

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen C en D, beide te E
Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, lumbale epidurale infiltratie, stand
wetenschap en praktijk
Zaaknummer : 2012.02476
Zittingsdatum : 12 juni 2013

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2012, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2012)

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

1) C te E, en

2) D te E,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorg-op-maatpolis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringwet (verder: Zvw).

Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Plus Collectief afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).

Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van behandelingen met lumbale epidurale infiltratie, ondergaan te Gent (België) (hierna: de aanspraak). Bij brief van 4 juni 2012 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 brief van 9 juli 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld de behandeling van 18 april 2012 bij wijze van uitzondering te vergoeden. Voor de vervolghandelingen blijft de ziektekostenverzekeraar bij zijn eerdere beslissing.

3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.

3.4. Bij e-mailbericht van 11 maart 2013 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 18 april 2013 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 19 april 2013 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben op respectievelijk 25 april en 29 mei 2013 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 19 april 2013 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 24 mei 2013 (zaaknummer 2013054867) heeft het CVZ bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat injectietherapieën bij chronische aspecifieke lage rugklachten niet voldoen aan het criterium stand van de wetenschap en de praktijk. Een afschrift van het CVZ-advies is op 28 mei 2013 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 12 juni 2013 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 13 juni 2013 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 17 juni 2013 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 verzoeker
 - 4.1. Verzoeker is bekend met rug- en beenklachten. Hij heeft ook veel krachtverlies in beide benen, waardoor lopen moeilijk gaat en hij soms geen controle meer heeft over zijn linkervoet. Er is sprake van specifieke klachten. Hiervoor heeft verzoeker diverse operaties ondergaan. Sinds geruime tijd is hij in Nederland onder behandeling bij de pijnpoli, alwaar hij wordt behandeld met epidurale infiltratie. Deze behandelingen zijn door de ziektekostenverzekeraar vergoed.
 - 4.2. De behandeling die verzoeker in Gent heeft ondergaan, is niet geheel volgens de daarvoor geldende procedure verlopen. Zo is geen dossier bekeken, is de laatste MRI niet beoordeeld, en is een onvolledige diagnose gesteld. Op basis van deze gegevens is de ziektekostenverzekeraar tot de conclusie gekomen dat verzoeker in de toekomst niet meer in aanmerking komt voor behandeling met epidurale infiltratie, zowel in Nederland als in België. De beslissing van de ziektekostenverzekeraar is enkel gebaseerd op de factuur van het ziekenhuis in Gent. Er is geen navraag gedaan bij de behandelend arts.

- 4.3. Indien de ziektekostenverzekeraar van mening is dat deze manier van pijnbestrijding niet wetenschappelijk is bewezen, en er geen gegevens zijn dat de behandeling op de lange duur veilig en verantwoord is, vindt verzoeker het vreemd dat de kosten jarenlang wel zijn vergoed. Alle (para)medici waar verzoeker de afgelopen jaren in behandeling is geweest – de huisarts, de revalidatiearts, chirurgen, pijnpoli-arts en fysiotherapeut – zijn van oordeel dat de behandeling met pijninjecties bij veel mensen dé oplossing is voor pijnreductie.
- 4.4. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat een behandeling met epidurale infiltratie volgens de ziektekostenverzekeraar niet voldoet aan de stand van de wetenschap en de praktijk, maar voor ieder geneesmiddel en iedere vorm van pijnbestrijding geldt dat deze het probleem niet oplossen. Verzoeker heeft veel baat bij de epidurale infiltraties.
- 4.5. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. Zowel uit de correspondentie van de behandelaar als uit het beschikbare beeldmateriaal blijkt niet van radicaire of andere neurocompressie die specifiek klachten kan geven. Om die reden is de ziektekostenverzekeraar uitgegaan van aspecifieke lage rugpijn. De medisch adviseur heeft medegedeeld dat ook als het om chronische specifieke pijn in rug en benen zou gaan, geen aanspraak bestaat op deze behandeling, omdat het geen gebruikelijke zorg betreft. Er is voor deze behandeling onvoldoende wetenschappelijk bewijs met betrekking tot de veiligheid en effectiviteit op de lange termijn.
- 5.2. In de onderhavige kwestie heeft de ziektekostenverzekeraar een nota ontvangen waaruit bleek dat het gaat om epidurale infiltraties. De ziektekostenverzekeraar kon goed zonder verdere medische informatie beslissen. Indien aanleiding bestond tot het opvragen van nadere gegevens, was de ziektekostenverzekeraar hiertoe overgegaan. Dat dit in de situatie van verzoeker niet is gebeurd, maakt niet dat de beoordeling onzorgvuldig is geweest.
- 5.3. Volgens verzoeker zijn de infiltraties in Nederland jarenlang vergoed. Indien dit het geval is, komt dit doordat uit de DBC-code niet blijkt welke behandeling is toegepast. Het is niet de bedoeling geweest een vergoeding te verlenen voor epidurale infiltratie. Indien dit wel is gebeurd, berust een en ander op een misverstand. De ten onrechte verleende vergoedingen zullen niet worden teruggevorderd. Omdat een contract bestaat met het Nederlandse ziekenhuis en verzoeker erop mocht vertrouwen dat deze behandeling vergoed werd, heeft de ziektekostenverzekeraar het laatste consult bij de pijnpoli in Nederland nog wel vergoed.
- 5.4. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar benadrukt dat epidurale infiltraties niet kunnen worden vergoed ten laste van de zorgverzekering, omdat deze niet voldoet aan de stand van de wetenschap en de praktijk. Van deze zorg is dus niet bewezen dat deze veilig en werkzaam is. Dit is door het CVZ in zijn advies van 24 mei 2013 bevestigd.

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 artikel A.21. van 'Hoofdstuk A' van de zorgverzekering 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 de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, 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 zorgverleners. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in 'Hoofdstuk B' van de zorgverzekering.

8.3. Artikel B.4.3. van 'Hoofdstuk B' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg zonder opname bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"De zorg omvat medisch specialistische zorg zonder opname. Deze zorg is te verdelen in:

B.4.3.1.a. Behandeling zonder dat opname plaatsvindt

Deze zorg zonder opname omvat onder andere:

- 1. oogheelkundige zorg;*
- 2. aanleggen van gips;*
- 3. ECG-onderzoek;*
- 4. preventieve voetzorg bij diabetes patiënten.*

B.4.3.1.b. Onderdelen die bij de behandeling horen

Deze zorg omvat:

- 1. de verpleging;*
- 2. de geneesmiddelen;*
- 3. de hulpmiddelen;*
- 4. de verbandmiddelen;*
- 5. laboratoriumonderzoek. (...)"*

8.4. Artikel B.2. van 'Hoofdstuk B' regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

"B.2.1. Wonen in Nederland en zorg in buitenland

Als u in Nederland woont, hebt u recht op (vergoeding van) verzekerde zorg door een zorgverlener buiten Nederland. (...)"

- 8.5. Artikel A.3.2. van 'Hoofdstuk A' van de zorgverzekering luidt, voor zover hier van belang:

"In deze verzekeringsvoorwaarden staat op welke dekking u recht hebt. Deze dekking omvat zorg die voldoet aan de volgende eisen:

a. de inhoud en omvang van deze zorg worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk of door wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten; (...)"

- 8.6. De artikelen A.3.2. van 'Hoofdstuk A', en B.2. en B.4.3. van 'Hoofdstuk B' van de zorgverzekering zijn volgens artikel A.2.4. van 'Hoofdstuk A' van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.7. 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 dan wel, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. Artikel 13 Zvw regelt de aanspraak op zorg indien een verzekerde kiest voor een zorgaanbieder die niet door de zorgverzekeraar is gecontracteerd.

- 8.8. De Zvw, het daarop gebaseerde Bzv en de Rzv, schrijven dwingend voor welke prestaties onder de zorgverzekering verzekerd dienen te zijn. De verzekerde die een zorgverzekering sluit heeft recht op niet meer of minder dan deze prestaties. De zorgverzekering is in dit opzicht een bijzondere, van overheidswege gereguleerde vorm van schadeverzekering. Het staat de 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.

- 8.9. 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. Verzoeker is naar een andere lidstaat gegaan met het doel daar de onderhavige zorg te verkrijgen. Derhalve is sprake van planbare zorg. Op deze situatie ziet artikel 20 van Vo. nr. 883/2004.
- 9.2. Verzoeker heeft niet voorafgaand aan de behandeling de ziektekostenverzekeraar om toestemming gevraagd. Op grond van jurisprudentie van het Hof van Justitie (Stamatelaki, zaak C-444/05) blijft de verordening in die situatie buiten toepassing. Getoetst dient te worden aan artikel B.4.3. van 'Hoofdstuk B' van de zorgverzekering.
- 9.3. Mede gelet op het door de ziektekostenverzekeraar ingenomen standpunt, is de vraag is of de behandeling van specifieke lage rugpijn met lumbale epidurale infiltratie voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 9.4. 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.
- 9.5. 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.

- 9.6. Een onderzoek naar dergelijke kwalitatieve onderzoeken met betrekking tot de onderhavige behandeling is door het CVZ uitgevoerd, en de bevindingen hiervan zijn in het advies van 24 mei 2013 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. Deze conclusie neemt de commissie over en zij maakt deze tot de hare.
- 9.7. Verzoeker heeft aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar zijn beoordeling heeft gebaseerd op onvolledige gegevens. Wat hiervan ook zij, de stelling van verzoeker dat de ziektekostenverzekeraar contact diende op te nemen met de behandelend artsen is onjuist. Verzoeker dient door middel van het verstrekken van voldoende informatie aannemelijk te maken dat hij voldoet aan de polisvoorwaarden, wil hij aanspraak kunnen maken op een vergoeding van de kosten.
- 9.8. Voor zover eerder door de ziektekostenverzekeraar behandelingen zijn vergoed waarvoor geen dekking bestond onder de zorgverzekering, geldt dat een en ander het gevolg lijkt te zijn van de – onjuiste – wijze van declareren door het Nederlandse ziekenhuis, van de onderhavige epidurale injecties waardoor zij onder een – reguliere – DBC zijn gebracht. Omdat andere vormen van pijninjecties wel onder de dekking van de zorgverzekering vallen, is aannemelijk dat het ten onrechte vergoeden hierop is terug te voeren.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.9. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor de onderhavige zorg, zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden ingewilligd.

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, 26 juni 2013,

Voorzitter