

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, tegen C
te D
Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, facetinfiltraties, premie, betalings-
achterstand, tweemaandsbrief
Zaaknummer : 2013.00482
Zittingsdatum : 25 september 2013

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2012-2013, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.4 Bzv, 2.2 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2012-2013, art. 20 Vo. nr. 883/2004)

1. Partijen

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

tegen

C te D, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] Zorgverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Bepaalde aanvullende verzekering afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 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 facetinfiltraties, uitgevoerd te Duitsland (hierna: de aanspraak). Bij brief van 13 november 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Bij brief van 24 november 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de betalingsachterstand € 363,83 bedraagt.
- 3.3. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van de onder 3.1 genoemde beslissing gevraagd. Bij brief van 19 december 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.4. Bij brief van 23 januari 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat sprake is van een achterstand in de premiebetaling voor de zorgverzekering van twee of meer maanden.
- 3.5. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar. In het kader van de bemiddeling heeft de ziektekostenverzekeraar op 17 mei 2013 medegedeeld dat de betalingsachterstand € 993,20 bedraagt.
- 3.6. Bij brief van 24 mei 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat sprake is van een achterstand in de premiebetaling voor de zorgverzeke-

ring van twee of meer maanden.

- 3.7. Bij brief van 3 juni 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, en dat de ziektekostenverzekeraar zich ten onrechte op het standpunt stelt dat sprake is van een betalingsachterstand (hierna: het verzoek).
- 3.8. 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.
- 3.9. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 16 juli 2013 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 23 juli 2013 aan verzoeker gezonden.
- 3.10. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. De ziektekostenverzekeraar heeft op 16 september 2013 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. Verzoeker heeft op 24 september 2013 telefonisch medegedeeld eveneens telefonisch gehoord te willen worden.
- 3.11. Bij brief van 23 juli 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 26 augustus 2013 (zaaknummer 2013088188) 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 de door verzoeker in Duitsland ondergane behandeling niet aan het criterium stand van de wetenschap en praktijk voldoet. Injectie- en denervatietechnieken bij chronische lage rugklachten zijn geen verzekerde prestatie. De door verzoeker ondergane behandeling is niet voorwaardelijk toegelaten tot het verzekerde pakket. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 4 september 2013 aan partijen gezonden.
- 3.12. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 25 september 2013 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.13. Bij brief van 26 september 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 2 oktober 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. De huisarts heeft ter zake van verzoeker het volgende verklaard: “[Verzoeker] wordt verwezen in verband met recidiverende rug klachten bij bekende HNP (...)”.
- 4.2. De behandelend neuroloog heeft bij verzoeker de volgende diagnose gesteld: “HNP op niveau L5-S1”.
- 4.3. De huisarts heeft verzoeker verwezen naar een ziekenhuis voor een verdere beoordeling van zijn rugklachten. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar verzocht om toestemming teneinde zich tot een ziekenhuis in Duitsland te wenden. Deze is hem geweigerd. Desalniettemin zijn in Duitsland facetinfiltraties uitgevoerd. Hierdoor zijn verzoekers pijnklachten afgenomen. Verzoeker stelt geen vertrouwen te hebben in de Nederlandse zorg. Aangezien de ziektekostenverzekeraar weigert de onderzoeken en behandelingen in Duitsland te vergoeden, wordt verzoekers gezondheid op het spel gezet. Dit is onbegrijpelijk en onmenselijk. Hij kan de facetinfiltraties niet zelf bekostigen. Zonder de facetinfiltraties heeft verzoeker veel pijn en wordt hij ernstig beperkt in zijn dagelijks functioneren.
- 4.4. Verzoeker is verplicht zich in Nederland tegen ziektekosten te verzekeren. Aan deze verplichting heeft hij uitvoering gegeven door de zorgverzekering en aanvullende ziektekostenverzekering bij de ziektekostenverzekeraar af te sluiten. Premiebetaling is gezien zijn lage inkomen ondoenlijk. Verzoeker verklaart in dit verband dat hij in zijn detentieperiode evenwel drie betalingen heeft uitgevoerd aan de ziektekostenverzekeraar, ten bedrage van € 100,--, € 108,-- en € 117,--.
- 4.5. Verzoeker is boos en zeer teleurgesteld in het Nederlandse systeem. Hij moet veel geld betalen, maar krijgt daar niets voor terug. Toen verzoeker nog in Duitsland woonde kon hij aldaar probleemloos zorg genieten.
- 4.6. Ter zitting is door verzoeker zijn standpunt herhaald. Voorts is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat regelmatig facetinfiltraties worden uitgevoerd bij hem. Als hij deze niet krijgt, kan hij niet meer lopen. De ziektekostenverzekeraar weigert de facetinfiltraties te vergoeden. Dit is voor verzoeker reden geen premiebetalingen uit te voeren.
- 4.7. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
 - 5.1. Verzoeker heeft een aanvraag ingediend voor facetinfiltraties in Duitsland. Deze aanvraag is niet getoetst aan artikel 20 Vo. nr. 883/2004. Echter, hetgeen in dit artikel is gesteld, is wel juist toegepast. Er is immers beoordeeld of het gaat om verzekerde zorg. Omdat hiervan geen sprake is, is de aanvraag afgewezen. Derhalve is ook via de weg van artikel 20 Vo. nr. 883/2004 geen vergoeding mogelijk.
 - 5.2. De aanvraag van verzoeker is beoordeeld aan de hand van de brief van de Duitse arts van 28 september 2011 en de verwijzing van de huisarts van 7 november 2012. De medisch adviseur heeft verklaard dat facetinfiltraties in een beperkt aantal Nederlandse ziekenhuizen worden uitgevoerd. Facetinfiltraties worden vergoed als deze onderdeel zijn van een denervatie. In verzoekers situatie worden de facetinfiltraties als ondoelmatige zorg beschouwd. In artikel 1.2 van de zorgverzekering is vastgelegd dat enkel zorg die doelmatig en doeltreffend is, wordt vergoed.

- 5.3. Verzoeker is met ingang van 24 juli 2012 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd. Hij zat toen nog in detentie. Zijn detentie eindigde op 27 september 2012. Vanaf 28 september 2012 wordt premie in rekening gebracht. Verzoeker heeft sindsdien niet steeds de verschuldigde premie betaald. De door hem genoemde bedragen van € 100,--, € 108,-- en € 117,-- zijn nooit ontvangen. Een eerste betaling werd ontvangen op 11 januari 2013. Daarna hebben nog twee betalingen plaatsgevonden. Deze drie betalingen zien alle op zorgkosten. Er is tweemaal de brief als bedoeld in artikel 18a Zvw naar verzoeker gezonden. Reden hiervoor is dat met verzoeker na de eerste brief een betalingsregeling werd getroffen, waarna de CVZ-procedure werd stopgezet. Toen bleek dat verzoeker de betalingsregeling niet nakwam, is de procedure bij het CVZ opnieuw opgestart. Naar de stand van 16 juli 2013 staat € 1.264,90 open. Dit bedrag ziet op premie, zorgkosten, acceptgirokosten en administratiekosten.
- 5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat de facetinfiltraties geen verzekerde zorg zijn. Voorts speelt bij verzoeker een probleem met de premiebetalingen. De achterstand is inmiddels opgelopen tot ruim € 1.600,--. Verzoeker dient dit bedrag zo snel mogelijk te voldoen. Indien hij dit nalaat, zal hij worden aangemeld bij het CVZ.
- 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 10 van de zorgverzekering (2012-2013) en artikel 7 van de aanvullende ziektekostenverzekering (2012-2013) 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 is gehouden de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering, en of sprake is van een betalingsachterstand.
8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving
- 8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.
- 8.2. Ingevolge artikel 3 van de zorgverzekering (2012-2013) is de verzekeringnemer de premie bij vooruitbetaling verschuldigd.
- 8.3. 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 de artikelen 11 tot en met 34 van de zorgverzekering (2012) en de artikelen 11 tot en met 36 van de zorgverzekering (2013). Artikel 14 van de zorgverzekering (2012-2013) bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat. Voor zover hier van

belang, luidt dit artikel:

“Omschrijving

U hebt recht op geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten deze plegen te bieden, met inbegrip van het daarbij behorende laboratoriumonderzoek, geneesmiddelen, verbandmiddelen en hulpmiddelen. Onder medisch specialistische zorg is ook begrepen:

(...)

- *behandeling van chronische a-specifieke lage rugklachten (klachten waar geen duidelijke oorzaak voor gevonden kan worden) met toepassing van radiofrequente denervatie. De Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie (ZonMW) financiert en onderzoek naar deze behandeling. U hebt alleen recht op deze behandeling als uw indicatie en behandeling voldoet aan de voorwaarden van het onderzoeksvoorstel;*

(...)

Door

Medisch specialist. (...)

Gaat u naar een zorgaanbieder met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijsbrief

Huisarts, bedrijfsarts, specialist ouderengeneeskunde, arts voor verstandelijk gehandicapten, tandarts, verloskundige, medisch specialist of kaakchirurg. (...)

Toestemming

U hebt voor een aantal behandelingen voorafgaande toestemming nodig. (...)De toestemmingsprocedure kunt u terugvinden in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

(...)”

- 8.4. Artikel 9 van de zorgverzekering (2012-2013) regelt de aanspraak op zorg in het buitenland. Voor zover hier van belang, luidt dit artikel:

“9.1. U woont of verblijft in een ander EU-/EERland of verdragsland dan Nederland

Als u woont of tijdelijk verblijft in een ander EU-/EER-land of verdragsland dan Nederland kunt u voor zorg kiezen uit:

- *zorg volgens het wettelijke verzekeringspakket in een EU-/EER-land of verdragsland, als dit voor u van toepassing is. Dit recht op zorg is geregeld in de EU-socialezekerheidsverordening of een sociaalzekerheidsverdrag;*
- *zorg door een gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling;*
- *vergoeding van de kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. De kosten worden vergoed tot maximaal het bedrag dat u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Zie artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.*

(...)

9.3. Toestemmingsvereiste voor zorg in het buitenland

Wilt u zich in het buitenland laten behandelen? Als u voor deze behandeling één of meer nachten in een ziekenhuis of andere instelling wordt opgenomen, hebt u onze voorafgaande toestemming nodig.

(...)

9.4. Verwijzing en/of toestemmingsvereiste

Is naast de toestemming voor het invoeren van zorg (artikel 9.3) nog specifiek een verwijzing, voorschrift en/of een toestemming vereist? Dan kunt u dit terugvinden in het betreffende zorg-artikel (zie ook artikel 1.9)."

- 8.5. In artikel 1.4 van de zorgverzekering (2012-2013) is bepaald dat de hoogte van de vergoeding voor zorg verleend door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, 80% van het gemiddelde gecontracteerde tarief dan wel van het Wmg-tarief bedraagt.
- 8.6. De artikelen 1.4, 9 en 14 van de zorgverzekering (2012-2013) zijn volgens artikel 2 van de zorgverzekering (2012-2013) 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. Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.2 Rzv.
Artikel 13 Zvw bepaalt dat indien een verzekerde krachtens zijn zorgverzekering een bepaalde vorm van zorg of een andere dienst betreft van een aanbieder met wie zijn verzekeraar geen overeenkomst over deze zorg of dienst heeft gesloten, hij recht heeft op een door de zorgverzekeraar te bepalen vergoeding van de voor deze zorg of dienst gemaakte kosten.
- 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. De (wijze van) premiebetaling voor de aanvullende verzekering is geregeld in artikel 3 van de aanvullende ziektekostenverzekering (2012-2013). Hierbij is onder meer geregeld dat de premie voor de aanvullende ziektekostenverzekering bij vooruitbetaling is verschuldigd. Voorts is in dit artikel bepaald dat bij niet tijdige betaling de verzekering kan worden beëindigd.
- 8.10. Op 1 september 2009 is de Wet structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering (hierna: de Wsmwz) in werking getreden. Vanaf dat moment is onder meer aan de Zvw een nieuwe afdeling toegevoegd die de gevolgen regelt van het niet (tijdig) betalen van de premie voor de zorgverzekering. De wet voorziet in een aantal beoordelingsmomenten waarop de ziektekostenverzekeraar een aanbod, respectievelijk een mededeling moet doen aan de polishouder en/of de verzekerde. Is sprake van een premieschuld voor de zorgverzekering ter hoogte van zes of meer maandpremies, rente en incassokosten buiten beschouwing latend, dan vindt in beginsel melding daarvan plaats aan het College voor zorgverzekeringen. De consequentie hiervan is dat voor de nieuw opkomende maanden een – hogere – bestuursrechtelijke premie van toepassing wordt (in plaats van de premiebetaling aan de ziektekostenverzeke-

raar), alsmede een ander incassoregime, waarbij onder andere bronheffing en incasso door het CJIB mogelijk zijn. Aan het regime bij het CVZ komt doorgaans weer een einde zodra de schuld uit de zorgverzekering is ingelost of een schuldregeling wordt getroffen.

8.11. Artikel 18a Zvw luidt als volgt:

“Artikel 18a

1. Uiterlijk tien werkdagen nadat ten aanzien van een zorgverzekering een achterstand in de betaling van de verschuldigde premie ter hoogte van twee maandpremies is geconstateerd, doet de zorgverzekeraar de verzekeringnemer een aanbod tot het treffen van een betalingsregeling.

2. De betalingsregeling bestaat ten minste uit de volgende elementen:

a. een machtiging van de verzekeringnemer aan de zorgverzekeraar tot maandelijks automatische incasso van nieuw vervallende termijnen van de premie dan wel een opdracht aan een derde van wie de verzekeringnemer periodieke betalingen ontvangt, om namens hem en onder inhouding van de desbetreffende bedragen op deze betalingen, periodiek rechtstreeks aan de zorgverzekeraar het bedrag van nieuw vervallende termijnen van de premie te betalen,

b. afspraken inzake de afwikkeling van de uit de zorgverzekering voortvloeiende schulden van de verzekeringnemer aan de zorgverzekeraar, inclusief rente en incassokosten, en de termijnen waarbinnen betaling zal plaatsvinden, en

c. een toezegging van de zorgverzekeraar, inhoudende dat hij de zorgverzekering of de dekking daarvan gedurende de looptijd van de betalingsregeling niet om reden van het bestaan van de schulden, bedoeld in onderdeel b, zal beëindigen, schorsen of opschorten, zolang de verzekeringnemer de machtiging of de opdracht, bedoeld in onderdeel a, niet intrekt en de afspraken, bedoeld in onderdeel b, nakomt.

3. Indien de verzekeringnemer een ander heeft verzekerd en ten aan zien van diens verzekering een premie-achterstand als bedoeld in het eerste lid is ontstaan, omvat het aanbod, bedoeld in het eerste lid, tevens een bereidverklaring opzegging van deze verzekering met ingang van de dag waarop de betalingsregeling van kracht wordt, te aanvaarden, mits:

a. de verzekerde zichzelf uiterlijk met ingang van dezelfde dag krachtens een andere zorgverzekering verzekerd heeft, en

b. deze, indien deze zorgverzekering bij dezelfde zorgverzekeraar is gesloten, terzake van de premie voor deze verzekering een volmacht of opdracht als bedoeld in het tweede lid, onderdeel a, heeft gegeven.

4. Tegelijk met het aanbod deelt de zorgverzekeraar de verzekeringnemer schriftelijk mee dat deze een termijn van vier weken heeft om het te aanvaarden, waarbij de verzekeraar bovendien aangeeft wat de gevolgen zullen zijn indien het aanbod niet wordt aanvaard en de premieschuld, rente en incassokosten buiten beschouwing gelaten, tot zes of meer maandpremies zal zijn opgelopen, en wijst hij de verzekeringnemer op de mogelijkheid van schuldhulpverlening, waarbij hij tevens informatie verstrekt over de vormen hiervan en wijze waarop deze kan worden verzocht.

5. Indien het derde lid van toepassing is, zendt de zorgverzekeraar de verzekerde tegelijk met de verzending van de in het eerste tot en met vierde lid bedoelde stukken aan de verzekeringnemer, afschriften van deze stukken.”

8.12. Uit de memorie van toelichting op het Wetsvoorstel Structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering (TK 2008-2009, 31736, nr. 3, pag. 28) kan worden afgeleid dat de premieachterstand als bedoeld in artikel 18a Zvw, ziet op de premieachterstand per zorgverzekering en niet per polis (waarop meerdere zorgverzekeringen c.q. verzekerden vermeld kunnen staan). Verder is voor toepassing van de regeling als opgenomen in artikel 18a Zvw uitsluitend de *premie voor de zorgverzekering* van belang.

8.13. 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

Facetinfiltraties

- 9.1. Verzoeker is naar Duitsland, een andere EU-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. Verzoeker heeft voorafgaand aan het ondergaan van de facetinfiltraties in Duitsland de ziektekostenverzekeraar om toestemming gevraagd. Voor de beantwoording van de vraag of het S2-formulier hem al dan niet terecht is geweigerd, is in de eerste plaats van belang te toetsen of sprake is van een verzekerde prestatie in het kader van de zorgverzekering. Voor medisch specialistische zorg geldt onder andere als eis dat deze moet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk.
- 9.2. Met betrekking tot de vraag of facetinfiltraties voldoen aan de stand van de wetenschap en de praktijk, als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering, overweegt de commissie als volgt.
- 9.3. 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.

- 9.4. 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.
- 9.5. 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 26 augustus 2013 verwoord. De conclusie van het advies is dat facetinfiltraties geen zorg zijn conform de stand van de wetenschap en praktijk en daarmee geen verzekerde prestatie op grond van de zorgverzekering. De commissie neemt deze conclusie over en maakt deze tot de hare. Hieruit volgt dat verzoeker het S2-formulier terecht is onthouden en dat door hem ook op grond van de zorgverzekering geen aanspraak kan worden gemaakt op vergoeding van de onderhavige kosten.

Betalingsachterstand

- 9.6. Door de ziektekostenverzekeraar is een financieel overzicht, gedateerd 16 juli 2013, overgelegd. Hieruit blijkt dat verzoeker over de periode van 28 september 2012 – de ingangsdatum van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering – tot en met 31 juli 2013 € 1.380,46 is verschuldigd ter zake van premie, zorgkosten, acceptgirokosten en administratiekosten. In voornoemde periode is door verzoeker in totaal € 115,56 betaald. Door verzoeker is weliswaar gesteld dat hij drie betalingen van € 100,--, € 108,-- en € 117,-- heeft uitgevoerd, maar dat deze ook daadwerkelijk hebben plaatsgevonden is door hem niet aannemelijk gemaakt. Derhalve is naar de stand van 16 juli 2013 sprake van een betalingsachterstand van € 1.264,90 (€ 1.380,46 - € 115,56).

Tweemaandsbrieven

- 9.7. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker op 23 januari 2013 en 24 mei 2013 de brief als bedoeld in artikel 18a Zvw gezonden. Beoordeeld dient te worden of naar de stand van die data sprake was van een premieachterstand van twee of meer maanden.
- 9.8. Uit eerdergenoemd financieel overzicht van de ziektekostenverzekeraar blijkt dat verzoeker over de periode van 28 september 2012 tot en met 23 januari 2013 € 480,23

is verschuldigd ter zake van premie. In voornoemde periode zijn door verzoeker geen premiebetalingen uitgevoerd. Derhalve was naar de stand van 23 januari 2013 sprake van een premieachterstand van € 480,23, hetgeen meer is dan twee maanden, zodat de eerste tweemaandsbrief terecht werd verzonden.

- 9.9. Uit bedoeld financieel overzicht blijkt voorts dat verzoeker over de periode van 28 september 2012 tot en met 24 mei 2013 € 947,83 is verschuldigd ter zake van premie. In voornoemde periode zijn door verzoeker geen premiebetalingen uitgevoerd. Wel werden door hem zorgkosten betaald, doch deze betalingen blijven in dit kader buiten beschouwing. Derhalve was naar de stand van 24 mei 2013 sprake van een premieachterstand van € 947,83, hetgeen meer is dan twee maanden, zodat ook de tweede tweemaandsbrief terecht werd verstuurd.
- 9.10. Hetgeen door verzoeker is gesteld ter zake van het ontstaan van de premieachterstand kan niet leiden tot een ander oordeel. De beoordeling blijft in dit kader beperkt tot de vraag of de brief als bedoeld in artikel 18a Zvw terecht naar verzoeker is gezonden, en dit is gelet op de hoogte van de premieachterstand, beide malen het geval.

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, 30 oktober 2013,

Voorzitter