



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, tegen OWM Centrale Zorgverzekeraars groep
Zorgverzekeraar U.A. en OWM Centrale Zorgverzekeraars groep
Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar U.A., beide te Tilburg

Zaak : EU/EER, Spanje en België, geneeskundige zorg, revalidatie,
facetdenervatie, stand wetenschap en praktijk

Zaaknummer : 201401689

Zittingsdatum : 25 maart 2015

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden zorgverzekering 2013 en 2014, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1, 2.4 en 2.10 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2013 en 2014, art. 20 Vo. nr. 883/2004)

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

- 1) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg, en
 - 2) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.


2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvragen was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorg-op-maatpolis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Top Collectief en TA + Gelijkmaker afgesloten (hierna gezamenlijk: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).












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 revalidatie in Alicante, Spanje, en van facetdenervatie, uitgevoerd in Sint-Niklaas, België (hierna gezamenlijk: de aanspraak). De ziektekostenverzekeraar heeft aan verzoekster medegedeeld dat vergoeding van de revalidatie wordt afgewezen. Bij brief van 13 mei 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat vergoeding van de facetdenervatie wordt afgewezen.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissingen gevraagd. Bij brieven van 12 november 2013, 6 december 2013 en 13 juni 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissingen 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 7 september 2014 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 14 november 2014 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 17 november 2014 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 29 november 2014 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 28 november 2014 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 19 december 2014 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2014153024) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat niet is gebleken dat sprake is van medisch specialistische revalidatie als bedoeld in de Zvw. De toegepaste facetdenervatie is geen zorg conform de stand van de wetenschap en praktijk en daarmee geen verzekerde prestatie onder de zorgverzekering. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 25 maart 2015 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.10. Bij brief van 27 maart 2015 heeft de commissie het Zorginstituut afschriften van de aantekeningen van de hoorzitting en nagekomen stukken gezonden met het verzoek mede te delen of deze aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 16 april 2015 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen en nagekomen stukken geen aanleiding vormen tot aanpassing van het advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
- 4.1. Verzoekster is op 7 juli 2012 betrokken geweest bij een auto-ongeluk. Hierdoor heeft zij een whiplash opgelopen. Verzoekster heeft het ziekenhuis bezocht, alwaar uit röntgenfoto's en een CT-scan bleek dat zij een aangeboren afwijking heeft aan haar nek. Op advies van de behandelend arts heeft zij een aantal maanden wekelijks fysiotherapie gekregen. Omdat dit niet hielp, heeft verzoekster op 30 oktober 2012 een revalidatiecentrum in Nederland bezocht. Hier bleek een wachtlijst te bestaan van zeven maanden. Zij is toen tijdelijk onder behandeling geweest in een centrum in Rotterdam, waar zij is behandeld door een psychosomatisch fysiotherapeut en een psycholoog. Na afloop van de wachttijd van zeven maanden heeft verzoekster opnieuw het revalidatiecentrum bezocht. Dit resulteerde echter niet in een behandeltraject. Men wilde de zaak eerst nog even aankijken. In juli 2013 heeft verzoekster wederom contact opgenomen met het revalidatiecentrum. Men heeft haar toen opnieuw op een interne wachtlijst geplaatst, daar zij eerst een informatiebijeenkomst moest bijwonen, die maar éénmaal per maand werd gegeven. De informatiebijeenkomst zou op 26 augustus 2013 plaatsvinden. De daadwerkelijke intake zou weer zes weken duren, en men zou pas op 15 oktober 2013 overleggen over een mogelijk behandelplan. Verzoekster is, vanwege deze lange wachttijden, op zoek gegaan naar alternatieve mogelijkheden.
- 4.2. Verzoekster bezit samen met haar echtgenoot een appartement in Spanje. Zij is hier begin augustus 2013 naartoe gegaan, en heeft contact opgenomen met Medifit Reha. Dit revalidatiecentrum wordt gerund door Nederlandse medici die met verschillende zorgverzekeraars



in Nederland samenwerken. Na een onderzoek naar haar spierkracht deelde de behandelend arts verzoekster mede haar te kunnen helpen door de spierkracht in de nek te vergroten. Verzoekster heeft op 5 september 2013 contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar en gevraagd of de kosten van de revalidatie worden vergoed. Op 16 september 2013 is verzoekster gestart met de behandeling, omdat het erg lang duurde voor er een antwoord kwam. De ziektekostenverzekeraar heeft later medegedeeld geen vergoeding te verlenen, omdat met het medisch centrum in Spanje geen afspraken zijn gemaakt. Gedurende het behandeltraject zijn bewegingsfoto's gemaakt, die een "gapping" laten zien tussen de tweede en derde nekzwervel. Deze foto's heeft verzoekster aan de ziektekostenverzekeraar doen toekomen, maar dit heeft niet geleid tot een ander standpunt.

- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 4.3. Door de revalidatie in Spanje zijn de klachten van verzoekster verminderd. Omdat zij er, door de afwijking in haar nek, met het opbouwen van spierkracht alleen niet kwam, heeft zij verder gezocht naar andere alternatieven. Zij kwam terecht bij een ziekenhuis in België, waar een internationaal gerenommeerde neurochirurg een MRI-scan en een botscan heeft laten maken. Hieruit bleek een verrekking op niveau C2-C3 te bestaan in combinatie met oedeem en een verrekking op niveau C7-T1. Op advies van de behandelend arts is een facetdenervatie uitgevoerd. Dit betreft een ingreep die in vele Nederlandse ziekenhuizen wordt toegepast en ook door verschillende zorgverzekeraars wordt vergoed. Intussen is de pijn in de schouder van verzoekster met circa 40 tot 50 percent gereduceerd.
- 4.4. Volgens de ziektekostenverzekeraar zou verzoekster geen contact met hem hebben opgenomen voor zorgbemiddeling. Deze stelling is echter onjuist. Verzoekster heeft diverse malen contact gezocht, waarbij haar werd medegedeeld dat de ziektekostenverzekeraar geen zorgbemiddelaar kent, alleen een zorgmakelaar voor de werkgever. Ook deze kon verzoekster niet helpen.
- 4.5. Verzoekster kan zich niet vinden in de stelling van de ziektekostenverzekeraar dat zowel de revalidatie als de facetdenervatie geen zorg zijn conform de stand van de wetenschap en praktijk. Tijdens de revalidatie is onder andere dry needle therapy gegeven. Deze behandeling wordt in Nederland ook met grote regelmaat toegepast en door de zorgverzekeraars vergoed. Het zelfde geldt voor facetdenervatie.
- 4.6. Ter zitting is door verzoekster aangevoerd dat de whiplash die zij tijdens het auto-ongeluk heeft opgelopen eerst werd getypeerd als twee, maar nu als vier. Zij is volledig arbeidsongeschikt bevonden. Zij is directeur geweest van een stichting, maar door het ongeluk is haar hele carrière ingestort. In Nederland bestond een wachttijd van zeven maanden voor revalidatie. Verzoekster bleef echter pijn houden en had problemen met haar concentratie. Haar man en zij hebben een appartement in Spanje, waar zij terecht kon voor revalidatie. Zij koos ervoor eerst de intake in Nederland te laten plaatsvinden, maar daar werd haar verteld dat men haar alleen kon leren omgaan met de pijn. Op behandeling moest zij vervolgens nog eens zes weken wachten. Verzoekster heeft toen uitgelegd dat zij liever haar spieren wilde opbouwen in de kliniek in Spanje dan leren omgaan met de pijn. De ziektekostenverzekeraar is gehouden zorg in een andere EU-lidstaat te vergoeden. Verzoekster wilde snel weer beter worden, ook gelet op haar baan. De ziektekostenverzekeraar vergoedt helemaal niets. Verzoekster doet nog steeds oefeningen die zij in Spanje heeft gekregen. Aldaar is gebleken dat zij een gat heeft tussen twee nekzwervels, dat niet volledig met spiertraining is op te lossen. Verzoekster is ook nog bij een Spine Center geweest, en de zorg daar werd ook niet vergoed. Dit kostte nog eens € 1.000,--. Later ging zij vanwege de nog aanwezige pijn naar België, waar een behandeling met facetdenervatie werd voorgesteld. Dit helpt, maar moet ieder jaar. Verzoekster is inmiddels elders verzekerd, en de nieuwe verzekeraar vergoedt de kosten wel.
- 4.7. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar heeft het dossier van verzoekster beoordeeld. Hij deelt mede dat voor de manier van behandelen van whiplashklachten (actief dan wel passief, ambuland dan wel klinisch, medicamenteus dan wel conservatief, in acute situatie of langdurig) weinig bewijs voorhanden is. Het CBO doet weinig aanbevelingen in de toepasselijke richtlijn. Wel wordt gesproken over de noodzaak uitleg te geven over de diagnose en activiteiten te blijven ontplooiën. Ook in buitenlandse richtlijnen wordt geadviseerd informatie te verstrekken en wordt benadrukt dat er een noodzaak is dagelijkse activiteiten te behouden. Ook recente onderzoeken laten geen significante meerwaarde zien ten aanzien van een langdurig multidisciplinair behandeltraject.

Bovendien is onduidelijk wat het programma in Spanje heeft ingehouden. Het lijkt met name te gaan om fysiotherapie en het bevorderen van lichamelijke activiteit. Ook is gebruik gemaakt van acupunctuur, massage, ontspanningstherapie en dry needle therapy. Er is geen behandelplan aangeleverd waaruit blijkt van de noodzaak voor een nieuw multidisciplinair revalidatietraject. Daarnaast komt uit de beschikbare informatie naar voren dat het behandeltraject in Spanje geen revalidatietraject is zoals bedoeld in de Nederlandse regelgeving. Voorts is een herhaald revalidatietraject voor de onderhavige klachten (momenteel) geen doelmatige zorg naar de stand van de wetenschap en praktijk.

5.2. Met betrekking tot radiofrequente pijnbestrijdingsbehandelingen bij chronische aspecifieke rugklachten (lumbaal) vindt momenteel een onderzoek plaats (MinT studie) naar de effectiviteit van deze behandeling. Voor zover het gaat om deze behandeling bij de nek (cervicaal) bij aspecifieke klachten (niet radicaal) is geen vergelijkend onderzoek beschikbaar, waarbij de behandeling wordt vergeleken met een controlegroep. De weinige literatuur die hierover is te vinden, geeft een negatief oordeel over de behandeling. De veiligheid en effectiviteit van deze behandeling bij de klachten die verzoekster ondervindt, is dan ook onvoldoende wetenschappelijk onderbouwd. Facetdenervatie is bij de indicatie van verzoekster geen zorg conform de stand van de wetenschap en praktijk en daarmee geen verzekerde prestatie onder de zorgverzekering.

5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat zijn standpunt in het advies van het Zorginstituut is bekrachtigd. Er was geen sprake van medisch-specialistische revalidatie als bedoeld in de zorgverzekering. Alle stukken zijn in de beoordeling betrokken. De facetdenervatie is op dit moment geen zorg conform de stand van de wetenschap en praktijk. Onduidelijk is waarom de nieuwe verzekeraar deze kosten wel heeft vergoed.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel A.22. van 'Hoofdstuk A' van de zorgverzekering en van 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 gehouden is 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 naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in 'Hoofdstuk B' van de zorgverzekering.

8.3. Artikel B.4. van 'Hoofdstuk B' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"Het gehele artikel B.4. beschrijft de medisch specialistische zorg. U hebt daarbij recht op geneeskundige zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden. (...)

B.4.3.1. Waar hebt u recht op?

U hebt recht op medisch specialistische zorg zonder opname. Deze zorg is te verdelen in:

B.4.3.1.a. Behandeling zonder dat opname plaatsvindt

Deze zorg zonder opname omvat onder andere:

- 1. oogheekundige zorg;*
- 2. aanleggen van gips;*
- 3. ECG-onderzoek.*

B.4.3.1.b. Onderdelen die bij de behandeling horen

Deze zorg omvat:

- 1. de verpleging;*
- 2. de geneesmiddelen;*
- 3. de hulpmiddelen;*
- 4. de verbandmiddelen;*
- 5. laboratoriumonderzoek. (...)"*

8.4. Artikel B.4.6. van 'Hoofdstuk B' van de zorgverzekering regelt de aanspraak op revalidatiezorg en luidt, voor zover hier van belang:

"B.4.6.1.1. Waar hebt u recht op?

Bij revalidatie hebt u recht op de zorg die voor u de beste methode is om een handicap te voorkomen, te verminderen of te overwinnen. Deze zorg omvat:

- a. verblijf: het gaat hier om revalidatie waarvoor u meerdere dagen opgenomen wordt. Deze meerdaagse opname vindt plaats als verwacht wordt dat hiermee betere resultaten te behalen zijn dan met revalidatie zonder opname;*
- b. deeltijd- of dagbehandeling: het gaat hier om revalidatie zonder verblijf.*

*B.4.6.1.2. Voorwaarden
Algemeen*

Het gaat om een handicap die het gevolg is van:

- a. stoornissen of beperkingen in het bewegingsvermogen;*
- b. een aandoening van het centrale zenuwstelsel die leidt tot beperkingen in de communicatie, het verstandelijk vermogen of het gedrag.*

Door de revalidatie kunt u een bepaalde mate van zelfstandigheid bereiken of behouden die in relatie tot uw beperkingen mogelijk is.

Zorgverlener

Een team van verschillende soorten deskundigen (multidisciplinair team) voert de zorg uit onder leiding van een medisch specialist of revalidatiearts. (...)"

- 8.5. Artikel B.2. van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

"Als u woont of verblijft in een Verdragsland en u krijgt daar zorg, of u verblijft tijdelijk in een ander Verdragsland (dat kan ook Nederland zijn!) en krijgt daar zorg, dan kunt u kiezen tussen:

- a. zorg volgens de wettelijke regeling die in dat Verdragsland geldt op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag;*
- b. (vergoeding van) verzekerde zorg volgens de door u afgesloten zorgverzekering en zoals beschreven in artikel B.2.2. (...)"*

- 8.6. Artikel A.3.2. van 'Hoofdstuk A' van de zorgverzekering luidt, voor zover hier van belang:

"In deze verzekeringsvoorwaarden staat op welke dekking u recht hebt. Deze dekking omvat zorg die voldoet aan de volgende eisen:

- a. de inhoud en omvang van deze zorg 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; (...)"*

- 8.7. De artikelen A.3.2. van 'Hoofdstuk A' van de zorgverzekering en B.2., B.4. en B.4.6 van 'Hoofdstuk B' van de zorgverzekering zijn volgens artikel A.2.4. van 'Hoofdstuk A' van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.8. 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.

Verblijf is geregeld in artikel 2.10 Bzv.

Artikel 2.1 lid 2 Bzv bepaalt dat de inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten mede worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk dan wel, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

- 8.9. 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.

- 8.10. Artikel 20 van Vo. nr. 883/2004 luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

"1. Tenzij in deze verordening anders is bepaald, moet een verzekerde die naar een andere lidstaat reist met het oogmerk gedurende zijn verblijf verstrekkingen te ontvangen, daarvoor toestemming van het bevoegde orgaan vragen.

2. Een verzekerde die van het bevoegde orgaan toestemming heeft gekregen om zich naar een andere lidstaat te begeven met het oogmerk om daar een voor zijn gezondheidstoestand passende behandeling te ondergaan, heeft recht op verstrekkingen die voor rekening van het bevoegde orgaan worden verleend door het orgaan van de verblijfplaats, volgens de door dit

orgaan toegepaste wetgeving, alsof hij krachtens die wetgeving verzekerd was. De toestemming mag niet worden geweigerd wanneer de desbetreffende behandeling behoort tot de prestaties waarin de wetgeving van de lidstaat waar betrokkene woont, voorziet, en die behandeling hem, gelet op zijn gezondheidstoestand van dat moment en het te verwachten ziekteverloop, in laatstbedoelde lidstaat niet kan worden gegeven binnen een termijn die medisch verantwoord is. (...)"

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Verzoekster is naar twee andere EU-lidstaten, namelijk Spanje en België, gegaan met het doel daar de onderhavige zorg te verkrijgen. Derhalve is sprake van planbare zorg. Op deze situatie ziet artikel 20 van Vo. nr. 883/2004.
- 9.2. Verzoekster heeft voorafgaand aan zowel de behandeling in Spanje als de facetdenervatie in België de ziektekostenverzekeraar om toestemming gevraagd. De ziektekostenverzekeraar heeft beide keren aan verzoekster medegedeeld dat hij van mening is dat geen sprake is van een verzekerde prestatie, zodat noch op grond van de verordening, noch op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering aanspraak op de zorg bestaat. Met betrekking tot de vraag of sprake is van een verzekerde prestatie geldt het volgende.

Behandeling Spanje

- 9.3. Gelet op het advies van het Zorginstituut van 19 december 2014 betreft de in Spanje uitgevoerde behandeling geen revalidatie als bedoeld in artikel B.4.6. van de zorgverzekering en de onderliggende wet- en regelgeving. Verzoeker heeft dan ook geen aanspraak op vergoeding van de kosten van deze zorg, ten laste van de zorgverzekering.

Facetdenervatie België

- 9.4. Mede gelet op het door de ziektekostenverzekeraar ingenomen standpunt, is de vraag of de in België toegepaste facetdenervatie voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 9.5. 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 onderzoeksofzet, onderzoekspopulatie, controlegroep, randomisatie, blinding, mate van behandelingseffect, follow-up en statistische analyse.

- 9.6. 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.
- 9.7. Een onderzoek naar dergelijke kwalitatieve onderzoeken met betrekking tot de facetdenervatie die is uitgevoerd in België is door het Zorginstituut uitgevoerd, en de bevindingen hiervan zijn in het advies van 19 december 2014 verwoord. De conclusie van het advies is dat deze zorg niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is en daarmee geen verzekerde prestatie onder de zorgverzekering. De commissie neemt deze conclusie over en maakt deze tot de hare.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.8. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor de onderhavige zorg, zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden toegewezen.

Schending zorgplicht

- 9.9. Verzoekster heeft betoogd dat zij zich in Nederland geconfronteerd zag met wachttijden en dat zij heeft verzocht om zorgbemiddeling. De ziektekostenverzekeraar heeft dit bestreden, stellende dat hij alleen een zorgmakelaar heeft voor de werkgever. De commissie merkt op dat verzoekster heeft gekozen voor een naturapolis. In artikel 11 lid 1 sub b Zvw is vastgelegd dat alleen de houder van een restitutiepolis aanspraak heeft op activiteiten gericht op het verkrijgen van de verzekerde zorg of diensten. De houder van een naturapolis heeft recht op deze zorg of diensten zonder meer, te leveren door een daartoe gecontracteerde zorgaanbieder. Indien door de zorgverzekeraar geen dan wel onvoldoende zorg of diensten zijn ingekocht, kan sprake zijn van schending van de zorgplicht, in welk geval hij gehouden is de hierdoor ontstane schade te vergoeden. In de situatie van verzoekster is onvoldoende aannemelijk geworden dat verzoekster de ziektekostenverzekeraar heeft aangesproken op zijn zorgplicht. Zoals uit de door haar gegeven toelichting blijkt, is zij zelf op zoek gegaan naar alternatieven, die zij heeft gevonden in Spanje onderscheidenlijk België. De aanvragen waren dan ook specifiek op deze behandelingen in het buitenland gericht. Het enkele gegeven dat verzoekster navraag heeft gedaan naar de mogelijkheid van zorgbemiddeling is dan ook onvoldoende om tot schending van de zorgplicht te concluderen.

Vergoeding door andere zorgverzekeraars

- 9.10. Verzoekster heeft ten aanzien van zowel de behandeling in Spanje als de facetdenervatie in België aangevoerd dat andere zorgverzekeraars de kosten hiervan geheel of gedeeltelijk vergoeden. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.
- 9.11. 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 met betrekking tot de inhoud van de zorgverzekering gebonden aan de 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 hiervoor geen dekking bieden, ook niet als andere zorgverzekeraars dat – om welke reden ook – wel doen. Slechts indien de ziektekostenverzekeraar een beleid voert waarbij meer wordt vergoed of verstrekt dan volgens de regelgeving inzake de zorgverzekering is toegestaan kan verzoekster op dat beleid een beroep doen. Aangezien verzoekster zich slechts beroept op het beleid van andere zorgverzekeraars, kan haar dat – zo al van een dergelijk beleid aldaar sprake is – niet baten.

Conclusie

9.12. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 22 april 2015,

prof. mr. A.I.M. van Mierlo