

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A vertegenwoordigd door G beiden te B tegen C te D en E te F
Zaak : Paramedische zorg, hulpmiddelenzorg, APS-therapie en APS-
apparatuur
Zaaknummer : 2011.00414
Zittingsdatum : 11 januari 2012

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2011, artt. 10 en 11 Zvw, 2.6, 2.9 en Bijlage 1 Bzv, 2.6 e.v. Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2011)

1. Partijen

A hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door G beiden te B
tegen

1) C te D en

2) E te F

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 basis van de Beter Af Polis (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 Beter Af Plus Polis 3 sterren afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De eveneens door verzoekster afgesloten aanvullende ziektekostenverzekering Beter Af Tandarts Polis 2 sterren is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van APS-therapie en APS-apparatuur (Actie Potentiaal Simulatie) (hierna: de aanspraak). Bij brief van 15 maart 2011 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 1 juli 2011, zijnde een schriftelijke bevestiging van een eerder telefonisch contact, 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 september 2011 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 15 november 2011 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 18 november 2011 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 22 november 2011 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 23 januari 2012 telefonisch medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 18 november 2011 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 6 december 2011 heeft het CVZ (zaaknummer 2011120951) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat APS voor de behandeling van chronische pijn niet bewezen effectief is en niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Bovendien is APS niet aan te merken als een "uitwendige elektrostimulator tegen chronische pijn". Een afschrift van het CVZ-advies is op 21 december 2011 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 25 januari 2012 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Verzoekster heeft de commissie op 25 januari 2012 en 30 januari 2012 aanvullende informatie gezonden. Afschriften hiervan zijn op 26 januari 2012 en 30 januari 2012 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 3.11. Bij brief van 30 januari 2012 heeft de commissie het CVZ afschriften van het verslag van de hoorzitting en aanvullende informatie gezonden met het verzoek mede te delen of het verslag aanleiding geeft tot aanpassing van het voorlopig advies. Bij brief van 23 februari 2012 heeft het CVZ aan de commissie zijn definitieve advies uitgebracht. APS is geen uitwendige elektrostimulator tegen chronische pijn in de zin van artikel 2.6 Rzv. Voorts zijn gerandomiseerde vergelijkende klinische studies naar elektrostimulatie therapieën, in tegenstelling tot wat verzoekster stelt, wel mogelijk. De door verzoekster aangehaalde publicaties voldoen niet aan de minimum kwaliteitseisen die door het CVZ worden vereist. Derhalve is geen aanleiding de conclusie dat APS voor de behandeling van chronische pijn niet bewezen effectief is en niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk te herzien.
- 3.12. Een afschrift van het definitieve CVZ-advies is op 24 februari 2012 aan partijen gezonden. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld hier binnen zeven dagen op te reageren. Van de geboden gelegenheid hebben partijen geen gebruik gemaakt.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. De huisarts heeft bij verzoekster het volgende vastgesteld: “(...) *pijnklachten obv artrose handen/voeten*”.
- 4.2. De behandelend APS-therapeut heeft bij verzoekster het volgende vastgesteld: “(...) *pijn en ontstekingsreacties door artrose in vingers, pijn en bewegingsbeperking in SI-gewricht en onderrug, pijn en bewegingsbeperking door beschadigde nekwervels (...) Met name door de vermindering van ontstekingsreacties en de toegenomen energie en bewegingsvrijheid ervaart cliënt een duidelijk verbeterde kwaliteit van leven. Tevens helpt APS-therapie hierdoor degeneratie processen te vertragen, met mogelijk vermindering van kosten in de vorm van medicijngebruik als resultaat. Hiervoor zijn echter wel meerdere APS-behandelingen per week noodzakelijk welke door cliënt zelf uitgevoerd kunnen worden onder mijn begeleiding (...)*”.
- 4.3. Verzoekster heeft botontkalking, waarvoor zij in de afgelopen jaren veelvuldig bij medisch specialisten en de fysiotherapeut is geweest. De behandelingen hadden weliswaar een wisselend succes, maar dit nam niet weg dat de aandoeningen aan de handgewrichten steeds ernstiger werden. Naast het dikker worden van de gewrichten, ontstonden steeds meer pijnlijke ontstekingen, zichtbaar aan de rode huid nabij de gewrichten en gepaard gaande met verval van de spierfuncties. Verzoekster voert aan dat zij vanwege deze ervaringen op zoek is gegaan naar een alternatieve behandeling, die zij vond in APS-therapie. Verzoekster stelt dat zij behandelingen bij de APS-therapeut ondergaat; dat deze inmiddels ertoe hebben geleid dat de ontstekingen in haar handen zijn verdwenen, en dat de pijn in haar rug en nek aanzienlijk is afgenomen. Na enige tijd kan zij de APS-therapie zelf thuis verzorgen met APS-apparatuur. Hierdoor neemt het aantal behandelingen bij de APS-therapeut af. Verzoekster meent dat vergoeding van de kosten van APS-therapie en APS-apparatuur een economisch voordeel voor de ziektekostenverzekeraar oplevert. Tot slot stelt verzoekster dat APS-therapie een wetenschappelijk verantwoorde én bewezen methode is.
- 4.4. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat APS-therapie niet enkel pijnbestrijding is, zoals een TENS-apparaat. Bij APS-therapie wordt het zelfgenezend vermogen gestimuleerd. Daarnaast zijn nog diverse andere verschillen tussen TENS en APS. Verzoekster bestrijdt de conclusie van het CVZ dat APS-therapie geen zorg conform de stand van de wetenschap en praktijk is. Voorts stelt verzoekster dat zij vanwege pijn naar een reumatoloog is gegaan. Deze deelde haar mede dat zij geen reuma had, en stuurde haar naar huis. Men wist niet wat APS was.
- 4.5. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt dat APS-therapie en APS-apparatuur niet doelmatig zijn in het geval van verzoekster. Er is geen sprake van verzekerde zorg. De APS-therapie en APS-apparatuur komen niet in aanmerking voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering. De ziektekostenverzekeraar voert verder aan dat bijvoorbeeld een TENS-apparaat (Transcutane Electro Neuro Stimulatie) wel verzekerde zorg is. APS-therapie is niet aan te merken als paramedische zorg of een alternatieve geneeswijze. Tot slot stelt de ziektekostenverze-

keraar dat APS niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is.

- 5.2. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat zijn standpunt wordt bevestigd door het CVZ-advies. APS-therapie is niet conform de stand van de wetenschap en praktijk. Het CVZ heeft eerder ook al onderzoek verricht naar de gebruikelijkheid van deze behandeling. De ziektekostenverzekeraar stelt zijn standpunt te handhaven.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, 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.

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 mixpolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 1 tot en met 42 van de 'Aanspraken' van de zorgverzekering.

Artikel 26 van de 'Aanspraken' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op fysiotherapie en oefentherapie bestaat, en luidt voor zover hier van belang:

"(...)

Wij vergoeden per aandoening de kosten van de 13e en daaropvolgende behandelingen door een fysiotherapeut of door een oefentherapeut bij bepaalde aandoeningen, overeenkomstig bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering. Het overzicht uit bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering maakt deel uit van de brochure 'Paramedische Zorg' en kunt u downloaden vanaf onze website of bij ons opvragen.

(...)

- *U moet zijn doorverwezen door een huisarts, bedrijfsarts of medisch specialist. Deze verwijzing is nodig om recht te hebben op vergoeding van de kosten van fysiotherapie en oefentherapie vanuit de basisverzekering.*
- *Voor vergoeding van de kosten van een behandeling van een niet door ons gecontracteerde fysiotherapeut of oefentherapeut moeten wij u vooraf schriftelijk toestemming hebben gegeven.*
- *De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen fysiotherapeuten en oefentherapeuten respectievelijk als zorg plegen te bieden.*

(...)"

Artikel 30 van de 'Aanspraken' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op hulpmiddelenzorg bestaat, en luidt voor zover hier van belang:

"Wij vergoeden de kosten van:

- *levering van functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen in eigendom; hiervoor geldt in sommige gevallen een wettelijke eigen bijdrage of gemaximeerde vergoeding;*
- *het wijzigen, vervangen of herstellen van de hulpmiddelen;*
- *reservehulpmiddelen;*

overeenkomstig het [naam ziektekostenverzekeraar] Reglement Hulpmiddelen.

(...)

Voor de levering, wijziging, vervanging of het herstel van een groot aantal hulpmiddelen heeft u vooraf geen toestemming nodig en kunt u direct contact opnemen met een leverancier. In de bijlage van het [naam ziektekostenverzekeraar] Reglement Hulpmiddelen is opgenomen voor welke hulpmiddelen dit geldt. Voor de levering, wijziging, vervanging of het herstel van een aantal hulpmiddelen is nog wel vooraf onze toestemming vereist, waarbij wij beoordelen of het hulpmiddel noodzakelijk, doelmatig en niet onnodig kostbaar of onnodig gecompliceerd is.

(...)"

In artikel 3.17 van het Reglement Hulpmiddelen is de aanspraak op uitwendige elektrostimulators tegen chronische pijn opgenomen.

Voorts is in artikel 2.4 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering bepaald dat de aanspraak op zorg of vergoeding van kosten van zorg, naar inhoud en omvang mede wordt bepaald door 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.

- 8.3. Artikel 2.4 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering en de artikelen 26 en 30 van de 'Aanspraken' van de zorgverzekering en het Reglement Hulpmiddelen zijn volgens artikel 2 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.4. Artikel 11, lid 1, onderdeel b 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 vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.
Paramedische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.6 Bzv en Bijlage 1 Bzv.
Hulpmiddelenzorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.9 Bzv en is verder uitgewerkt in artikel 2.6 e.v. Rzv. Onder y is de aanspraak op uitwendige elektrostimulators tegen chronische pijn opgenomen.
- 8.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 8.6. Artikel 12 van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op fysiotherapie en oefentherapie. Voor zover hier van belang, luidt dit artikel als volgt:

“Wij vergoeden de kosten van behandeling door een fysiotherapeut en/of door een oefentherapeut.

(...)

Voor verzekerden die op grond van de Beter Af Polis aanspraak hebben op fysiotherapie of oefentherapie geldt de vergoeding als aanvulling op de aanspraak uit die polis.

(...)

maximaal 27 behandelingen per persoon per kalenderjaar, waarvan maximaal 12 behandelingen per persoon per kalenderjaar door een niet door ons gecontracteerde zorgverlener (maximaal € 20,- per zitting)

(...)”

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. De vraag is allereerst of APS-therapie bij pijnklachten door onder meer artrose 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 onderzoekopzet, 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 APS-therapie bij chronische pijn is door het CVZ in zijn advies van 6 december 2011 uitgevoerd. De conclusie hiervan is dat APS-therapie voor de behandeling van chronische pijn niet bewezen effectief is en niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Voorts is de APS-apparatuur niet aan te merken als een “uitwendige elektrostimulator tegen chronische pijn”. Deze conclusie neemt de commissie over en zij maakt deze tot de hare.
- 9.5. Nu de commissie tot de conclusie is gekomen dat APS-therapie (en APS-apparatuur) niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, kan een afzonderlijke beoordeling van de therapie en het hulpmiddel achterwege blijven. Gelet op artikel 2.4 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering komt zorg die niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is, niet voor vergoeding in aanmerking.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.6. Vergoeding van de kosten van fysiotherapie en oefentherapie ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering is aan de orde, indien aanspraak op vergoeding van de kosten van fysiotherapie of oefentherapie ten laste van de zorgverzekering bestaat. Nu de commissie onder 9.5 heeft geoordeeld dat verzoekster geen aanspraak heeft op vergoeding van APS-therapie ten laste van de zorgverzekering, bestaat eveneens geen aanspraak op vergoeding hiervan ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 9.7. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor APS-apparatuur, zodat de bespreking van die verzekering op dit punt achterwege kan blijven.

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, 21 maart 2012,

Voorzitter