

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, tegen C te D en E te F
Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, transforaminale epidurale
infiltraties
Zaaknummer : 2012.02937
Zittingsdatum : 26 juni 2013

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 2012, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.4 Bzv, 2.2 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2012, artt. 17, 18 en 19 Vo. nr. 883/2004)

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster,

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 aanvraag 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 jo artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De eveneens door verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar 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 transforaminale epidurale infiltraties, uitgevoerd te Genk (België) (hierna: de aanspraak). Bij brief van 23 oktober 2012 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 5 november 2012 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 12 februari 2013 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 10 april 2013 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 12 april 2013 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 22 april 2013 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 11 juni 2013 schriftelijk medegedeeld eveneens 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 2013051346) 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 behoren tot de te verzekeren prestaties in het kader van de Zorgverzekeringswet. Onderhavige behandeling is niet conform de stand van de wetenschap en praktijk.
Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 5 juni 2013 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 26 juni 2013 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 28 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 18 september 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. Het CVZ merkt nog het volgende op.
In het rapport "Behandeling van chronische aspecifieke rugklachten" van 25 maart 2011 zijn bestaande interventies voor de behandeling van chronische aspecifieke rugklachten beoordeeld. Geconcludeerd is dat veel interventies niet voldoen aan het criterium stand van de wetenschap en praktijk, en derhalve niet tot de verzekerde geneeskundige zorg behoren. De beroepsvereniging Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie heeft aangegeven dat de radiofrequente denervatietechniek veelbelovend is, mits een goede patiëntselectie plaatsvindt. Het CVZ heeft op verzoek van de beroepsvereniging aan het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (hierna: VWS) voorgelegd of deze techniek voorwaardelijk kon worden toegelaten. In het aan de voorwaardelijke toelating gekoppelde onderzoek is alleen de radiofrequente denervatie opgenomen als te onderzoeken interventie. Alleen deze techniek is voorwaardelijk toegelaten.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. De behandelend neurochirurg heeft bij verzoekster de volgende diagnose gesteld: "*Hernia L5-S1 links met druk op de S1-wortel*".

- 4.2. Verzoekster is door de behandelend neurochirurg doorverwezen naar het Multidisciplinair PijnCentrum te Genk (hierna: MPC) voor behandeling door middel van transforaminale epidurale infiltraties. De behandelend arts aldaar stelde twee, maximaal drie behandelingen voor.
- 4.3. Aangezien de ziektekostenverzekeraar geen contract heeft met het MPC, heeft verzoekster de ziektekostenverzekeraar, na telefonisch contact, schriftelijk verzocht een machtiging af te geven voor de voorgestelde behandelingen. De ziektekostenverzekeraar heeft dit geweigerd.
- 4.4. Op 25 oktober en 15 november 2012 hebben de behandelingen waarop verzoekster aanspraak maakt plaatsgevonden.
- 4.5. Het rapport van het CVZ van 25 maart 2011 genaamd "Behandeling van chronische aspecifieke lage rugklachten" is essentieel. Er kan sprake zijn van twee types interventies, te weten injectietherapie en denervatietherapie. De behandelend arts van verzoekster wil injectietherapie toepassen. Met ingang van 1 januari 2012 komen de interventies voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking, ongeacht of de patiënt wel of niet deelneemt aan een studie. Het betreft patiënten met chronische lage rugklachten die geen baat hebben bij conservatieve behandeling in de eerste lijn. De adviezen uit het rapport van het CVZ zijn door de Minister van VWS overgenomen. Het Besluit zorgverzekering is naar aanleiding hiervan gewijzigd. Zodoende vormen transforaminale epidurale infiltraties een verzekerde prestatie.
- 4.6. Transforaminale epidurale infiltraties die door pijnklinieken in Nederland worden uitgevoerd, worden door andere verzekeraars niet als experimenteel aangemerkt en zodoende probleemloos vergoed ten laste van de zorgverzekering. De ziektekostenverzekeraar insinueert in zijn brief aan de Ombudsman Zorgverzekeringen van 14 januari 2013 dat zorgverleners mogelijk ten onrechte reguliere DOT-codes gebruiken om behandelingen vergoed te krijgen ten laste van de zorgverzekering, en derhalve mogelijk frauduleus handelen. Verzoekster werpt deze opmerking verre van zich. Bovendien strookt deze opmerking niet met de verklaringen van de Minister van VWS hieromtrent.
- 4.7. Injectietechnieken bij chronische aspecifieke rugklachten, waaronder de transforaminale epidurale injecties, behoren sinds 2012 tot behandelingen die voorwaardelijk zijn toegelaten tot de verzekerde prestaties in het kader van de zorgverzekering. De behandeling is conform de stand van de wetenschap en praktijk. Verzoekster voldoet aan de gestelde voorwaarden voor deze behandeling. Derhalve dient de ziektekostenverzekeraar over te gaan tot vergoeding.
- 4.8. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat zij gemotiveerd en onderbouwd heeft gesteld waarom transforaminale epidurale infiltraties/injecties een verzekerde prestatie vormen in het kader van de zorgverzekering. In haar onderbouwing zijn standpunten, publicaties en regelgeving – mede naar aanleiding van een soortgelijke zaak bij de commissie met nummer 2011.00759 – en het rapport van het CVZ opgenomen. Zowel het CVZ als de Minister van VWS spreken van "injectie- en denervatietechnieken". Het voorstel van het CVZ om injectie- en denervatietechnieken bij chronische aspecifieke rugklachten per 1 januari 2012 voorwaardelijk toe te laten is door de Minister van VWS overgenomen. Dit blijkt ook uit de website van het CVZ. Het CVZ-advies van 24 mei 2013 aan de commissie is volgens verzoekster on-

begrijpelijk. Dit gaat namelijk in tegen eerdere standpunten en publicaties. Thans zou alleen de toepassing van radiofrequente denervatie, slechts één van de onderzochte en toegepaste therapieën binnen denervatietechnieken, voorwaardelijk zijn toegelaten. Het CVZ is op geen enkele wijze ingegaan op verzoeksters argumenten, maar gaat wel voorbij aan eerder ingenomen standpunten en publicaties. Uit de door verzoekster aangedragen stukken kan niet anders dan worden geconcludeerd dat transforaminale epidurale injecties/infiltraties behoren tot de injectietechnieken die onder voorwaarden zijn toegelaten met ingang van 1 januari 2012, en zodoende dienen te worden vergoed ten laste van de zorgverzekering. Overigens heeft deze behandeling in België gewoon als verzekerde prestatie te gelden.

- 4.9. Voorts stelt verzoekster dat de ziektekostenverzekeraar de nota van de tweede infiltratie, uitgevoerd op 15 november 2012, volledig heeft vergoed. Zij vraagt zich af hoe dit te verklaren is, gelet op het door de ziektekostenverzekeraar ingenomen standpunt dat deze zorg niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is. In de brief van 14 januari 2013 geeft de ziektekostenverzekeraar aan dat als zorgverleners in Nederland een reguliere DOT-code gebruiken, niet exact kan worden vastgesteld welke verrichtingen hebben plaatsgevonden, waardoor wellicht bepaalde zorg onterecht wordt vergoed. In verzoeksters geval kan hiervan geen sprake zijn. In België worden alle uitgevoerde medische prestaties namelijk weergegeven door toepassing van een code volgens de nomenclatuur. Deze is voor iedereen te raadplegen via internet. De gehanteerde code 202790 geeft aan “radiculaire of transforaminale infiltratie met gebruik van medische beeldvorming, max. een zenuwwortel per zitting”. Hierover kan derhalve geen enkel misverstand of onduidelijkheid bestaan. Verzoekster concludeert dat de ziektekostenverzekeraar ook de nota van de eerste infiltratie dient te vergoeden.
- 4.10. Tot slot brengt verzoekster in dat het onbegrijpelijk is dat de ziektekostenverzekeraar op geen enkele wijze is ingegaan op haar brief van 12 februari 2013. Er zijn door de ziektekostenverzekeraar veel stukken ingebracht, maar het grootste gedeelte hiervan is irrelevant.
- 4.11. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. Transforaminale epidurale infiltratie is een behandeling die nog in onderzoek is. Dit betekent dat de behandeling niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Om die reden kunnen de kosten niet worden vergoed ten laste van de zorgverzekering. Wel is er met ingang van 1 januari 2012 een nieuwe behandeling opgenomen voor specifieke rugklachten. Het gaat hierbij eveneens om een behandeling waarvan de effectiviteit nog onvoldoende is aangetoond. Deze behandeling is daarom voorwaardelijk opgenomen in de dekking van de zorgverzekering.
- 5.2. Tot 1 januari 2016 kan men aanspraak maken op vergoeding van de kosten van pijnbestrijding met toepassing van radiofrequente denervatie. De indicatie voor de behandeling moet voldoen aan de voorwaarden, opgenomen in het onderzoeksvoorstel van ZonMW. Voor zover verzoekster zich beroept op de verruiming, voldoet zij daaraan in twee opzichten niet. Ten eerste geldt de verruiming alleen voor specifieke rugklachten, terwijl verzoekster specifieke rugklachten heeft. Ten tweede gaat het uit-

sluitend om radiofrequente denervatie. Deze behandeling is niet bij verzoekster toegepast.

- 5.3. Het is mogelijk dat de kosten van transforaminale epidurale infiltraties, uitgevoerd door erkende pijncentra in Nederland, worden vergoed ten laste van de zorgverzekering. Dat wil echter niet zeggen dat dit ook de bedoeling is. Als een zorgverlener in Nederland met een reguliere code (DOT) declareert, kan de verzekeraar niet zien of de bijbehorende verrichting inderdaad heeft plaatsgevonden. Zodoende worden de kosten misschien ten onrechte vergoed. Zowel de verzekeraars als de zorgverleners worden hierop steekproefsgewijs gecontroleerd.
- 5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar verklaard dat hem niet bekend is dat een eerdere behandeling door hem is vergoed. Zo hiervan sprake is, moet het gaan om een foutieve betaling. Uit de stukken blijkt namelijk dat de ondergane behandelingen geen verzekerde zorg zijn, omdat deze niet conform de stand van de wetenschap en praktijk zijn. Aan foutieve betalingen kunnen geen rechten worden ontleend.
- 5.5. De ziektekostenverzekeraar herhaalt dat de denervatietechniek voorwaardelijk is toegelaten, maar dat dit niet geldt voor de techniek die bij verzoekster is toegepast. Dit laatste blijkt uit een rapport van het CVZ uit 2011, welk rapport is overgenomen in een bindend advies van de commissie. Het standpunt uit 2011 is door het CVZ bevestigd in zijn advies van 24 mei 2013. Er kan niet worden overgegaan tot vergoeding.
- 5.6. Tot slot verklaart de ziektekostenverzekeraar inmiddels zorgvuldiger om te gaan met het insturen van stukken.
- 5.7. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op artikel 16 van de “Algemene voorwaarden” van de zorgverzekering en 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 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 niet-gecontracteerde zorg en van gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of

diensten is geregeld in de artikelen 1 tot en met 40 van de “Aanspraken” van de zorgverzekering.

Artikel 4 van de “Aanspraken” van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat. Voor zover hier van belang, luidt dit artikel:

“Wij vergoeden de kosten van:

- medisch specialistische of kaakchirurgische zorg met uitzondering van parodontale chirurgie, het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat en een ongecompliceerde extractie;*
- de bij de behandeling behorende paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen.*

De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen medisch specialisten en kaakchirurgen als zorg plegen te bieden. Onder medisch specialistische zorg valt tot 1 januari 2016 ook; de behandeling van specifieke lage rugklachten met toepassing van radiofrequente denervatie, indien de indicatie en de behandeling van de verzekerde overeenkomstig de voorwaarden zijn zoals opgenomen in het onderzoeksvoorstel dat door ZonMw wordt gefinancierd.

(...)

Voorwaarde

U moet zijn doorverwezen door een huisarts, verloskundige in het geval dat het verloskundige zorg betreft, tandarts in het geval dat het kaakchirurgische zorg betreft of een andere medisch specialist. (...)

Artikel 2.4 van de “Algemene voorwaarden” van de zorgverzekering bepaalt dat de aanspraak op (vergoeding van kosten van) zorg mede naar inhoud en omvang wordt bepaald door de stand van 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.

Artikel 19 van de “Algemene voorwaarden” van de zorgverzekering regelt de aanspraak op (vergoeding van kosten van) zorg in het buitenland. Voor zover hier van belang, luidt dit artikel:

“19.1 Bij gebruik van zorg in een EU/EER-staat of verdragsland heeft u naar keuze aanspraak op:

- zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag;*
- zorg door een zorgverlener die door ons in het buitenland is gecontracteerd;*
- vergoeding van de kosten van zorg van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener conform de aanspraken van de [naam zorgverzekering] tot maximaal:*
 - wanneer dit bij een aanspraak wordt genoemd, de lagere vergoeding of de eigen bijdrage die u verschuldigd bent;*
 - het op dat moment op basis van de Wet marktverordening gezondheidszorg vastgestelde (maximum-)tarief;*
 - wanneer en voor zover geen op basis van de Wet marktverordening gezondheidszorg vastgesteld (maximum-)tarief bestaat, het in Nederland geldende marktconforme bedrag.”*

- 8.3. De artikelen 2.4 en 19 van de “Algemene voorwaarden” en artikel 4 van de “Aanspraken” van de zorgverzekering 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.
Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv en verder uitgewerkt in de artikelen 2.1 tot en met 2.3 Rzv. Artikel 2.2 Rzv luidt:

“De zorg, bedoeld in artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering, omvat tot 1 januari 2016 tevens behandeling van chronische aspecifieke lage rugklachten met toepassing van radiofrequente denervatie, indien de indicatie en de behandeling van de verzekerde overeenkomstig de voorwaarden zijn die opgenomen zijn in het onderzoeksvoorstel dat door ZonMw wordt gefinancierd.”

- 8.5. 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.

- 8.6. De artikelen 17, 18 en 19 Vo. nr. 883/2004 luiden, voor zover hier van belang:

*“Artikel 17
Woonplaats in een andere dan de bevoegde lidstaat*

Een verzekerde en zijn gezinsleden die in een andere lidstaat dan de bevoegde lidstaat wonen, hebben in de lidstaat van hun woonplaats recht op verstrekkingen die voor rekening van het bevoegde orgaan worden verleend door het orgaan van de woonplaats, volgens de door dit orgaan toegepaste wetgeving, alsof zij krachtens die wetgeving verzekerd waren.

*Artikel 18
Verblijf in de bevoegde lidstaat terwijl de woonplaats in een andere lidstaat ligt - Bijzondere regels voor gezinsleden van grensarbeiders*

- 1. Tenzij anders is bepaald in lid 2, kunnen de in artikel 17 bedoelde verzekerden en hun gezinsleden de verstrekkingen eveneens tijdens een verblijf in de bevoegde lidstaat verkrijgen. De verstrekkingen worden verleend door en voor rekening van het bevoegde orgaan, volgens de door dit orgaan toegepaste wetgeving, alsof de betrokkene in die lidstaat woonde.*

(...)

*Artikel 19
Verblijf buiten de bevoegde staat*

- 1. Tenzij anders is bepaald in lid 2, hebben een verzekerde en zijn gezinsleden die verblijven in een andere lidstaat dan de bevoegde lidstaat, recht op de verstrekkingen welke tijdens het verblijf medisch noodzakelijk worden, met inachtneming van de aard van de verstrekkingen en de verwachte duur van het verblijf. De verstrekkingen worden voor rekening van het bevoegde orgaan verstrekt door het orgaan van de verblijfplaats, volgens de door dit orgaan toegepaste wetgeving, alsof de betrokkenen krachtens die wetgeving verzekerd waren.*

2. De Administratieve Commissie stelt een lijst op van de verstrekkingen die om praktische redenen tijdens een verblijf in een andere lidstaat worden verstrekt op voorwaarde dat dit vooraf is overeengekomen tussen de betrokkene en het orgaan dat de zorg verstrekt.”

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Verzoekster woont in België, een lidstaat van de EU, en werkt in Nederland. Zij is op grond van artikel 1 onder f van Vo. nr. 883/2004 te beschouwen als een grensarbeider. Vanwege het werkland-beginsel van artikel 11 lid 3 van de genoemde verordening is zij in Nederland verzekeringsplichtig en is Nederland de bevoegde staat met betrekking tot de financiering van die zorg. Verzoekster kan echter op grond van de artikelen 17 en 18 van de verordening kiezen of zij gebruik wil maken van de zorg in Nederland volgens het Nederlandse wettelijke stelsel, dan wel in België volgens het daar geldende wettelijke stelsel. In die laatste situatie dient zij zich met een van de Nederlandse ziektekostenverzekeraar verkregen S1-formulier (voorheen E-106) te melden bij de mutualiteit. Dit heeft verzoekster niet gedaan.
- 9.2. De bestaande mogelijkheid om naar keuze in één van beide landen zorg te genieten op basis van het ter plaatse geldende wettelijke stelsel, biedt geen garantie voor volledige kostendekking. Genoemde verordening regelt slechts dat één van de beide relevante wetgevingen van toepassing is in grensoverschrijdende situaties, maar niet dat er altijd een regeling is waarop betrokkene zich kan beroepen. Doel van de verordening is immers uitsluitend coördinatie, en niet harmonisatie van sociale verzekeringsstelsels. Op grond van artikel 168 lid 7 VWEU zijn de individuele lidstaten verantwoordelijk voor de invulling van hun gezondheidsbeleid alsmede voor de organisatie en verstrekking van gezondheidsdiensten en geneeskundige verzorging.
- 9.3. Verzoekster heeft in België – haar woonland – een behandeling ondergaan. Voorafgaand hieraan heeft zij de ziektekostenverzekeraar om toestemming gevraagd. De ziektekostenverzekeraar heeft tijdig aan verzoekster medegedeeld dat het hier geen verzekerde zorg betreft, aangezien transforaminale epidurale infiltraties niet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk, zodat noch op grond van de verordening, noch op grond van de zorgverzekering aanspraak op vergoeding van de kosten van de gewenste zorg bestaat. Verzoekster heeft dit standpunt gemotiveerd bestreden..
- 9.4. Bij de beantwoording van de vraag of transforaminale epidurale infiltraties voldoen aan de stand van de wetenschap en de praktijk, als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering 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

gen 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 de adviezen van 24 mei en 18 september 2013 verwoord. De conclusie van deze adviezen is dat transforaminale epidurale infiltraties geen zorg zijn conform de stand van de wetenschap en praktijk en daarmee geen verzekerde prestatie op grond van de zorgverzekering. Van de door het CVZ onderzochte interventies is alleen radiofrequente denervatie voorwaardelijk toegelaten. De commissie neemt deze conclusie over en maakt deze tot de hare. Dit betekent dat de gevraagde toestemming op grond van de verordening verzoekster terecht is onthouden en dat zij geen aanspraak heeft op vergoeding ten laste van de zorgverzekering. Ook indien door de ziektekostenverzekeraar eerder wel vergoeding zou zijn verleend kan dit niet leiden tot een andere uitkomst.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.7. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde, zodat de aanspraak niet op die grond kan worden ingewilligd.

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, 9 oktober 2013,

Voorzitter