

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, tegen C te D
Zaak : Geneeskundige zorg, Extracorporeal ShockWave Therapie
(ESWT), hoogte vergoeding
Zaaknummer : 2013.00727
Zittingsdatum : 9 juli 2014

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 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2012)

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

C te D, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster 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 verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering [naam ziektekostenverzekeraar] Vitaal Pakket 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. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een behandeling met Extracorporeal ShockWave Therapie (ESWT) (hierna: de aanspraak). Bij ongedateerd uitkeringsbericht heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak gedeeltelijk, namelijk tot een bedrag van € 500,-, wordt ingewilligd.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 2 april 2013 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 brief van 21 augustus 2013 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig 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 stuk-

ken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 25 oktober 2013 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 28 oktober 2013 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 5 november 2013 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 15 mei 2014 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 28 oktober 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 12 juni 2014 (zaaknummer 2013131830) heeft het CVZ (thans: Zorginstituut Nederland, hierna: het Zorginstituut) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat ESWT bij therapieresistente achillespeesklachten geen zorg is conform de stand van de wetenschap en praktijk en daarmee geen verzekerde prestatie onder de zorgverzekering. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 16 juni 2014 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 9 juli 2014 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.10. Bij brief van 14 augustus 2014 heeft de commissie het Zorginstituut een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of de aantekeningen aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 25 augustus 2014 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen geen aanleiding vormen 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. De behandelend orthopedisch chirurg heeft ten aanzien van verzoekster het volgende verklaard: *“Bovengenoemde patiënte is bij mij onder behandeling in verband met therapieresistente achillespeesklachten. Zij is bij mij onder behandeling sinds 5 december 2011 en was op dat moment conservatief uitbehandeld. In goed onderling overleg werd toen besloten tot een digitale echo (UTC) van de achillespees (...). Deze echo liet zien dat er sprake was van een ernstige achillespees tendinopathie. Vanwege kans op rupturen is verdere behandeling op dat moment uitgesteld en na twee maanden heeft electro shock golf behandeling (ESWT) plaatsgevonden. Dit gaf helaas geen structurele verbetering reden waarom patiënte in juli 2012 werd doorverwezen naar collega (...) voor een eventuele operatieve behandeling van de achillespees. UTC is wereldwijd de gouden standaard ten aanzien van beeldvormende diagnostiek van achillespeesafwijkingen. Deze techniek hebben wij al jaren in huis en een aantal patiënten met achillespees tendinopathie blijken na UTC in aanmerking te komen voor ESWT. Bij deze vaak therapieresistente gevallen behalen wij goede resultaten en wel tot 80% tevredenheid bij deze patiëntengroep (...).”*

- 4.2. Verzoekster heeft diverse malen telefonisch contact gehad met de ziektekostenverzekeraar. Tijdens twee van die gesprekken is haar verzekerd dat zij de kosten volledig vergoed zou krijgen. Uiteindelijk is een vergoeding verleend van € 500,--. Verzoekster is het niet eens met de hoogte van de vergoeding. Zij merkt verder op dat de ziektekostenverzekeraar in zijn reactie aan de Ombudsman Zorgverzekeringen een aantal telefoongesprekken niet heeft genoemd.
- 4.3. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat de behandeling goed heeft geholpen den dat deze om die reden erkend zou moeten worden. Het gaat niet om een sportblessure. Het probleem is begonnen tijdens het lopen. De therapie wordt in de sport wel veel toegepast en is helemaal niet zo omstreden.
- 4.4. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
 - 5.1. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar heeft het dossier van verzoekster beoordeeld. Hij is tot de conclusie gekomen dat de behandeling met ESWT bij de indicatie van verzoekster geen zorg is conform de stand van de wetenschap en praktijk en daarmee geen verzekerde prestatie onder de zorgverzekering. Zijn standpunt is gebaseerd op verschillende adviezen van het Zorginstituut met betrekking tot dit onderwerp.
 - 5.2. De zorg is verleend door een sportarts, werkzaam bij een sportmedische instelling die is aangesloten bij de Federatie van Sportmedische instellingen. Op grond van artikel 17 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering heeft verzoekster daarom aanspraak op een vergoeding van € 500,-- per kalenderjaar. Deze vergoeding is aan haar verleend.
 - 5.3. Ter zitting heeft ziektekostenverzekeraar zijn standpunt herhaald.
 - 5.4. 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 en artikel 7 van de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.
7. Het geschil
 - 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig 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 de artikelen 11 tot en met 34 van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 14 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“U hebt recht op geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten deze plegen te bieden, met inbegrip van het daarbij behorende laboratoriumonderzoek, geneesmiddelen, verbandmiddelen en hulpmiddelen. (...)”

8.4. Artikel 1.2 van de zorgverzekering luidt, voor zover hier van belang:

“U hebt recht op (vergoeding van de kosten van) zorg zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden als u op de zorgvorm naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent 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 de praktijk. Deze wordt vastgesteld aan de hand van de Evidence Based Medicine (EBM)-methode. Als de stand van de wetenschap en praktijk ontbreekt, wordt de inhoud en vorm van de zorg bepaald door wat binnen het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg.”

8.5. De artikelen 1.2 en 14 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2.9 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.6. Artikel 11, lid 1, onderdeel a Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Medisch-specialistische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv. Artikel 2.1 lid 2 Bzv bepaalt dat de inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten mede worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk dan wel, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

8.7. De Zvw, het daarop gebaseerde Bzv en de Rzv, schrijven dwingend voor welke prestaties onder de zorgverzekering verzekerd dienen te zijn. De verzekerde die een zorgverzekering sluit heeft recht op niet meer of minder dan deze prestaties. De zorgverzekering is in dit opzicht een bijzondere, van overheidswege gereguleerde vorm van schadeverzekering. Het staat de ziektekostenverzekeraar niet vrij een dekking te bieden die hetzij ruimer dan wel beperkter is dan op grond van het bij of krachtens de Zvw bepaalde is voorgeschreven. De hiervoor beschreven regeling, zoals opgenomen in de zorgverzekering, strookt met de toepasselijke regelgeving.

8.8. Artikel 17 van de afdeling “preventie” van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op Sport Medisch Advies en luidt, voor zover

hier van belang:

*“Omschrijving:
behandelingen, consulten en sportkeuringen.*

*Wie mag de zorg verlenen:
sportarts die werkzaam is bij een sportmedische instelling die aangesloten is bij de Federatie van Sportmedische Instellingen (FSMI).”*

8.9. Onder artikel 22, aan het einde van de afdeling “preventie”, staat het volgende:

*“Het totale budget voor preventie bedraagt:
maximaal € 500 per kalenderjaar”*

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

9.1. Mede gelet op het door de ziektekostenverzekeraar ingenomen standpunt, is de vraag of ESWT bij achillespees tendinopathie voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering.

9.2. Bij de beantwoording van deze vraag sluit de commissie aan bij de in de medische wereld gangbare 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. Een onderzoek naar dergelijke kwalitatieve onderzoeken met betrekking tot ESWT bij de indicatie van verzoekster is door het Zorginstituut uitgevoerd, en de bevindingen hiervan zijn in het advies van 12 juni 2014 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 deze conclusie en maakt deze tot de hare.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.5. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt dekking voor de onder de afdeling “preventie” opgenomen, waartoe de onderhavige zorg behoort, tot een maximum van € 500,- per kalenderjaar. Deze vergoeding is aan verzoekster verleend. Zij heeft geen aanspraak op een hogere vergoeding.

Telefonische toezegging

- 9.6. Verzoekster stelt dat haar door een medewerker van de ziektekostenverzekeraar tweemaal telefonisch de mededeling is gedaan dat de behandeling met ESWT bij haar indicatie volledig wordt vergoed. Dienaangaande overweegt de commissie het volgende.
- 9.7. Uit het dossier blijkt niet dat van de zijde van de ziektekostenverzekeraar, in afwijking van de verzekeringsvoorwaarden, bepaalde eenduidige en onvoorwaardelijke (telefonische) toezeggingen zijn gedaan. Daarbij tekent de commissie aan dat het moeilijk is de exacte vraagstelling en de beantwoording daarvan te reconstrueren, terwijl dan nog het probleem blijft hoe dit antwoord luidde, respectievelijk mocht worden opgevat.

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, 3 september 2014,

Voorzitter