

BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vs C te D
Zaak : Geneeskundige zorg, buitenland, epidurale infiltratie
Zaaknummer : 2007.0428
Zittingsdatum : 3 oktober 2007



Zaak: 2007.0428, geneeskundige zorg, buitenland, epidurale infiltratie

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. T. Hartlief (voorzitter), mr. J.H.A. Teulings en mr. drs. P.J.J. Vonk)

(Voorwaarden zorgverzekering 2006, art. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1, 2.2 en 2.4 Bzv)

1 Partijen

A te B, hierna te noemen verzoekster,
tegen

C te D, hierna te noemen de zorgverzekeraar.

2 De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen het besluit van de zorgverzekeraar van 29 mei 2007 inzake het niet vergoeden van de kosten van epidurale infiltratie, uit te voeren in een kliniek te Sint Niklaas (België).

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster is ten tijde van de aanvraag bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorg-op-maatpolis, een verzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringwet (Zvw) (hierna: de zorgverzekering).
- 3.2. Bij brief van 29 mei 2006 heeft de zorgverzekeraar verzoekster medegedeeld dat de door haar gevraagde behandeling - epidurale infiltratie - in een kliniek in Sint Niklaas (België), niet ten laste van de zorgverzekering wordt vergoed.
- 3.3. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 30 augustus 2006 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster meegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.4. Bij brief van 18 februari 2007 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de onderhavige behandeling te vergoeden.
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 37,00 voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren.
- 3.6. De zorgverzekeraar heeft daarvan gebruik gemaakt en heeft de commissie op 6 juni 2007 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 5 juli 2007

aan verzoekster gezonden .

- 3.7. Bij brief van 12 juli 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen verzocht om advies, een en ander conform artikel 114 van de Zvw.
- 3.8. Eveneens bij brief van 12 juli 2007 zijn partijen in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Van de mogelijkheid zich te doen horen is door verzoekster en de zorgverzekeraar gebruik gemaakt.
- 3.9. Het College voor zorgverzekeringen heeft op 9 augustus 2007, op de voet van artikel 114 lid 3 van de Zvw, zijn advies gegeven. Een afschrift hiervan is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.10. De zorgverzekeraar is op 3 oktober 2007 telefonisch gehoord. Hij is daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het College voor zorgverzekeringen. Verzoekster is evenals op de hoorzitting van 22 augustus 2007 niet bereikbaar.
- 3.11. Bij brief van 5 oktober 2007 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden. In vervolg hierop heeft de commissie van het College voor zorgverzekeringen bericht ontvangen dat hetgeen in de hoorzitting naar voren is gebracht geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies.

4. Het standpunt van verzoekster

- 4.1. Verzoekster is een 59-jarige vrouw. Zij heeft al jaren pijnklachten in de rug. Second opinions in een perifeer respectievelijk een academisch ziekenhuis in Nederland hebben tot geen betere behandeling geleid dan het levenslang slikken van pijnstillers. Zij heeft zich derhalve gewend tot een kliniek in Sint Niklaas (België). Het meegezonden aanvraagformulier, waaruit niet valt op te maken door wie dit is ingevuld, bevat de diagnose 'aspecifieke thoracalgie bij een discusbuiging T8-9' met de geadviseerde behandeling 'thoracale epidurale infiltratie'.
- 4.2. Verzoekster kan zich niet vinden in de afwijzing van de zorgverzekeraar. Jarenlange onderzoeken en behandelingen in Nederland hebben tot niets geleid, maar zijn wel vergoed. Ondanks het feit dat zij na vier behandelingen in Sint Niklaas nagenoeg pijnvrij is, wordt niets vergoed.
- 4.3. Voorts is zij in maart 2006 gebeld door een medewerkster van de zorgverzekeraar en is haar medegedeeld dat zij naar België mocht gaan voor de behandeling. Van de behandeling zou 10 percent voor haar rekening blijven, de overige 90 percent zou door de zorgverzekeraar worden vergoed.

5. Het standpunt van de zorgverzekeraar

- 5.1 De zorgverzekeraar stelt dat de door de medisch-specialist in België bij verzoekster toegepaste behandelmethode obsoleet is en niet berust op evidence, en daarmee niet als verzekerde zorg als bedoeld in de zorgverzekering is te kwalificeren. Uit de nota's blijkt dat verzoekster op vier verschillende data in wisselende samenstelling,

maar steeds met een infuuszak met een zoutoplossing en met een infuuszak met een suikeroplossing is behandeld met:

- Hibidil: een ontsmettingsmiddel voor de huid;
- Xylocaine injectie: een lokale verdoving met tijdelijke werking;
- Pamdronaat injectie: een middel voor teveel kalk in het bloed bij kanker(behandeling);
- Carnitine injectie: geïndiceerd bij de zeer zeldzame carnitinedeficiëntie;
- Redoxon: vitamine C;
- Vitamine B 12 injecties;
- Magnesiumsulfaat: een zout;
- Feldene injectie: een pijnstillert die in Nederland niet in injectievorm bekend staat, maar in andere vormen gegeven wordt bij gewrichtspijnen;
- Lysomucil: een acetylcysteïne dat gegeven wordt bij Cystic Fibrose patiënten en als tegengif bij paracetamol intoxicaties.

5.2. Het is niet duidelijk op basis van welke klachten en welke klinische bevindingen, alsmede op basis van welk beeldvormend onderzoek, de diagnose 'radiculaire prikkeling op niveau T8-9' is vastgesteld. Daarbij is het niet gebruikelijk dat epidurale pijnbestrijding door een revalidatiearts wordt toegepast.

5.3. Tot slot blijkt uit de nota's dat behandelingen worden gedeclareerd door een neuroloog, een klinisch bioloog en een specialist nucleaire geneeskunde, terwijl uit de klinische brief niet duidelijk is geworden of en hoe zij bij de behandeling betrokken zijn geweest.

5.4. De zorgverzekeraar concludeert tot afwijzing van het verzoek van verzoekster.

6. De bevoegdheid van de commissie

Voor zover het onderhavige geschil betrekking heeft op de zorgverzekering, acht de commissie zich bevoegd daarvan kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. De beoordeling van het geschil

7.1. De relatie tussen partijen wordt beheerst door een verzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het BW en is nader omschreven in overweging 3.1 van het bindend advies. Deze verzekeringsovereenkomst betreft een zorgverzekering. Een 'zorgverzekering' in de zin van artikel 1 onder d van de Zvw, dient te voldoen aan de wettelijke eisen van de Zorgverzekeringswet. De aard en omvang van de in de zorgverzekering op te nemen verzekerde prestaties zijn omschreven in Hoofdstuk 3, de artikelen 10 tot en met 14a van de Zvw en de daarop gebaseerde regelgeving, met name het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv). Slechts voor zover de verzekering voldoet aan de wettelijke eisen - dat wil zeggen niet meer en niet minder biedt - is sprake van een zorgverzekering en heeft de verzekerde, door deze verzekering te sluiten, voldaan aan de op hem rustende verzekeringsplicht.

7.2. Het betreft hier een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel gebruik dient te maken van gecontracteerde zorg.

Geneeskundige zorg is geregeld in artikel 9 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Voor zover hier relevant wordt hierin het volgende bepaald:

lid 1

De omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen medisch-specialisten als zorg plegen te bieden.

lid 2

a. Ziekenhuisopname

Aanspraak bestaat op opname op basis van laagste klasse in een ziekenhuis gedurende ten hoogste 365 dagen. (. .)

De aanspraak omvat de medisch-specialistische behandeling en het verblijf, al dan niet gepaard gaande met verpleging en verzorging. Tevens vallen hieronder de bij de behandeling behorende paramedische zorg en geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen, gedurende de periode van de opname ..

(. .)

Voorwaarden

toestemming:

toestemming vooraf is vereist, als:

a. de medisch specialistische zorg betrekking heeft op intramurale zorg;

(. .)

verwijzing:

voor de medisch specialistische zorg heeft een verwijzing plaatsgevonden door een huisarts, (. .), medisch specialist (. .)

zorgverlener:

de medisch specialistische zorg wordt verleend door een ziekenhuis, medisch specialist (. .)

Bij zorg in een niet-gecontracteerd ziekenhuis vindt een kostenvergoeding plaats tot maximaal hetgeen in het Restitutie Reglement van de zorgverzekeraar vermeld staat.

Artikel 24 Buitenland, bepaalt, voor zover hier relevant, het volgende:

lid 1

(. .) In het geval dat een verzekerde de zorg inroept van een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder of instelling vindt vergoeding van kosten plaats conform het bepaalde dat elders in deze polis bij iedere zorgvorm afzonderlijk is aangegeven indien de zorg binnen Nederland door een niet gecontracteerde zorgverlener of instelling zou zijn verleend.

Artikel 4 van het Restitutie Reglement behorende bij de Zorg-op-maatpolis, bepaalt voor zover hier van belang:

4 Medisch-specialistische zorg

1. Voor medisch-specialistische zorg in het A-segment, ook wel A-dbc's genoemd, waarop ingevolge de Algemene Voorwaarden een aanspraak bestaat en waarvoor ingevolge de Wet tarieven gezondheidszorg een tarief is vastgesteld of goedgekeurd,

geleverd door een zorgverlener waarmee CZ hiertoe geen overeenkomst heeft gesloten, vergoedt CZ op restitutiebasis, voor zover het intramurale zorg betreft, maximaal negentig procent van het voor de betreffende zorg geldende A-tarief

2. Voor medisch-specialistische zorg in het A-segment, ook wel A-dbc's genoemd, waarop ingevolge de Algemene Voorwaarden een aanspraak bestaat en waarvoor ingevolge de Wet tarieven gezondheidszorg een tarief is vastgesteld of goedgekeurd, geleverd door een ziekenhuis waarmee CZ hiertoe geen overeenkomst heeft gesloten, vergoedt CZ op restitutiebasis, voor zover het extramurale zorg betreft, maximaal negentig procent van het voor de betreffende zorg geldende A-tarief

Ten algemene wordt in artikel 2 lid 4 het volgende bepaald:

De aanspraak op zorg of vergoeding van kosten van zorg als in de zorgpolis omschreven wordt naar inhoud en omvang mede bepaald door de stand der wetenschap en praktijk, dan wel, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg of diensten.

- 7.3. De regeling van de artikelen 2, 9 en 24 van de zorgverzekering en artikel 4 van het Restitutie Reglement is volgens artikel 2.2 van de zorgverzekering, gebaseerd op de Zvw, het Bzv en de Rzv.
- 7.4. In het kader van het onderhavige geschil is de volgende regelgeving relevant. Artikel 11 lid 1 onderdeel a van de Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde in voorkomend geval, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Artikel 13 van de Zvw regelt de vergoeding in geval wordt gekozen voor een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde aanbieder. Geneeskundige zorg is naar inhoud en omvang geregeld in de artikelen 2.1 lid 2 en 2.4 lid 1 van het Bzv.
- 7.5. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de polis opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 7.6. De vraag is vervolgens of een epidurale infiltratiebehandeling met de onder 5.1 genoemde middelen, bij een thoracale discusbuiging, beoordeeld naar de internationale stand der wetenschap en de praktijk, te gelden heeft als zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 7.7. Bij de beoordeling 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 menin-

gen 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.

- 7.8. Indien uit tenminste 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 aangetroffen worden, wordt bewijsvoering 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 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.
- 7.9. Een onderzoek naar dergelijke kwalitatieve onderzoeken met betrekking tot de onderhavige behandeling bij een thoracale discusbuiging is door het CVZ in zijn advies van 9 augustus 2007 uitgevoerd en de conclusie daarvan neemt de commissie over en maakt zij tot de hare.
- 7.10. Op basis van deze gegevens komt de commissie tot de conclusie komen dat de behandeling van een thoracale discusbuiging door epidurale infiltratie met de middelen Hibidil, Xylocaine injectie, Pamdronaat injectie, Carnitene injectie, Redoxon, Vitamine B12 injecties, Magnesiumsulfaat, Feldene injectie en Lysomucil, op zichzelf en in combinatie, en al dan niet opgelost in zout- of suikeroplossingen, beoordeeld naar de internationale stand der wetenschap en de praktijk, niet te gelden heeft als zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden en daardoor niet als een verzekerde prestatie op grond van de zorgverzekering kan worden beschouwd.
- 7.11. De commissie is tot slot van oordeel dat verzoekster niet voldoende aannemelijk heeft gemaakt dat haar, in afwijking van de zojuist bedoelde verzekeringsvoorwaarden, een mondelinge toezegging is gedaan, waaruit zij onmiskenbaar en ondubbelzinnig mocht opmaken dat, ondanks het ontbreken van een medische indicatie als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering, de onderhavige ingreep voor vergoeding in aanmerking zou komen.
- 7.12. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

8. Het bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 15 oktober 2007,

Voorzitter