



ANONIEM BINDEND ADVIES

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

Zaak : EU/EER, België, geneeskundige zorg, proefinfiltratie en PRF-behandeling, stand
wetenschap en praktijk

Zaaknummer : 201700748

Zittingsdatum : 8 november 2017



Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. P.J.J. Vonk, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden zorgverzekering 2016, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2016, art. 20 Vo. nr. 883/2004)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door C te D,

tegen

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

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker 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 was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Top Collectief afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De eveneens door verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar afgesloten aanvullende verzekering Uitgebreide Tandarts Collectief is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van een proefinfiltratie en PRF-behandeling, uitgevoerd te Gent, België (hierna: de aanspraak). Bij brief van 6 juli 2016 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 brieven van 5 september 2016 en 7 november 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. Verzoeker heeft een klacht ingediend bij de Ombudsman Zorgverzekeringen. Bij brief van 3 mei 2017 heeft de Ombudsman Zorgverzekeringen hem medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling.
- 3.4. Bij brief van 15 juni 2017 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).
- 3.5. 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.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 24 augustus 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 28 augustus 2017 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 30 augustus 2017 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 1 september 2017 schriftelijk medegedeeld eveneens in persoon te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 28 augustus 2017 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 16 oktober 2017 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2017039590) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen. Volgens de medisch adviseur van het Zorginstituut kan op basis van het dossier niet worden vastgesteld dat bij verzoeker sprake was van een cervicaal radiculair syndroom op niveau C6. *"De uitslag van de MRI liet namelijk op meerdere niveaus een vernauwing van de neuroforamina zien. Daarnaast is niet gebleken dat de proefblokkade op meerdere niveaus is uitgevoerd, zoals vermeld in de studie uit 2007 en de praktische richtlijnen voor anesthesiologische pijnbestrijding. Wat betreft de toepassing van de proefinfiltratie (of proefblokkade) kan worden opgemerkt dat deze niet nader is gespecificeerd naar niveau of toegediende stof en dat het effect hiervan niet is aangegeven. Hierdoor is het onduidelijk of deze proefblokkade succesvol is geweest. Uit het dossier kan ook niet op een andere wijze worden afgeleid dat verzoeker een indicatie had voor de uitgevoerde behandeling. Zo was er bij verzoeker sprake van schouderpathologie, hetgeen in het onderzoek uit 2007 werd aangemerkt als exclusie criterium. De pijnklachten en het lichamelijk onderzoek zijn niet op zodanige wijze beschreven dat hieruit de conclusie kan worden getrokken dat de cervicale radiculaire klachten zich op één niveau voordeden."* Het Zorginstituut vervolgt: *"De medisch adviseur concludeert dat, los van de vraag of deze specifieke behandeling (PRF) voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, in ieder geval niet afdoende is aangetoond dat verzoeker redelijkerwijs was aangewezen op een behandeling van een cervicaal radiculair syndroom op niveau C6."* Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 17 oktober 2017 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 8 november 2017 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.10. Ter zitting is afgesproken dat verzoeker nadere informatie van de behandelend arts over mag leggen. Verzoeker heeft deze informatie op 24 november 2017 aan de commissie gestuurd. Een afschrift hiervan is op 27 november 2017 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden, waarbij hij in de gelegenheid is gesteld hierop binnen veertien dagen te reageren. De ziektekostenverzekeraar bij brief van 12 december 2017 zijn reactie aan de commissie gezonden. Een afschrift hiervan is op 22 december 2017 ter kennisname aan verzoeker gestuurd.
- 3.11. Bij brief van 22 december 2017 heeft de commissie het Zorginstituut afschriften van de aantekeningen van de hoorzitting en de nagekomen stukken gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen en nagekomen stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie hierop heeft het Zorginstituut bij brief van 4 januari 2018 aan de commissie het definitief advies uitgebracht. Het Zorginstituut schrijft: *"In het hoorzittingsverslag wordt de suggestie gewekt dat het Zorginstituut in het voorlopig advies heeft geconcludeerd dat een 'PRF-proefbehandeling' voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Dit is echter niet het geval, aangezien de conclusie luidde dat - los van de vraag of PRF voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk - niet voldoende is aangetoond dat verzoeker redelijkerwijs was aangewezen op een behandeling van een cervicaal radiculair syndroom. Daarnaast kan naar aanleiding van het hoorzittingsverslag worden opgemerkt dat de diagnostiek door middel van een proefinfiltratie of proefblokkade los moet worden gezien van de behandeling door middel van PRF."* De medisch adviseur van het Zorginstituut heeft geconcludeerd dat de aanvullende informatie bevestigt dat niet is voldaan aan de diagnostische procedure voor het vaststellen van de indicatie van cervicale

radiculaire klachten. Er is derhalve niet afdoende aangetoond dat verzoeker redelijkerwijze was aangewezen op de gevraagde behandeling.

Een afschrift van dit advies is op 5 januari 2018 aan partijen gezonden. Zij zijn hierbij in de gelegenheid gesteld binnen tien dagen op het definitief advies te reageren. Verzoeker heeft op 15 januari 2018 op het definitief advies gereageerd. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de wederpartij gezonden.

3.12. Naar aanleiding van de reactie van verzoeker van 15 januari 2018 en de nog bestaande onduidelijkheden heeft de commissie het Zorginstituut bij brief van 18 januari 2018 verzocht om kenbaar te maken of de PRF-behandeling voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Het Zorginstituut heeft in reactie hierop bij e-mailbericht van 22 februari 2018 aan de commissie medegedeeld dat in dit kader altijd wordt onderzocht of een zorgvorm in samenhang met een indicatie voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. In het onderhavige geval is niet voldaan aan de diagnostische procedure om de indicatie bij verzoeker vast te stellen. Daarom is het niet duidelijk of verzoeker een indicatie had voor de behandeling. Het Zorginstituut handhaaft daarom zijn advies tot afwijzing van het verzoek.

3.13. Een afschrift van het e-mailbericht van het Zorginstituut van 22 februari 2018 is op 28 februari 2018 aan partijen gezonden, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop binnen tien dagen te reageren. Verzoeker heeft op 20 maart 2018 gereageerd. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de wederpartij gestuurd.

3.14. De reactie van verzoeker van 20 maart 2018 is op 27 maart 2018 aan het Zorginstituut gezonden, waarbij is gevraagd of deze informatie nog aanleiding geeft tot nader inhoudelijk commentaar. Het Zorginstituut heeft op 4 april 2018 aan de commissie medegedeeld dat voornoemde reactie van verzoeker geen aanleiding vormt tot aanpassing van het definitief advies.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

4.1. De behandelend orthopeed heeft op 8 april 2016 ten aanzien van verzoeker het volgende verklaard: "(...) **Anamnese:** Klachten ter hoogte van de rechterarm en schouder. Uitstralend naar vingers. Continu vermoeid gevoel in arm. Indruk dat kracht wat minder is. Rechtshandige werkmeester op sociale werkvoorziening. Heeft verlamming in linkerhand door auto-ongeluk in 1991, fractuur en peesletsels linker proximale humerus. Peestransfer gehad in linkerarm. **Technisch onderzoek:** MRI 01/04: de neuroforamina voor wortel C4 bilateraal en C6 rechts zijn vernauwd op degeneratieve basis. Geen hernia, geen spinaal kanaal stenose. **Besluit:** Proefinfiltratie en PRF ter hoogte van C6 rechts omwille van vernauwing ter hoogte van C4 en C6 bilateraal op degeneratieve basis. Een controle zal voorzien worden na deze infiltraties, in tussentijd kan pijnstilling genomen worden volgens noodzaak; (...)"

De behandelend orthopeed heeft op 16 december 2016 ten aanzien van verzoeker het volgende verklaard: "(...) **Anamnese:** Patiënt consulteert ovw pijn thv rechter schouder echo en RX uitgevoerd. Voorgeschiedenis van PRF C6 rechts met zeer goed effect. Het heeft goed geholpen. De klachten naar zijn hand zijn weg. De uitstraling naar zijn borstkas idem. Nachtpijn weg. Nu voelt hij enkel nog pijn in de rechterschouder, activiteitsgebonden. Dat is zijn dominante kant (links verlamming); (...)"

4.2. Verzoeker stelt dat de proefinfiltratie en PRF-behandeling die hij in 2016 in Gent heeft ondergaan, dienen te worden vergoed door de ziektekostenverzekeraar.

Verzoeker heeft contact opgenomen met een anesthesioloog-pijnspecialist. Deze heeft hem medegedeeld dat de in Gent voorgestelde behandeling door middel van proefinfiltratie, eventueel gevolgd door een PRF-behandeling, op identieke wijze, overal in Nederland door pijnspecialisten/ anesthesiologen wordt voorgeschreven en toegepast.

Daarnaast heeft verzoeker een bevestiging van de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie dat de onderhavige behandeling conform de praktische richtlijnen voor anesthesiologische

pijnbestrijding is en dat voldoende wetenschappelijke literatuur bekend is waaruit de werking blijkt. De vereniging is momenteel bezig met een update van de richtlijnen waarin dit zal worden vastgelegd.

4.3. De behandelend orthopeed heeft verklaard dat de behandeling bij verzoeker effectief is gebleken.

4.4. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat het advies van het Zorginstituut onduidelijk is. Hij vindt het vreemd dat het Zorginstituut nu stelt dat hij geen indicatie had voor de onderhavige behandeling. Verzoeker heeft voornoemd advies besproken met de behandelend arts, en deze heeft hem verteld dat hij een indicatie had voor de behandeling hetgeen ook blijkt uit de brief uit 2016. Het is aan de arts om de indicatie vast te stellen.

Verzoeker is op grond van de zorgverzekering verzekerd voor zorg die medisch specialisten plegen te bieden. Er staat niet dat de zorg noodzakelijk dient te zijn. De PRF is een gangbare behandeling. De ziektekostenverzekeraar heeft de behandeling op andere gronden afgewezen. Verzoeker vraagt zich af of thans mag worden afgewezen op een nieuwe afwijzingsgrond.

Verzoeker vertelt dat het nu redelijk goed gaat met hem. Doordat hij nog maar één goede arm heeft, was revalidatie van zijn rechterarm ná een operatie ondoenlijk. Daarom was dit de enige behandeloptie. De ziektekostenverzekeraar heeft steeds aanvullende informatie opgevraagd. Verzoeker kon echter niet langer wachten, en heeft daarom voor eigen kosten de behandeling ondergaan. Het ging daarna beter, en hij kon ook weer beginnen met werken. Hij heeft dus zeker baat gehad bij de behandeling.

4.5. Verzoeker heeft op 24 november 2017 aanvullende informatie van de behandelend artsen aan de commissie gezonden. In de brief van 19 september 2016 wordt vermeld dat verzoeker op 19 september 2016 is opgenomen in het dagziekenhuis van de pijnkliniek. Verder wordt verklaard: *"Diagnose: Chronische cervicobrachialgie rechts. Behandeling: Ter bevestiging van radiculair lijden werd een selectieve diagnostische infiltratie met lokaal anestheticum (lidocaïne 2%) uitgevoerd thv het dorsaal ganglion van C6 rechts. De behandeling gebeurde onder scopie. Enkel bij het optreden van een duidelijk gunstig resultaat - dit betekent meer dan 50 % pijnreductie in het eerste uur direkt na de infiltratie - is het zinvol om een gepulseerde radiofrequente behandeling (PRF) af te spreken."*

Voorts heeft verzoeker twee brieven van 3 oktober 2016 overgelegd. In de eerste brief wordt het volgende verklaard: *"12/2015 therapeutische facetten gehad toen met goed maar tijdelijk resultaat, vandaar voorstel RF, vandaag eerst proef. Diagnose: chronische lumbalgie. Behandeling: Ter bevestiging van facetair lijden werd een selectieve diagnostische infiltratie met lokaal anestheticum (linisol 2%) uitgevoerd thv (medial branch, dorsal rami). De behandeling gebeurde onder scopie. Enkel bij het optreden van een duidelijk gunstig resultaat - dit betekent meer dan 50 % pijnreductie in de uren die volgen direkt na de infiltratie - is het zinvol om een radiofrequente behandeling (denervatie) op deze niveau's af te spreken."* En in de tweede brief: *"Diagnose: chronische cervicobrachialgie rechts*

Behandeling: Gezien het gunstig resultaat van een voorafgaande selectieve diagnostische wortelinfiltratie werd een percutane gepulseerde radiofrequente behandeling (PRF, 45 V) uitgevoerd thv het dorsaal ganglion van C6 rechts. De behandeling gebeurde onder scopie.

Soms treedt er na de procedure een tijdelijke toename van de pijn op gedurende enkele dagen. Een duidelijke verbetering van de chronische pijn treedt meestal pas op ten vroegste 3 a 4 weken na de behandeling. Bij recidief kan deze behandeling herhaald worden."

4.6. Verzoeker heeft bij e-mailbericht van 20 maart 2018 gereageerd op het e-mailbericht van het Zorginstituut van 22 februari 2018. Verzoeker stelt dat het aan de behandelend arts is om een patiënt te onderzoeken en op basis van zijn bevindingen en kennis van de wetenschap en praktijk een behandeling voor te schrijven. Het is niet aan de ziektekostenverzekeraar of aan de overheid (bij monde van het Zorginstituut) de noodzaak van een behandeling te bepalen. De ziektekostenverzekeraar mag niet beslissen dat een arts een onjuiste indicatie heeft vastgesteld en om die reden de vergoeding voor de verleende zorg onthouden aan de verzekerde. Verzoeker heeft het e-mailbericht van het ziekenhuis van 16 maart 2018 bijgevoegd. Het ziekenhuis verwijst hierin

naar diens brieven van 19 september 2016 en 3 oktober 2016 (tweemaal). Volgens verzoeker blijkt hieruit hoe de diagnose is vastgesteld.

4.7. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Teneinde te kunnen spreken van een behandeling die voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk conform artikel A.3.2. van de zorgverzekering, moeten minstens enkele relevante wetenschappelijke publicaties met consistente, objectief gemeten resultaten van een grotere groep patiënten aanwezig zijn. Hierbij wordt niet alleen gekeken naar nationale en internationale medisch-wetenschappelijke literatuur, maar ook naar nationale en internationale richtlijnen en adviezen, gepubliceerde meningen van experts op het vakgebied en bevindingen van buitenlandse zorgverzekeraars en andere relevante instanties. Bij de selectie en beoordeling wordt het niveau van de bewijskracht van de bevindingen vastgesteld.

5.2. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar heeft in zowel nationale als internationale bronnen gezocht naar wetenschappelijke publicaties over de onderhavige behandeling. Hieruit blijkt dat onvoldoende wetenschappelijke onderbouwing bestaat van de effectiviteit en veiligheid van de behandeling op de langere termijn. Conform het rapport van het Zorginstituut 'Beoordeling stand van de wetenschap en praktijk', voldoet de behandeling niet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

Verzoeker stelt dat proefinfiltratie en PRF-behandeling overal in Nederland door pijnspecialisten en anesthesiologen worden voorgeschreven en toegepast. Uit het onderzoek van de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar blijkt dat de behandelingen weliswaar veelvuldig voorkomen, maar dat de wetenschappelijke onderbouwing hiervan 'limited' is. Nederlandse ziekenhuizen hoeven de meeste behandelingen niet vooraf aan te vragen en declareren achteraf bij de ziektekostenverzekeraar door middel van een DBC. Uitsluitend behandelingen die voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk mogen worden gedeclareerd. De ziektekostenverzekeraar kan aan de hand van de gedeclareerde DBC echter niet afleiden welke techniek in het ziekenhuis is toegepast, waardoor het theoretisch mogelijk is dat een behandeling die niet valt onder de dekking van de zorgverzekering toch wordt vergoed. De ziektekostenverzekeraar benadrukt hierbij dat een behandeling met proefinfiltratie en PRF nooit willens en wetens zou worden vergoed, aangezien het geen verzekerde zorg betreft.

5.3. Het enkele feit dat de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie bezig is met een update van de richtlijn is positief, maar vormt geen grond voor de vergoeding van de aangevraagde behandeling.

5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat hij begrijpt dat verzoeker het advies van het Zorginstituut wat onduidelijk vindt. De ziektekostenverzekeraar leest het advies evenwel anders, namelijk dat de stand van de wetenschap en praktijk enigszins buiten beschouwing wordt gelaten. Er zijn kleine onderzoeken bekend, dus mogelijk wordt niet voldaan aan de stand van de wetenschap en praktijk, maar de beroepsgroep zou wél achter deze behandeling staan. Het Zorginstituut stelt evenwel dat de behandeling niet medisch noodzakelijk was voor verzoeker, dus dat verzoeker niet is aangewezen op deze zorg. De ziektekostenverzekeraar heeft de aanvraag reeds afgewezen op grond van de stand van de wetenschap en praktijk, en is daarom niet meer toegekomen aan de beoordeling van de medische noodzaak van de behandeling bij deze indicatie.

5.5. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 12 december 2017 gereageerd op de door verzoeker nagezonden aanvullende informatie. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar heeft voornoemde stukken beoordeeld. In de aanvullende informatie is toegelicht dat selectieve diagnostische infiltratie is toegepast. Hierbij is het doel diagnostiek. De medisch adviseur heeft in Pubmed gezocht op de trefwoorden: systematic review of the diagnostic utility of selective nerve root blocks. Hierop zijn vier artikelen gevonden. Uit deze artikelen kan worden geconcludeerd dat selectieve diagnostische infiltratie voor diagnostische doeleinden op diverse wervelniveaus behoort

tot de gebruikelijke zorg. In de door verzoeker nagezonden stukken wordt echter vermeld dat het een behandeling met "gepuleerde radiofrequente behandeling (PRF)" betreft. In het advies van het Zorginstituut van 16 oktober 2017 zijn bronnen aangegeven uit de jaren 2007 en 2009. In Pubmed is aanvullend gezocht op de trefwoorden: "systematic review pulsed radiofrequent AND shoulder". Als het filter "clinical trial" wordt geactiveerd, worden er geen hits aangetroffen. Zonder filter "clinical trial" wordt één artikel uit 2016 aangetroffen.

De ziektekostenverzekeraar concludeert dat de PRF-behandeling niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

5.6. 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 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 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 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 'Hoofdstuk B' 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; (...)"

8.4. De aanspraak op zorg in het buitenland is geregeld in artikel B.2. van de zorgverzekering. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

"(...)"

Zorg: waar hebt u recht op?

Gaat u buiten het land waarin u woont naar een zorgverlener met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten? Dan geven wij aan u dezelfde vergoeding als wanneer u in Nederland naar een zorgverlener zou zijn gegaan met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten. Kijk hiervoor in artikel A.20.

Hierbij gelden dezelfde voorwaarden als voor de betreffende zorg in Nederland. Wij adviseren u om vooraf zorgadvies aan te vragen. Zo weet u wat de financiële gevolgen zijn van uw bezoek aan deze buitenlandse zorgverlener. Om de aanvraag goed te kunnen beoordelen, hebben wij wel meer informatie nodig dan standaard op een verwijzing of voorschrift staat. Dit kan per aandoening en behandeling verschillen; (...)"

8.5. Artikel A.3.2. van de zorgverzekering bepaalt, voor zover hier van belang:

"De inhoud van uw zorgverzekering wordt bepaald door de overheid. Wij bepalen de inhoud van de ziektekostenverzekering en de aanvullende verzekeringen.

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

- 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; (...)"

- 8.6. De artikelen A.3.2., B.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).
- 8.7. Artikel 11, eerste lid, 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, als onderdeel van geneeskundige zorg, is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.
Artikel 2.1, tweede lid, 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 of diensten.
- 8.8. 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.
- 8.9. 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. Verzoeker is naar België, een andere EU-lidstaat, 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. 882/2004.
Verzoeker heeft voorafgaand aan de behandeling de ziektekostenverzekeraar om toestemming gevraagd. De ziektekostenverzekeraar heeft tijdig aan verzoeker 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.

- 9.2. Mede gelet op het door de ziektekostenverzekeraar ingenomen standpunt, is de vraag of een proefinfiltratie en PRF-behandeling bij de klachten van verzoeker voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk als bedoeld in artikel A.3.2. van de zorgverzekering.
- 9.3. Bij de beantwoording van deze vraag sluit de commissie aan bij de in de medische wereld gangbare en internationaal aanvaarde werkwijze waarbij het oordeel omtrent de effectiviteit van medische interventies is gebaseerd op de beschikbare 'evidence' omtrent die interventie, 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 interventie bij de indicatie waarvoor de interventie 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 ziektekostenverzekeraars 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 interventie in binnen- en buitenland. In het kader van 'evidence-based medicine' geldt als uitgangspunt dat wetenschappelijk onderzoek van hoge kwaliteit – zoals een randomised controlled clinical trial (RCT) – in de afweging het zwaarst weegt.
- Bij het zoeken en selecteren van informatie (stap 1) wordt gebruik gemaakt van zogenoemde PICOT-vragen (dit staat voor: Patient, Intervention, Comparison, Outcome, Time) om beargumenteerd te bepalen welke aspecten relevant zijn om de effectiviteit van de te beoordelen interventie vast te stellen. Aan de hand van de PICOT-vragen wordt in bibliografische databases gezocht naar relevante literatuur.
- 9.4. Bij de selectie en beoordeling van de gevonden literatuur (stap 2) wordt het niveau van de bewijskracht van de bevindingen vastgesteld en vindt een kritische analyse van de gevonden publicaties plaats. Hierbij wordt onder meer gekeken naar methodologische aspecten, belang van de resultaten, generaliseerbaarheid, en gebruikte onderzoeksmethodiek. Voor de beoordeling wordt - waar mogelijk – aangesloten bij recente internationale ontwikkelingen en wordt de zogenoemde GRADE-methode toegepast, waarbij GRADE staat voor 'Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation'. Een belangrijk kenmerk van de GRADE-methode is dat per uitkomstmaat de zogenoemde 'body of evidence' wordt bepaald en beoordeeld. Daarbij kan de kwaliteit van de 'body of evidence' waarin een RCT is opgenomen worden afgewaardeerd ('downgraden') respectievelijk die waarin een observationele studie is opgenomen worden opgewaardeerd ('upgraden'), afhankelijk van bepaalde, omschreven beoordelingsgronden. De GRADE-methode bevordert – meer dan voorheen de EBRO-methodiek – een systematische, integrale en transparante beoordeling van de literatuur. Hierbij kan worden aangetekend dat de GRADE-methode nog in ontwikkeling is en dat de toepasbaarheid per zorgvorm kan verschillen. Als derde en laatste stap dient te worden bepaald welke conclusie kan worden getrokken met betrekking tot de effectiviteit van de interventie, op basis van de beoordeelde literatuur. Daarbij gaat het om de Comparative Effectiveness dan wel Relative Effectiveness, oftewel de 'netto toevoeging' van de nieuwe interventie in vergelijking met de al bestaande zorg.
- 9.5. Het Zorginstituut heeft bij brieven van 16 oktober 2017 en 4 januari 2018, en bij e-mailbericht van 22 februari 2018 advies uitgebracht aan de commissie. Naar aanleiding hiervan heeft de ziektekostenverzekeraar gesteld dat een selectieve diagnostische infiltratie voor diagnostische doeleinden op diverse wervelniveaus behoort tot de "gebruikelijke" zorg. Anders is dat voor de PRF-behandeling. De commissie meent uit het advies van het Zorginstituut te mogen afleiden dat een PRF-behandeling bij bepaalde indicaties kan voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. In het geval van verzoeker heeft het Zorginstituut evenwel geconcludeerd dat niet is voldaan aan de diagnostische procedure voor het vaststellen van de indicatie van cervicale radiculaire klachten.




Daarom kan de beoordeling aan de hand van de stand van de wetenschap en praktijk achterwege blijven en wordt om reden van het ontbreken van een (verzekerings)indicatie geadviseerd tot afwijzing. De commissie neemt het advies van het Zorginstituut over en maakt de conclusie hiervan tot de hare. Dit betekent dat verzoeker geen aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van de proefinfiltratie en PRF-behandeling, ten laste van de zorgverzekering.



Het feit dat de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie op dit moment werkt aan een update van de praktische richtlijnen anesthesiologische pijnbestrijding kan niet leiden tot een andere uitkomst, aangezien de beoordeling plaatsvindt uitgaande van de situatie ten tijde van het ontstaan van het geschil. Het gegeven dat de behandeling bij verzoeker effectief en succesvol is gebleken, speelt geen rol.




Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

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




Conclusie


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

- 
10. Het bindend advies

- 
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.



Zeist, 18 april 2018,



J.A.M. Strens-Meulemeester