



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



ANONIEM BINDEND ADVIES

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

Zaak : Medisch-specialistische zorg, Deep Brain Stimulation, stand wetenschap en praktijk

Zaaknummer : 201600269

Zittingsdatum : 31 augustus 2016



Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en mr. H.A.J. Kroon)



(Voorwaarden zorgverzekering 2015, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2015)

1. Partijen



A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door C te B,
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 aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de CZ Zorg-op-maatpolis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1 onderdeel d Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Top 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).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding



3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op Deep Brain Stimulation (hierna: de aanspraak). Bij brief van 26 juni 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.



3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 25 januari 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.



3.3. Bij klachtenformulier van 28 januari 2016 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).



3.4. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 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 stukken gevoegd.



3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 7 juni 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 9 juni 2016 aan verzoeker gezonden.

- 3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 17 juni 2016 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 31 augustus 2016 telefonisch medegedeeld in persoon te willen worden gehoord.
- 3.7. Bij brief van 9 juni 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 22 juli 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016075322) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat het toepassen van Deep Brain Stimulation als behandeling voor chronisch refractaire neuropathische pijn geen zorg is conform de stand van de wetenschap en praktijk en daarmee geen verzekerde prestatie is onder de zorgverzekering. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 8 augustus 2016 aan partijen gezonden.
- 3.8. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 31 augustus 2016 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.9. Bij brief van 1 september 2016 heeft de commissie het Zorginstituut een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 9 september 2016 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen 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 verzoeker
- 4.1. Verzoeker heeft sinds 1991 een pijnsyndroom ter hoogte van de rechterarm/schouder. Sindsdien zijn bij verzoeker verschillende behandelingen, waaronder een ruggenmergstimulatie, uitgevoerd om de (pijn)klachten te verhelpen. Aangezien deze behandelingen niet het gewenste resultaat hadden, heeft de behandelend neurochirurg dr. Temel als laatste mogelijkheid een diepe hersenstimulatie van de thalamische kern voorgesteld.
- 4.2. Dr. Temel licht toe dat diepe hersenstimulatie regelmatig wordt toegepast bij de ziekte van Parkinson en obsessief-compulsieve stoornissen. De techniek wordt door hem goed beheerst en hij heeft veel ervaring. Dr. Temel heeft enkele publicaties naar de ziektekostenverzekeraar gestuurd teneinde aan te tonen dat Deep Brain Stimulation ook op de langere termijn effect heeft. De kwaliteit van dit bewijs is erg hoog. Daar komt bij dat in het neurochirurgische wetenschappelijk onderzoek vaak niet de criteria kunnen worden toegepast voor een zogenoemd klasse 1a of 1b onderzoek.
- 4.3. Ter zitting heeft verzoeker zijn eerdere standpunt herhaald en benadrukt dat de dr. Temel voorgestelde Deep Brain Stimulation de laatste mogelijkheid is om van de voortdurende pijnklachten af te komen. Verzoeker stelt er mee bekend te zijn dat de kans ruim 50 percent is dat de behandeling effect zal hebben, maar in de situatie waarin verzoeker verkeert wordt iedere mogelijkheid geprobeerd.
- 4.4. 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 heeft het dossier bestudeerd en stelt vast dat verzoeker sinds 1991 een pijnsyndroom heeft ter hoogte van de rechterarm/schouder. Alle beschikbare behandelingen zijn al toegepast. Nu ook een ruggenmergstimulatie geen duidelijke verbetering heeft kunnen geven, wordt door de behandelend neurochirurg dr. Temel een diepe hersenstimulatie van de thalamische kern voorgesteld als laatste therapie. De betreffende neurochirurg heeft bij de aanvraag verschillende

publicaties meegestuurd over de lange termijn effecten van de behandeling. Dr. Temel verwacht dat er circa 50 percent kans bestaat dat de behandeling een pijnreductie zal geven die acceptabel is.

- 5.2. Volgens de ziektekostenverzekeraar kan een behandeling alleen worden vergoed als deze voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Dit houdt in dat er voldoende bewijs moet zijn dat de behandeling op de lange termijn veilig en doelmatig is. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar heeft verschillende onderzoeken bestudeerd en is tot de conclusie gekomen dat de meerwaarde van Deep Brain Stimulation bij neuropathische pijn onvoldoende is aangetoond in een goed opgezet, wetenschappelijk onderzoek.
- 5.3. Onderzoek naar de effectiviteit en efficiëntie van Deep Brain Stimulation bij neuropathische pijn beperkt zich tot case-series met wisselende uitkomsten en soms korte follow-up. Zo wordt in de door dr. Temel meegestuurde literatuur bijvoorbeeld geconcludeerd: "clinical trials are desirable to confirm (...)".
In de EFNS richtlijn voor de behandeling van neuropathische pijn, wordt gemeld: "weak positive evidence in peripheral neuropathic pain".
Naast genoemde artikelen zijn geen Noord-Amerikaanse richtlijnen gevonden die de behandeling ondersteunen. Buitenlandse ziektekostenverzekeraars zoals Aetna beschouwen de behandeling bij neuropathische pijn als onvoldoende bewezen.
- 5.4. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt herhaald.
- 5.5. 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 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 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 zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen B.3. e.v. van de zorgverzekering.
- 8.3. Artikel B.4 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. De gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg valt hier ook onder, maar deze beschrijven wij in artikel B.19.2. en B.19.3.
(...)"*

8.4. Artikel A.3.2. van de zorgverzekering luidt, voor zover hier van belang:

"de inhoud en omvang van 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 (...)"

8.5. De artikelen A.3.2. en B.4. van de zorgverzekering zijn volgens artikel A.2.4. van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.6. 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.

Artikel 2.1 lid 2 Bzv bepaalt dat de inhoud en omvang van de vormen van zorg en 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.

8.7. 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.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

9.1. Gelet op het door de ziektekostenverzekeraar ingenomen standpunt is de vraag of de aangevraagde behandeling, te weten Deep Brain Stimulation bij neuropathische pijn, voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk als bedoeld in artikel A.3.2 en daarmee als verzekerde prestatie in het kader van de zorgverzekering is te beschouwen.

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 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.

- 9.4. Een onderzoek naar dergelijke kwalitatieve onderzoeken met betrekking tot Deep Brain Stimulation bij neuropathische pijn is door het Zorginstituut in zijn advies van 22 juli 2016 uitgevoerd. De conclusie hiervan is dat Deep Brain Stimulation bij neuropathische pijn geen behandeling is conform de stand van de wetenschap en praktijk en dat derhalve geen sprake is van een verzekerde prestatie op grond van de zorgverzekering. De commissie neemt deze conclusie over en maakt deze tot de hare.
- Hetgeen door verzoeker is aangevoerd, met name ten aanzien van het ontbreken van een voor hem aanvaardbaar alternatief voor de aangevraagde behandeling, kan niet leiden tot een andere uitkomst.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.5. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde, zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden toegewezen.

Conclusie

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

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 14 september 2016,

J.A.M. Strens-Meulemeester