

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, in deze vertegenwoordigd door E, tegen C te D
Zaak : EU/EER, Geneeskundige zorg, Percutane Arthrographie met behulp van thermolaesies
Zaaknummer : 2009.00627
Zittingsdatum : 23 september 2009

1. Partijen

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

C te D, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoekster komt op tegen de beslissing van de zorgverzekeraar van 20 maart 2007 de kosten verbonden aan een percutane arthrographie met behulp van thermolæsies, ondergaan te Keulen (Duitsland) niet te vergoeden.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorg-op-Maatpolis PZP (hierna: de zorgverzekering). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). Een zorgverzekering is een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw).
- 3.2. De behandelend anesthesioloog heeft bij verzoekster de volgende diagnose gesteld: "cervicogene Trigger van ernstige migraine, SI gewrichtspijn, als onderdeel van chronische lage rugpijn". Verzoekster heeft naar aanleiding van de gestelde diagnose bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op "Percutane Arthrographie ISG beidseits met behulp v. thermolæsies incl. progn. blokkade links, Percutane Arthrographie ISG beidseits met behulp v. thermolæsies incl. progn. blokkade rechts", ten laste van de zorgverzekering (hierna: de aanspraak).
- 3.3. Op 8 januari 2007 heeft de behandeling, waarop verzoekster aanspraak maakt, overeenkomstig de wijze zoals in de aanvraag vermeld, plaatsgevonden.
- 3.4. Bij brief van 20 maart 2007 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.5. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging gevraagd. Bij brief van 29 april 2008 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn standpunt te handhaven.
- 3.6. Bij brief van 21 april 2009 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering (hierna: het verzoek).

- 3.7. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 37,-- voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar 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.
- 3.8. De zorgverzekeraar heeft van de geboden mogelijkheid tot het geven van een reactie gebruik gemaakt en de commissie bij brief van 21 juli 2009 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 23 juli 2009 aan verzoekster gezonden.
- 3.9. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster en de zorgverzekeraar hebben op 27 juli 2009 respectievelijk 29 juli 2009 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord.
- 3.10. Bij brief van 23 juli 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 4 september 2009 heeft het CVZ (zaaknummer 29080849) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat percutane arthrographie met behulp van thermolaesies niet behoort tot zorg conform de stand van de wetenschap en praktijk. Een afschrift van het CVZ-advies is op 8 september 2009 aan partijen gezonden. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren. Partijen hebben niet op het advies gereageerd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Verzoekster stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat zij bij de zorgverzekeraar heeft verzocht om vergoeding van een nota ter hoogte van € 413,32 betreffende een pijnbestrijdingsbehandeling door middel van thermolaesies. De zorgverzekeraar heeft de behandeling afgewezen, omdat deze niet zou worden erkend als een verantwoorde en adequate behandeling conform de stand van de wetenschap en praktijk. Uit verklaringen van twee medisch adviseurs en een brief van de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie blijkt evenwel dat de behandeling moet worden aangemerkt als een in de anesthesiologische pijngeneeskunde gebruikelijke en doelmatige therapie. Daarmee is voldaan aan het vereiste dat het moet gaan om zorg die door de betreffende beroepsvereniging als verantwoord en adequaat wordt beschouwd.
- 4.2. Verzoekster komt tot de conclusie dat haar verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar stelt, voor zover voor het onderhavige geschil van belang, dat de reactie van de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie kennelijk eenzijdig, selectief en zonder kennis van de situatie van verzoekster is opgesteld. De medisch adviseur van de zorgverzekeraar heeft wel medisch wetenschappelijke onderbouwing gezocht, om tot een deugdelijke gemotiveerde conclusie te kunnen komen. De onderzoeksresultaten aangaande RF bij facetdenervatie worden neutraal wetenschappelijk gepresenteerd. Van het totaal van zes onderzoeken is de ene helft positief en de andere helft negatief. De conclusie is dat er in de tientallen jaren dat deze behandeling wordt uitgevoerd, op grote volumes van nek- en rugpijn, geen positieve ontwikkeling is geweest. Met name de jongste onderzoeksresultaten laten geen positief

resultaat zien. Internationaal bestaat geen belangstelling meer voor deze techniek, omdat uit wetenschappelijk onderzoek is gebleken dat deze geen evidence based medicine betreft.

- 5.2. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat de aanvraag van verzoekster terecht is afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

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

7. De beoordeling van het geschil

- 7.1. In geschil is of de zorgverzekeraar gehouden is de kosten van de door verzoekster ondergane behandeling te vergoeden, ten laste van de zorgverzekering. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 7.2. Het betreft hier een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 18 tot en met 34 van de zorgverzekering. Artikel 20 van de ‘algemene voorwaarden’ van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat, welk artikel, voor zover hier van belang, als volgt luidt:

“De omvang van deze te verlenen zorg wordt begrensd door hetgeen medisch-specialisten als zorg plegen te bieden”

De aanspraak op zorg in het buitenland is geregeld in artikel 11 van de ‘algemene voorwaarden’ van de zorgverzekering. Genoemd artikel luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

“lid 1

De verzekerde die woont in Nederland, heeft aanspraak op zorg van een door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder of instelling buiten Nederland. 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 zorg binnen Nederland door een niet gecontracteerde zorgverlener of instelling zou zijn verleend.

lid 2

De verzekerde die woont of verblijft in een ander EU/EER-land of Verdragsland dan Nederland, heeft naar keuze:

- a. aanspraak op zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag.*
- b. aanspraak op zorg door een zorginstelling of zorgverlener die door zijn zorgverzekeraar in het woonland is gecontracteerd.*
- c. aanspraak op vergoeding van kosten van zorg van een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling conform het bepaalde dat elders in deze po-*

*lis bij iedere zorgvorm afzonderlijk is aangegeven indien zorg binnen Nederland door een niet gecontracteerde zorgverlener of instelling zou zijn verleend.
(...)”*

Artikel 2 lid 4 van de ‘algemene voorwaarden’ van de zorgverzekering bepaalt dat de aanspraak op zorg of de vergoeding van de kosten van zorg als in de zorgpolis omschreven, naar inhoud en omvang mede worden 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 en diensten.

- 7.3. De artikelen 20, 11 en 2 lid 4 van de ‘algemene voorwaarden’ van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 lid 1 van de ‘algemene voorwaarden’ van de zorgverzekering gebaseerd op de Zvw, het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 7.4. 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. In artikel 2.1 Bzv is bepaald dat de inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten mede worden 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.
- 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 of Percutane Arthrographie ISG met behulp van thermolaesies als vorm van pijnbestrijding bij rugklachten en migraine, voldoet aan de stand van de wetenschap en de praktijk als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 7.7. 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 me-

thodologisch 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.

- 7.8. 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.
- 7.9. Een (literatuur)onderzoek naar dergelijke kwalitatieve onderzoeken met betrekking tot de onderhavige behandeling is door het CVZ in zijn advies van 4 september 2009 uitgevoerd. Het CVZ komt op basis daarvan tot de conclusie dat met betrekking tot de werkzaamheid van deze behandeling geen valide bewijs bestaat, en dat deze behandeling niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is. De commissie kan zich met die conclusie verenigen, neemt deze conclusie over en maakt deze daarmee tot de hare.

Conclusie

- 7.10. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
8. Het bindend advies
- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 23 september 2009,

Voorzitter