



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen Menzis Zorgverzekeraar N.V. te Wageningen en Menzis N.V. te Wageningen
Zaak : Medisch-specialistische zorg, floaterlaser behandelingen, stand wetenschap en praktijk,
mouchès volantes
Zaaknummer : 201600088
Zittingsdatum : 17 augustus 2016

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

(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: verzoekster,

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 verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de ZorgZó Basisverzekering (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 ExtraVerZorgd 2 + Actief en TandVerzorgd 500 afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Alle hiervoor 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 meerdere floaterlaser behandelingen (hierna: de aanspraak). Bij uitkeringsspecificatie heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 9 februari 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster 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 brief van 15 april 2016 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 1 juni 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 2 juni 2016 aan verzoekster gezonden.



3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. De ziektekostenverzekeraar en verzoekster hebben op respectievelijk 28 juli en 6 augustus 2016 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.



3.8. Bij brief van 2 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 6 juli 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016072874) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat floaterlaser therapie geen zorg is conform de stand van de wetenschap en praktijk en daarmee geen verzekerde prestatie onder de zorgverzekering is. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 26 juli 2016 aan partijen gezonden.



3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 17 augustus 2016 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.



3.10. Bij brief van 19 augustus 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 25 augustus 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 verzoekster



4.1. Verzoekster stelt dat zij ongeveer anderhalf jaar geleden voor het eerst op het spreekuur is geweest vanwege floaters (mouchès volantes) en cataract in het rechteroog. Destijds kon het oog niet worden gelaserd omdat de floaters te dicht op de lens zaten. In november 2015 heeft verzoekster een oogarts in het Spaarne ziekenhuis bezocht omdat de floaters inmiddels ook in het linkeroog zaten.



4.2. Kort na dit bezoek heeft verzoekster telefonisch contact gehad met een medewerkster van de ziektekostenverzekeraar. Tijdens dit gesprek heeft verzoekster gevraagd of een floaterlaser behandeling voor vergoeding in aanmerking komt. In antwoord op deze vraag heeft de betreffende medewerkster van de ziektekostenverzekeraar toegezegd dat de behandeling grotendeels zou worden vergoed. Voorwaarde was wel dat sprake moest zijn van een verwijzing. Aangezien verzoekster hierover beschikte, heeft zij op dit punt geen actie ondernomen en op 19 november 2015 heeft de eerste floaterlaser behandeling plaatsgevonden.



4.3. De nota van de op 19 november 2015 uitgevoerde behandeling heeft verzoekster, samen met de verwijfsbrief van de huisarts, op 23 november 2015 bij de ziektekostenverzekeraar ingediend. Op 11 december 2015 deelde de ziektekostenverzekeraar haar mede dat de kosten niet worden vergoed omdat de behandeling niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Na deze afwijzing heeft verzoekster zowel op 18 december als op 23 december 2015 telefonisch contact gehad met de ziektekostenverzekeraar. Ook in deze gesprekken is door de betrokken medewerkster verklaard dat de behandeling grotendeels wordt vergoed, namelijk tot een bedrag van € 702,--. De gedane toezegging zou door de ziektekostenverzekeraar worden bevestigd, maar tot op heden heeft verzoekster geen bevestiging ontvangen.



4.4. De ziektekostenverzekeraar heeft verwezen naar drie wetenschappelijke artikelen waaruit blijkt dat floaterlaser behandelingen geen nut hebben. In reactie op deze artikelen merkt verzoekster in de eerste plaats op dat Aetna een beursgenoteerde verzekeraar is die hierdoor niet objectief is. In de



tweede plaats heeft de medisch adviseur kennelijk gezocht in Pubmed, wat niet meer is dan een gratis medische wikipedia. Ten slotte wordt slechts in één artikel een mogelijke bijwerking genoemd, te weten open-hoek glaucoom. Ten aanzien hiervan stelt verzoekster dat elke behandeling risico's heeft en dat zij dit bewuste risico heeft genomen.

4.5. Ter zitting heeft verzoekster haar standpunt herhaald en is door haar benadrukt dat zij uit het gevoerde telefoongesprek met de medewerkster van de ziektekostenverzekeraar heeft begrepen dat een deel van de kosten zou worden vergoed.

4.6. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt dat zijn medisch adviseur de door verzoekster ingediende declaraties heeft bekeken en tot de conclusie is gekomen dat er meerdere redenen zijn om de kosten niet te vergoeden.

In de eerste plaats wordt op de verwijzing van de huisarts vermeld dat deze is verstrekt ten behoeve van de verzekering. Zodoende kan niet worden gesproken van een zorgvraag, maar veeleer van een verwijzing op eigen verzoek. Dit betekent dat de afgegeven verwijzing niet kan worden gezien als een geldige verwijzing als bedoeld in de Zvw.

5.2. In de tweede plaats declareren ziekenhuizen of zelfstandige behandelcentra het grootste deel van de zorg op basis van DBC-codes. Gebleken is dat het OMCA op 19 november 2015 een behandeltraject heeft geopend, dat volgens de beleidsregels van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) zou moeten doorlopen tot 1 januari 2016. Het OMCA sluit echter het behandeltraject op 19 november 2015 en vermeldt onderaan de nota dat de werkelijke einddatum van het behandeltraject 1 januari 2016 is. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar is, gelet op deze handelwijze, van mening dat de nota niet is opgesteld volgens de geldende declaratieregels van de NZa.

5.3. In de derde plaats geldt dat niet alle behandelingen die worden uitgevoerd gebruikelijk zijn. Een behandeling is pas gebruikelijk als deze voldoet aan de stand van de wetenschap en de praktijk. Bij de beoordeling van dit criterium wordt aangesloten bij de in de medische wereld gangbare wijze van beoordeling op basis van 'Evidence Based Medicine'. Voor de floaterlaser behandeling is op dit moment nog onvoldoende bewijs om te kunnen spreken van een behandeling die voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Ter onderbouwing van deze stelling heeft de ziektekostenverzekeraar verwezen naar enkele in Pubmed gepubliceerde artikelen.

5.4. Verzoekster stelt dat haar bij verschillende gelegenheden door een medewerkster van de ziektekostenverzekeraar is toegezegd dat de behandeling grotendeels zou worden vergoed. De ziektekostenverzekeraar betwist deze stelling en heeft de gemaakte gespreksnotities overgelegd. Uit deze notities blijkt dat verzoekster op 11 november 2015 twee maal telefonisch contact heeft gehad. Het eerste gesprek was om 14:47 uur en had betrekking op de floaterlaser behandeling. Het tweede gesprek was om 15:03 uur en in dit gesprek is gesproken over het plaatsen van een kunstlens. De betreffende medewerkster heeft verzoekster te kennen gegeven dat voor een dergelijke behandeling een machtiging moest worden aangevraagd.

5.5. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunten herhaald.

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 artikelen B1 tot en met B38 van de zorgverzekering.

8.3. Artikel B24 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op vergoeding van de kosten van medisch specialistische zorg bestaat en 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.*

"(...)

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 en toestemming

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. Artikel B4.1 van de zorgverzekering betreft de inhoud en omvang van de zorg, en luidt, voor zover hier van belang:

"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. (...) 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 artikelen B4.1 en B24 van de zorgverzekering zijn volgens de artikelen B1 en B6 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. Gelet op het door de ziektekostenverzekeraar ingenomen standpunt is de vraag of de onderhavige zorg, te weten een floaterlaser behandeling, voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk 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 de floaterlaser behandeling is door het Zorginstituut in zijn advies van 6 juli 2016 uitgevoerd. De conclusie hiervan is dat de floaterlaser 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 van de ziektekostenverzekeraar terecht werd genomen. Dat de ziektekostenverzekeraar zich bij zijn beslissing heeft gebaseerd op Pubmed, is in zoverre van geen belang dat niet het medium bepalend is, maar de hierin opgenomen wetenschappelijke publicaties. Het lag op de weg van verzoekster haar gelijk te onderbouwen door middel - andere - wetenschappelijke publicaties van voldoende gewicht. Hierin is zij niet geslaagd.

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.

Telefonische toezegging

- 9.6. Door verzoekster is gesteld dat zij zowel op 11 november als op 18 en 23 december 2015 telefonisch contact met de ziektekostenverzekeraar heeft gehad aangaande de vergoeding voor floaterlaser behandeling, en dat haar bij die gelegenheden is toegezegd dat een floaterlaser behandeling tot een bedrag van € 702,- wordt vergoed. De ziektekostenverzekeraar heeft de stelling van verzoekster gemotiveerd bestreden en afschriften overgelegd van de gemaakte telefoonnotities.
- 9.7. Uit de gemaakte telefoonnotities blijkt dat verzoekster in het gesprek op 11 november 2015 met een medewerkster heeft gesproken over een behandeling in het OMCA. De medewerkster heeft verzoekster medegedeeld dat voor het antwoord op de vraag of recht op vergoeding bestaat onder meer een DOT-code is vereist. Indien verzoekster de beschikking heeft over deze code kan op de website van de ziektekostenverzekeraar de vergoeding worden bekeken. De commissie is van oordeel dat de medewerkster met dit antwoord enkel algemene informatie heeft gegeven en niet heeft toegezegd dat de kosten zonder meer zullen worden vergoed. Hetzelfde geldt voor de telefonische contacten op 18 en 23 december 2015. De commissie stelt vast dat uit de door de ziektekostenverzekeraar overgelegde telefoonnotities niet blijkt dat is toegezegd dat de kosten van de onderhavige behandeling zonder meer zullen worden vergoed.

Conclusie

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



10. Het bindend advies



10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 31 augustus 2016,



P.J.J. Vonk

