9.2. Bij de beantwoording van voornoemde 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 epidurale infiltraties is door het Zorginstituut uitgevoerd, en de bevindingen hiervan zijn in het advies van 23 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 hare. Dit betekent dat terecht geen toestemming is verleend op basis van de verordening en dat ook op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering geen aanspraak op vergoeding van de kosten van de behandeling bestaat.

Vervoers- en verblijfkosten

- 9.5. Verzoekster maakt voorts aanspraak op vergoeding van de kosten die samenhangen met het vervoer naar en van Brugge voor de twee behandelingen met epidurale infiltratie die op 22 en 29 november 2016 hebben plaatsgevonden. Dit betreft zowel de reiskosten als de tolgelden en de parkeerkosten. De zorgverzekering biedt geen dekking voor tolgelden en parkeerkosten. De kosten van zittend ziekenvervoer kunnen (onder voorwaarden) voor vergoeding in aanmerking komen, doch uitsluitend indien het vervoer betreft naar en van een zorgaanbieder die een behandeling verricht die ten laste van de zorgverzekering of de Wlz worden vergoed. Dit is bij verzoekster niet het geval. Daarom heeft zij reeds op deze grond geen aanspraak op zittend ziekenvervoer ten laste van de zorgverzekering.

- 9.6. Verzoekster vordert tevens vergoeding van verblijfkosten. De zorgverzekering biedt dekking voor verblijf indien sprake is van opname in een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum. In de procedure is gesteld noch gebleken dat verzoekster is opgenomen in een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum, daarom heeft zij geen aanspraak op vergoeding verblijfskosten ten laste van de zorgverzekering.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

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

Eerder verleende vergoeding

- 9.8. In 2008 en 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar de epidurale infiltraties ten behoeve van verzoekster wèl vergoed. De ziektekostenverzekeraar heeft ter zake aangevoerd dat hij in 2008 zelf mocht beslissen of hij injectie- en denervatietechnieken bij chronische aspecifieke rugklachten vergoedde en in 2012 waren voornoemde behandelingen voorwaardelijk toegelaten tot de zorgverzekering als de behandeling overeenkwam met het onderzoeksprotocol van de MinT-studie. De commissie merkt op dat de voorwaardelijke toelating is geregeld in artikel 2.3 Bzv. De onderhavige zorg maakte tot 1 januari 2016 deel uit van de aanspraken op grond van de zorgverzekering.


In 2016 vielen de epidurale infiltraties echter niet (meer) onder de dekking van de zorgverzekering. Dat in 2008 en 2012 de kosten hiervan wèl zijn vergoed, maakt het voorgaande niet anders. Voor zover verzoekster betoogt dat zij op grond van de eerder verleende vergoedingen erop mocht vertrouwen dat de behandelingen in 2016 wederom zouden worden vergoed, slaagt dit beroep niet. De behandelend arts heeft verzoekster op 7 juni 2016 verteld dat zij voor de onderhavige behandelingen een machtiging moest aanvragen bij de ziektekostenverzekeraar. Deze aanvraag is op 14 juni 2016 door de ziektekostenverzekeraar afgewezen. De behandelingen hebben op 22 en 29 november 2016 plaatsgevonden. Dit is ruimschoots nadat verzoekster ervan op de hoogte was gesteld dat deze behandelingen niet (meer) worden vergoed.

Telefonische toezegging


- 9.9. Dat, in afwijking van de verzekeringsvoorwaarden, een telefonische toezegging zou zijn gedaan, is de commissie niet gebleken. Verzoekster heeft op 5 januari 2016 contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar. Verzoekster heeft verklaard dat zij tijdens dit gesprek de ziektekostenverzekeraar heeft verzocht om toestemming, en dat zij hierbij heeft vermeld dat het ging om een eerdere klacht en het de behandeling van haar rug betrof. Uit de notitie die is gemaakt van dit gesprek blijkt evenwel niet dat is verzocht om toestemming, maar slechts dat is gevraagd of de betreffende zorgaanbieder is gecontracteerd door de ziektekostenverzekeraar, hetgeen door deze bevestigend is beantwoord. De door verzoekster gestelde toezegging is derhalve niet aannemelijk gemaakt, nog daargelaten dat als het wèl zou zijn toegezegd, de ziektekostenverzekeraar hierop nog kon terugkomen, omdat de behandelend arts verzoekster - ná het telefoongesprek en vóórdát de behandeling plaatsvond - ervoor heeft gewaarschuwd dat de behandeling moest worden aangevraagd bij de ziektekostenverzekeraar.




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,



 P.J.J. Vonk