

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, in deze vertegenwoordigd door E tegen C te D
Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, facetinfiltratie en -denervatie
Zaaknummer : 2009.01874
Zittingsdatum : 16 december 2009

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, in deze vertegenwoordigd door E tegen

C te D, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker komt op tegen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 25 maart 2009 de kosten verbonden aan een facetbehandeling, bestaande uit facetinfiltratie en –denervatie en uit te voeren in Turnhout (België) niet te vergoeden.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] Zorgverzekering (hierna: de zorgverzekering). Een zorgverzekering betreft een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen [naam ziektekostenverzekeraar] Top en TandenGaaf 100% tot € 1.000,-- afgesloten (hierna gezamenlijk: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op de onder 2 genoemde behandeling, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: de aanspraak). Bij brief van 25 maart 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.3. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 8 juli 2009 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. Bij brief van 28 augustus 2009 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 ad € 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 stuk-

ken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief van 23 oktober 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 27 oktober 2009 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 16 november 2009 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 27 oktober 2009 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 november 2009 heeft het CVZ (zaaknummer 29117090) 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 waarop verzoeker aanspraak maakt, niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is, en daarmee geen verzekerde prestatie onder de zorgverzekering. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 16 december 2009 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 17 december 2009 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 voorlopige advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 22 december 2009 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopige advies als definitief kan worden beschouwd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. De behandelend neurochirurg heeft bij verzoeker de volgende diagnose gesteld: "(...) een lage ruglijden met ondergeschikt uitstraling naar het linkerbeen op basis van chronische discopathie L4-L5, L5-S1". Verzoeker heeft naar aanleiding van de gestelde diagnose bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op "(...) facetbehandeling waarbij na een proefinfiltratie eventueel kan worden overgegaan tot een facetdenervatie".
- 4.2. Verzoeker stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat hij in 2007 een herniaoperatie heeft ondergaan bij een neurochirurg in Turnhout (België). In augustus 2008 is hij in Thailand van een waterval naar beneden gevallen, waardoor hij een fractuur van de wervelkolom opliep. Door deze val heeft verzoeker last van hevige lage rugpijn. Door deze pijn heeft hij zijn werkzaamheden als stukadoor neer moeten leggen.
- 4.3. Op 5 februari 2009 heeft de neurochirurg in Turnhout besloten dat een facetbehandeling uitkomst kan bieden. De ziektekostenverzekeraar heeft deze behandeling afgewezen, omdat deze niet conform de stand van de wetenschap en praktijk zou zijn. Deze stelling is echter op geen enkele wijze onderbouwd.

- 4.4. Nadat het verzoek om vergoeding van de behandeling in Turnhout was afgewezen, heeft verzoeker een Nederlandse arts geconsulteerd. Deze arts heeft dezelfde behandeling voorgeschreven als de arts in Turnhout. Volgens verzoeker kan het niet zo zijn dat een Nederlandse behandelmethode, toegepast in een Nederlands ziekenhuis, door een ziektekostenverzekeraar als ongebruikelijk wordt aangemerkt. Voorts behoort de behandeling bij een andere ziektekostenverzekeraar wel tot het basispakket.
- 4.5. Verzoeker merkt op dat hij door de handelswijze van de ziektekostenverzekeraar materiële en immateriële schade heeft opgelopen. Hij had in februari 2009 direct de facetbehandeling kunnen ondergaan, waardoor zijn hevige rugpijnen waren afgenomen. Nu dit niet is gebeurd, heeft verzoeker zijn werkzaamheden lange tijd niet kunnen uitoefenen, met schade als gevolg. Door de handelwijze van de ziektekostenverzekeraar lijdt verzoeker naar eigen zeggen bovendien immateriële schade. Hij stelt de materiële schade op € 2.500,--, en de immateriële schade op € 70.000,--. Voorts vordert hij de juridische kosten ad € 750,--.
- 4.6. Ter zitting is door verzoeker aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar te weinig rekening houdt met het "belang van de mensheid". Andere verzekeraars hebben de behandeling wel in het pakket opgenomen. Verzoeker zegt te zijn "teruggeschakeld naar Nederland". Hij kreeg overal hetzelfde advies, en heeft zich intussen laten behandelen in Nijmegen. Verzoeker verwijst naar het handboek Pijnbestrijding uit 2009, waaruit blijkt dat dit een geaccepteerde behandeling is. De ziektekostenverzekeraar beroept zich echter op onderzoeken uit de VS om het tegendeel aan te tonen. Verzoeker licht toe dat hij een eigen bedrijf heeft, en ernstige economische schade heeft geleden, te weten een bedrag van circa € 100.000,--.
- 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. De ziektekostenverzekeraar stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat verzoeker geen aanspraak heeft op de door hem gewenste behandeling, omdat een facetbehandeling niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, en daarmee geen verzekerde prestatie is.
- 5.2. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat de behandeling geen verzekerde prestatie is. Dat sommige Nederlandse artsen mogelijk anders declareren, maakt dit niet anders. Vanuit Nijmegen is geen aanvraag of nota ontvangen. Zou een nota zijn verstuurd, dan zou deze niet door de ziektekostenverzekeraar zijn voldaan om eerdergenoemde reden. Het kan goed zijn dat andere verzekeraars de kosten op een andere basis vergoeden. De behandeling in Nijmegen kan ook uit het ziekenhuisbudget zijn betaald.
- 5.3. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag terecht is afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenver-

zekering, bindend advies uit te brengen.

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten verbonden aan een facetbehandeling, bestaande uit facetinfiltratie en –denervatie – volgens de aanvraag uit te voeren in Turnhout – te vergoeden, ten laste van de zorgverzekering, dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en wet- en regelgeving

- 8.1 Het betreft hier een restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen 19 tot en met 43 van de zorgverzekering. Artikel 20 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat. Het artikel luidt, voor zover hier van belang:

“Wij vergoeden medisch-specialistische zorg zonder opname.

Wij vergoeden de verpleging, de geneesmiddelen, de hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen.

(...)

Het gaat om zorg die medisch-specialisten normaal gesproken verlenen.”

Artikel 11 van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

“Als u in Nederland woont, hebt u recht op vergoeding van verzekerde zorg door een zorgaanbieder of zorginstelling buiten Nederland.

(...)

Als u woont of verblijft in een Verdragsland en u krijgt daar zorg of u verblijft tijdelijk in een ander Verdragsland of in Nederland en krijgt daar zorg dan hebt u naar keuze recht op:

- a. zorg volgens de wettelijke regeling die in dat land geldt op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag;*
- b. vergoeding van verzekerde zorg door een bevoegde zorgaanbieder of bevoegde zorginstelling.”*

In artikel 2.5 van de zorgverzekering is bepaald dat de inhoud en omvang van de verzekerde zorg mede 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.

- 8.2 De artikelen 20, 11 en 2.5 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2.1 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.3 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. Medisch-specialistische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.

Artikel 2.1 Bzv bepaalt dat de inhoud en omvang van de verzekerde zorg mede worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk, dan wel bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

- 8.4 Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1 Het geschil zoals omschreven in 7.1 spitst zich toe op de vraag of een facetbehandeling, uitgevoerd bij chronische discopathie op niveau L4-L5, L5-S1, voldoet aan de stand van de wetenschap en de 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 me-

dische 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 de onderhavige behandeling is door het CVZ in zijn advies van 24 november 2009 uitgevoerd. De commissie kan zich verenigen met de conclusie in dat advies. Daarom neemt zij deze over en maakt zij deze tot de hare.
- 9.5 Voor zover verzoeker met zijn verwijzing naar hetgeen een andere verzekeraar hem heeft medegedeeld een beroep heeft willen doen op het gelijkheidsbeginsel, overweegt de commissie als volgt. Zorgverzekeraars dienen op basis van de polisvoorwaarden te toetsen of een verzekerde in aanmerking komt voor (vergoeding van) zorg of overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Alle zorgverzekeraars in Nederland zijn voor wat betreft de inhoud van de zorgverzekering gebonden aan dezelfde wet- en regelgeving. Zij mogen niet meer of minder bieden dan de regelgeving hen toestaat. Zulks brengt met zich dat een zorgverzekeraar niet gehouden is over te gaan tot vergoeding of verstrekking van zorg als de polisvoorwaarden van de zorgverzekering daarvoor geen dekking bieden, ook niet als andere zorgverzekeraars dat - om welke reden ook - wel doen. Slechts indien een zorgverzekeraar een beleid voert waarbij meer wordt vergoed of verstrekt dan volgens de regelgeving inzake de zorgverzekering is toegestaan kan een verzekerde van die zorgverzekeraar op dat beleid een beroep doen. Aangezien verzoeker zich slechts beroept op het beleid van een andere zorgverzekeraar, kan hem dat - zo al van een dergelijk beleid aldaar sprake is - niet baten.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.7 De commissie constateert dat de aanvullende ziektekostenverzekering geen dekking biedt voor hetgeen verzoeker heeft verzocht.

Conclusie

- 9.8 Gelet op het vorenoverwogene moet worden geoordeeld dat de ziektekostenverzekeraar heeft gehandeld in overeenstemming met de regelgeving. Van een toerekenbare tekortkoming aan de zijde van de ziektekostenverzekeraar is geen sprake. Derhalve moet het verzoek om schadevergoeding, wegens het ontbreken van een grondslag, worden afgewezen.
- 9.9 Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
10. Het bindend advies
- 10.1 De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 13 januari 2009,

Voorzitter