



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen Menzis Zorgverzekeraar N.V. te Wageningen en Menzis N.V. te Wageningen
Zaak : Medisch-specialistische zorg, Ellex 2RT laserbehandeling, stand wetenschap en praktijk, droge maculadegeneratie
Zaaknummer : 201600809
Zittingsdatum : 8 februari 2017



Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)



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

1. Partijen



A te B, hierna te noemen: verzoeker,



tegen

- 
- 1) Menzis Zorgverzekeraar N.V. te Wageningen, en
 - 2) Menzis N.V. te Wageningen,
- 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 grond van de verzekering ZorgZó (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1 onderdeel d Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen ExtraVerzorgd 3 en TandVerzorgd 750 afgesloten (hierna: 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. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van 75 percent van de kosten van behandelingen met de Ellex 2RT laser (hierna: de aanspraak). Bij brief van 5 januari 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 brief van 3 februari 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 
- 3.4. Bij brieven van 4 en 9 juni 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).
- 
- 3.5. 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 22 november 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 23 november 2016 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 28 november 2016 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 7 februari 2017 per e-mail medegedeeld eveneens in persoon te willen worden gehoord.
- 3.8. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10 lid 9 van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat de onderhavige zaak enkelvoudig wordt afgedaan.
- 3.9. Bij brief van 23 november 2016 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 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016133141) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat laserbehandeling bij droge leeftijdsgebonden maculadegeneratie (hierna: LMD) niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Het Zorginstituut licht dit als volgt toe: *"Bij verzoeker is sprake van droge LMD. Deze vorm van LMD is niet te behandelen met laser. Voor de volledigheid is op 14 december 2016 een oriënterende literatuursearch gedaan in Medline (PubMed) met zoekvragen dry age related macular degeneration AND laser treatment. Hierbij werd een systematische review gevonden van Virgili (2015) waarin geconcludeerd wordt dat laserbehandeling geen vermindering van de kans op het ontwikkelen van natte LMD geeft en ook de progressie van droge LMD of het ontstaan van visusvermindering niet beperkt. Dit bevestigt het standpunt van de oogartsen. Uit de resultaten van de systematische review kan worden opgemaakt dat er geen noodzaak voor verder onderzoek is naar laser fotocoagulatie van drusen bij mensen met LMD. Na 2009 zijn geen verdere studies gepubliceerd. Er lijken ook momenteel geen onderzoeken naar laserbehandeling bij droge LMD te lopen."* Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 21 december 2016 aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 8 februari 2017 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.11. Bij brief van 13 februari 2017 heeft de commissie het Zorginstituut afschriften van de aantekeningen van de hoorzitting en de pleitnota gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen en pleitnota aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 22 februari 2017 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen en de pleitnota geen aanleiding vormen tot aanpassing van het advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd. Het Zorginstituut merkt hierbij het volgende op: *"Uitgangspunt van de Zorgverzekeringswet is dat alleen zorg die voldoet aan 'de stand van de wetenschap en praktijk' tot het verzekerde pakket behoort. Het criterium 'stand van de wetenschap en praktijk' heeft tot doel het basispakket te beperken tot die vormen van zorg waarvan op de effectiviteit mag worden vertrouwd."* Een afschrift van dit advies is met dit bindend advies aan partijen gezonden.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. Op 18 september 2015 is verzoeker, tijdens een onderzoek in het ziekenhuis, gediagnosticeerd met droge maculadegeneratie. Volgens het ziekenhuis betrof het een onbehandelbare aandoening. De echtgenote van verzoeker heeft op internet gezocht of er wellicht toch nog behandelmogelijkheden waren. Hierbij is zij terechtgekomen op de website van het Oogziekenhuis, waarop onder andere staat dat droge maculadegeneratie kan worden behandeld met de Ellex 2RT laser. De huisarts heeft verzoeker verwezen naar het Oogziekenhuis. Het Oogziekenhuis heeft op basis van de medische geschiedenis van verzoeker en het verslag van het ziekenhuis waar verzoeker onder behandeling was geoordeeld dat hij in aanmerking komt voor een behandeling. Op 12 oktober 2015 heeft verzoeker telefonisch contact gehad met de ziektekostenverzekeraar. Hij heeft gevraagd

of recht bestaat op vergoeding van de kosten van een behandeling in het Oogziekenhuis. De ziektekostenverzekeraar heeft hierop geantwoord dat voor alle niet-gecontracteerde zorgaanbieders een vergoeding van 75 percent van het gemiddelde tarief van toepassing is.

- 4.2. Op 5 november 2015 is verzoeker op consult geweest bij de oogarts van het Oogziekenhuis. Op 18 november 2015 is hij behandeld aan zijn linkeroog en op 24 november 2015 aan zijn rechteroog. De hiermee gemoeide kosten heeft hij gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar heeft vergoeding hiervan afgewezen vanwege het ontbreken van een geldige voorafgaande verwijzing van de huisarts en het onjuist toepassen van de DBC-systematiek door het Oogziekenhuis. Daarnaast voldoet de behandeling niet aan de stand van de wetenschap en praktijk en betreft het derhalve geen verzekerde zorg. Verzoeker kan zich niet vinden in deze afwijzing.
- 4.3. Verzoeker stelt in dit verband dat de verwijzing van de huisarts op 29 december 2015 aan de ziektekostenverzekeraar is gestuurd. Op 5 januari 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker een vergoedingenspecificatie van de ingediende nota's gezonden. Bij de nota van het Oogziekenhuis staat als reden van afwijzing "Behandeling komt niet overeen met de verwijzing van uw huisarts". Hieruit blijkt dat de verwijzing is ontvangen. De ziektekostenverzekeraar heeft voorgaande ook erkend, maar stelt dat dit niet meer relevant is.
- 4.4. Verzoeker stelt verder dat het Oogziekenhuis correct heeft gedeclareerd. Een niet-gecontracteerd zelfstandig behandelcentrum mag een DBC-zorgproductcode op dezelfde dag openen en sluiten en de kosten hiervan direct in rekening brengen. Daarbij is het voor de ziektekostenverzekeraar een kleine moeite contact op te nemen met het Oogziekenhuis over het declaratiegedrag. Dit is echter niet gebeurd.
- 4.5. Voorts voert verzoeker aan dat wanneer voor een aandoening reeds één of meer behandelingen gebruikelijk zijn, het redelijk is bij het aandienen van een nieuwe vorm van behandeling te onderzoeken of deze een meerwaarde heeft ten opzichte van de klassieke behandeling. In zijn situatie is niet behandelen de 'klassieke' behandeling. De Ellex 2RT laserbehandeling heeft dan ook zeker een grote meerwaarde ten opzichte van de 'klassieke' behandeling. De laserbehandeling mag als de beste worden beschouwd. Het voorgaande is door de ziektekostenverzekeraar niet tegengesproken. Verzoeker neemt dan ook aan dat de ziektekostenverzekeraar het hiermee eens is. Indien de - enige - behandeling succesvol is gebleken, behoeft vergoeding niet uit te blijven totdat wetenschappers hiervan voldoende bewijs hebben geleverd. Uit documentatie van het Oogziekenhuis blijkt hoe succesvol de Ellex 2RT behandeling is. Ter onderbouwing van zijn standpunt verwijst de ziektekostenverzekeraar naar het verslag van de adviserend geneeskundige. De adviserend geneeskundige onderbouwt echter niet waarom de behandeling niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. De adviserend geneeskundige verwijst naar de richtlijn 'Leeftijdgebonden Maculadegeneratie'. De reden hiervan is verzoeker niet duidelijk, daar hierin inhoudelijk niets over droge maculadegeneratie is vermeld. Verder deelt de adviserend geneeskundige zijn persoonlijke mening mee. De laatste twee zinnen van het verslag vindt verzoeker opmerkelijk, te weten:
"De info die je als verzekeraar vooraf geeft is per definitie niet correct. Dus kun je beter je mond houden en de verzekerde alleen waarschuwen dat hij een risico loopt bij niet gecontracteerde zorgaanbieders."
- 4.6. De ziektekostenverzekeraar verwijst verder naar zijn verzekeringsvoorwaarden. Opvallend is dat de zorg als eerste wordt bepaald door wat zorgaanbieders 'plegen te bieden'. Daarna wordt mede aan de hand van de stand van de wetenschap en praktijk beoordeeld of een behandeling tot de verzekerde prestaties behoort. Gelet op het woord 'mede', gaat het hier niet alleen om de stand van de wetenschap en praktijk. Verzoeker stelt dat de onderhavige behandeling ruimschoots voldoet aan de voorwaarde 'wat een zorgaanbieder pleegt te bieden'. De vage, veel omvattende voorwaarde 'stand van de wetenschap en praktijk' veronderstelt dat beide op enig moment precies in dezelfde 'stand' zouden moeten staan. Onduidelijk is echter wie of wat het betreffende tijdstip bepaalt indien

een nieuwe behandeling zich aandient. Verder is verzoeker van mening dat de voorwaarde omtrent 'stand van de wetenschap en praktijk' voor meerderlei uitleg vatbaar is, te weten:

- De praktijk mag niet vooruit lopen op de wetenschap en praktijk (uitleg van de ziekte-kostenverzekeraar), of
- de praktijk van behandelen mag niet achterlopen bij de wetenschap en praktijk (andere uitleg), dit houdt in dat de praktijk van behandelen niet gestoeld mag zijn op achterhaalde (ouderwetse) wetenschappelijke inzichten.

Beide toelichtingen zijn aannemelijk en indien beide toelichtingen mogelijk zijn, behoeft er nooit vergoeding plaats te vinden, want er is altijd wel sprake van één van beide situaties.

4.7. Voorts benadrukt verzoeker dat de ziektekostenverzekeraar en de adviserend geneeskundige geen enkel medisch oordeel hebben geveld over de betreffende behandeling. Er is niets gezegd over de wijze van behandeling, de gebruikte apparatuur, de resultaten, etc.. Tot slot stelt verzoeker dat een medewerker van de ziektekostenverzekeraar bij het Oogziekenhuis is geweest waar hij uitgebreid is geïnformeerd over de inrichting, de werkwijze, de apparatuur en de resultaten, hetgeen heeft geleid tot een vergoeding. Een andere medewerker heeft aangekondigd ook te gaan kijken in het Oogziekenhuis.

4.8. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat hij desgevraagd aan de ziekte-kostenverzekeraar een machtiging heeft verleend voor het opvragen van informatie bij de zorgaanbieder. De ziektekostenverzekeraar heeft hier evenwel geen gebruik van gemaakt. Verzoeker kan zich niet vinden in de uitleg van de ziektekostenverzekeraar ter zake van de stand van de wetenschap en praktijk. Verzoeker benadrukt dat ook als de ziektekostenverzekeraar 75 percent van de kosten van de onderhavige behandeling zou vergoeden een substantieel deel van de kosten voor zijn rekening blijft, te weten ongeveer € 1.600,-- per jaar (25 percent van de kosten van vier controles en twee behandelingen per jaar, de reiskosten, en de parkeerkosten). In de brief van 22 november 2016 schrijft de ziektekostenverzekeraar dat verzoeker in 2015 voor het eerst een verzekeringsovereenkomst met hem zou hebben afgesloten. Dit is niet juist. Verzoeker is al een aantal jaren verzekerd bij de ziektekostenverzekeraar. De medisch adviseur van het Zorginstituut heeft geen echt medisch onderzoek gedaan naar de effectiviteit van de Ellex 2RT laserbehandeling, maar zich beperkt tot literatuuronderzoek. Voorts is diens stelling dat droge maculadegeneratie niet behandelbaar is met laser niet correct. Maculadegeneratie is op zich goed behandelbaar met laser, maar *"de resultaten van die behandelingen met al die oude lasers zijn volstrekt onvoldoende geweest."* Daarnaast lijkt uit één van de genoemde noten te volgen dat als een behandeling in het verleden geen goede resultaten heeft gehad, dit ook voor de toekomst blijft gelden. Ook wordt in het advies van het Zorginstituut niet onderbouwd waarom een laserbehandeling bij droge maculadegeneratie niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Verzoeker stelt dat als een behandeling bij 75 percent van de patiënten succesvol is, de stand van de wetenschap en praktijk op 75 percent ligt. Voor de behandeling van droge maculadegeneratie is een dergelijk percentage niet bekend. Verzoeker heeft daarom geconcludeerd dat ter zake van de behandeling van droge maculadegeneratie geen stand van de wetenschap en praktijk bestaat. En als er geen 'stand' is, kan dit ook niet gebruikt worden als criterium.

4.9. 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 licht bij brief van 3 februari 2016 toe dat recht op vergoeding van zorgkosten bestaat als wordt voldaan aan een aantal voorwaarden. Het moet gaan om gebruikelijke zorg (stand van de wetenschap en praktijk), er moet sprake zijn van een indicatie en de zorg moet doelmatig zijn. Daarnaast is een geldige voorafgaande verwijzing nodig. De door

verzoeker gedeclareerde nota's zijn voorgelegd aan de adviserend geneeskundige. Deze heeft vergoeding hiervan afgewezen omdat een geldige voorafgaande verwijzing ontbreekt. Verder heeft het ziekenhuis de DBC-systematiek niet correct toegepast. Voorts voldoet de aangevraagde behandeling niet aan de stand van de wetenschap en praktijk en betreft het derhalve geen verzekerde zorg.

- 5.2. Bij brief van 11 mei 2016 deelt de ziektekostenverzekeraar mede dat bij hem geen telefoonnotitie bekend is van een gesprek waarin zou zijn gezegd dat de behandeling voor vergoeding in aanmerking komt tot maximaal 75 percent van het gemiddeld gecontracteerde tarief. Bij de beoordeling van de gedeclareerde nota's en de afhandeling van het eerste bezwaar van verzoeker was de verwijzing van de huisarts nog niet ontvangen. Op 13 maart 2016 heeft verzoeker alsnog een kopie gezonden. Voor de vergoeding is de verwijzing echter niet meer relevant, aangezien is vastgesteld dat het hier geen verzekerde zorg betreft.

De ziektekostenverzekeraar heeft met betrekking tot het niet correct toepassen van de DBC-systematiek geen contact opgenomen met het Oogziekenhuis. Het is namelijk de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder zich te houden aan de betreffende regels.

- 5.3. Tot slot verwijst de ziektekostenverzekeraar naar het verslag van de adviserend geneeskundige. Hierin wordt verwezen naar de richtlijn 'Leeftijdgebonden Maculadegeneratie' en naar de medische gegevens, vermeld op de website van Aetna. Hieruit blijkt dat lasertherapie bij droge maculadegeneratie niet gebruikelijk is. Verder staat in het verslag onder andere het volgende: "(...) *Er wordt op de website van de instelling niet duidelijk gecommuniceerd dat behandelingen in zijn geheel niet voor vergoeding in aanmerking komen, daar het geen verzekerde zorg is (WGBO). Je weet natuurlijk niet wat er mondeling gecommuniceerd wordt met de verzekerde.*

Samenvatting: verzekerde met een droge maculadegeneratie, die in het niet-gecontracteerde [NAAM ZIEKENHUIS] behandeld word[t] met een laser.

- *De laserbehandeling van een (droge) maculadegeneratie is geen gebruikelijke zorg (voldoet niet aan de stand van de wetenschap en praktijk).*
- *Er wordt door deze instelling niet volgens de dbc zp systematiek gedeclareerd (economisch delict).*
- *Het is niet bekend of verzekerden door de artsen werkzaam bij deze instelling correct worden voorgelicht (WGBO).*

*NB: persoonlijk is ondergetekende van mening dat verzekeraars **nooit** vooraf informatie moeten geven aan verzekerden of iets wel of niet voor vergoeding in aanmerking komt bij niet gecontracteerde zorgaanbieders. (...) **De info die je als verzekeraar vooraf geeft is per definitie niet correct.** (...).*

- 5.4. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor de onderhavige behandeling.

- 5.5. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat het in de betreffende passage in de brief van 22 november 2016 niet erom ging dat verzoeker in 2015 verzekerd was geworden, maar om duidelijk te maken dat het een bestaande verzekering in 2015 betreft. De ziektekostenverzekeraar benadrukt dat de onderhavige behandeling niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, en daarom niet voor vergoeding in aanmerking komt. De medisch adviseur heeft uitgebreid onderzoek gedaan. Hierbij is gebleken dat de Nederlands Oogheelkundig Genootschap weliswaar heeft gesproken over maculadegeneratie, maar dat dit geen vervolg heeft gekregen. Verzoeker heeft een brochure van het Oogziekenhuis overgelegd. Hierin wordt het wetenschappelijk bewijs ten aanzien van deze behandeling echter niet vermeld. De ziektekostenverzekeraar vraagt zich af of de zorgaanbieder verzoeker heeft geïnformeerd over het feit dat de kosten voor zijn rekening blijven. De zorgaanbieder is hiertoe wel verplicht.

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 A17 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 restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de voorwaarden van de zorgverzekering.

8.3. Op de bladzijden 27 tot en met 29 van de zorgverzekering is bepaald wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op vergoeding van de kosten van medisch specialistische zorg bestaat en deze passage luidt, voor zover hier van belang:

“(…)

Welke zorg

U heeft recht op vergoeding van kosten van:

- onderzoek en diagnostiek,
- behandeling,
- materialen die de medisch specialist gebruikt, zoals geneesmiddelen, verbandmiddelen of hulpmiddelen,
- laboratoriumonderzoek,
- mechanische beademing en daarbij horende medisch specialistische zorg, geneesmiddelen, verblijf, verpleging en verzorging in of onder verantwoordelijkheid van een beademingscentrum.

“(…)

Welke zorgaanbieder

U kunt voor medisch specialistische zorg naar een ziekenhuis en de medisch specialist die daaraan verbonden is, of naar een medisch specialist die een eigen praktijk heeft. U kunt ook naar een zelfstandig behandelcentrum dat zorg biedt die gegeven wordt door een medisch specialist.

“(…)

Verwijzing

U heeft alleen recht op vergoeding van kosten van medisch specialistische zorg als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van uw huisarts, medisch specialist, verloskundige, een specialist ouderengeneeskunde (verpleeghuisarts) of een arts verstandelijk gehandicapten.(…) Voor spoedeisende zorg heeft u geen schriftelijke verwijzing nodig.

“(…)”

- 8.4. Op bladzijde 6 van de zorgverzekering wordt de inhoud en omvang van de verzekerde zorg bepaald, en deze passage luidt:

"De inhoud en omvang van de zorg in deze verzekeringsvoorwaarden wordt bepaald door wat zorgaanbieders 'plegen te bieden' en de stand van de wetenschap en de praktijk. Veel vormen van zorg zijn in de wet niet gedetailleerd omschreven. Deze vormen van zorg zijn aangeduid als zorg zoals een bepaalde beroepsgroep pleegt te bieden. Hiermee wordt de soort zorg aangegeven. Of een behandeling onder een verzekerde zorgvorm valt, wordt mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk.

Het voorgaande betekent dat u verzekerd bent voor die zorg die de betrokken beroepsgroep tot de aanvaarde verzameling van medische onderzoeks- en behandelingsmethoden rekent. Andere zorgvormen zijn wel gedetailleerd omschreven, zoals geneesmiddelen en hulpmiddelen. Ook hiervoor geldt dat deze zorgvormen alleen tot de verzekerde zorg behoren voor zover ze voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Bij sommige vormen van zorg ontbreekt een 'stand van de wetenschap', bijvoorbeeld bij zittend ziekenvervoer. Dan geldt een iets andere regel: u bent verzekerd voor hulp die in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten."

- 8.5. De voorwaarden van de zorgverzekering zijn volgens het bepaalde op bladzijde 6 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.6. Artikel 11 lid 1 onderdeel b 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 vergoeding van de kosten van 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. Door verzoeker is opgemerkt dat een samenhang bestaat tussen de criteria 'plegen te bieden' en 'stand van de wetenschap en praktijk'. Dit is in zoverre juist dat blijkens de Nota van toelichting bij artikel 2.4 Bzv de term 'plegen te bieden' wordt ingevuld met toepassing van artikel 2.1 lid 2 Bzv ('stand van de wetenschap en praktijk'). De artikelen 2.1 lid 2 en 2.4 Bzv vullen dus samen in wat de verzekerde geneeskundige zorg inhoudt.

- 9.2. Gelet op het door de ziektekostenverzekeraar ingenomen standpunt spitst de onderhavige casus zich toe op de vraag of de Ellex 2RT lasertherapie voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk als bedoeld op bladzijde 6 van de zorgverzekering en daarmee als verzekerde prestatie in het kader van die zorgverzekering is te beschouwen.
- 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 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. Een onderzoek, op basis van de hiervoor geformuleerde uitgangspunten, met betrekking tot de Ellex 2RT behandeling is door het Zorginstituut in zijn advies van 19 december 2016 uitgevoerd. De conclusie hiervan is dat de Ellex 2RT behandeling 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. Hieruit volgt dat de beslissing tot afwijzing terecht door de ziektekostenverzekeraar werd genomen.

- 9.6. Hetgeen overigens door verzoeker is aangevoerd, met name ten aanzien van de verwijzing, de toegepaste DBC en de uitlatingen van de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar, kan niet leiden tot een andere uitkomst.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

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

Telefonische toezegging

- 9.8. Door verzoeker is gesteld dat hij op 12 oktober 2016 telefonisch contact heeft gehad met een medewerker van de ziektekostenverzekeraar over de vergoeding van een behandeling bij het Oogziekenhuis, en dat hem bij die gelegenheid is toegezegd dat recht bestaat op een vergoeding van maximaal 75 percent van het gemiddeld gecontracteerde tarief. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat bij hem van het betreffende telefoongesprek geen notitie bekend is.
- 9.9. Verzoeker voert in dit verband aan dat hij tijdens het gesprek de medewerker van de ziektekostenverzekeraar heeft gevraagd of recht bestaat op vergoeding van de kosten van behandeling door het Oogziekenhuis. De medewerker heeft verzoeker geantwoord dat voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder recht bestaat op een vergoeding van maximaal 75 percent van het gemiddeld gecontracteerde tarief. De commissie is van oordeel dat de medewerker met dit antwoord, wat er zij van het antwoord op de vraag of het telefoongesprek daadwerkelijk heeft plaatsgevonden, enkel algemene, op zich juiste, informatie heeft gegeven. Volgens verzoeker heeft hij gevraagd naar de vergoeding van een behandeling. Hieruit blijkt niet dat hij expliciet heeft gevraagd naar de vergoeding van een behandeling van droge maculadegeneratie door middel van de Ellex R2 laser. Het Oogziekenhuis voert naast de behandeling van droge maculadegeneratie, andere behandelingen uit die wel voor (gedeeltelijke) vergoeding in aanmerking komen. Van een eenduidige en onvoorwaardelijke toezegging, inhoudende dat de kosten van de in het geding zijnde behandeling voor maximaal 75 percent worden vergoed, is dan ook geen sprake.

Conclusie

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

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 8 maart 2017,

J.A.M. Strens-Meulemeester