



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A, vertegenwoordigd door B, beiden te C, tegen N.V. Univé Zorg te Arnhem
Zaak : EU-EER, Groot-Brittannië, consult, Duitsland, medisch specialistische zorg, behandeling maculadegeneratie, implantatie lenzen, stand wetenschap en praktijk, medicijnen, vervoer, verblijf
Zaaknummer : 201600148
Zittingsdatum : 25 januari 2017



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, art. 20 Vo. nr. 883/2004)

1. Partijen



A, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door B, beiden te C,
tegen



N.V. Univé Zorg te Arnhem, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie



2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Modelovereenkomst Zorgzaam (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst 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 zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op een consult in verband met maculadegeneratie, uitgevoerd te Londen (Groot-Brittannië), een behandeling van maculadegeneratie, bestaande uit implantatie van iol-AMD lenzen, uitgevoerd te Frankfurt (Duitsland), alsmede bij de behandeling behorende medicijnen en vervoers- en verblijfskosten (verder: de aanspraak). Bij brief van 9 juni 2015 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.



3.2. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 24 november 2015 en e-mailbericht van 24 december 2015 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.



3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft ertoe geleid dat de zorgverzekeraar heeft besloten € 2.178,62 per oog aan verzoekster te vergoeden.



3.4. Bij brief van 1 juli 2016 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig, althans tot een hoger bedrag dan € 2.178,62 per oog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering (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 zorgverzekeraar 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 zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 5 oktober 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 11 oktober 2016 aan verzoekster gezonden.

- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 15 oktober 2016 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De zorgverzekeraar heeft op 24 januari 2017 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 11 oktober 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Het Zorginstituut heeft nadien verzocht om verlenging van de wettelijke termijn voor het uitbrengen van het advies, waarmee de commissie heeft ingestemd.
Bij brief van 4 januari 2017 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016124461) 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 plaatsen van intra-oculaire implantaten bij leeftijdsgebonden maculadegeneratie (nog) niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk.
Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 5 januari 2017 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 25 januari 2017 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.10. Bij brief van 27 januari 2017 heeft de commissie het Zorginstituut een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of deze aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 6 februari 2017 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 lijdt al jaren aan age-related macula degeneration (hierna: AMD), waardoor haar gezichtsvermogen geleidelijk afneemt. Geruime tijd is zij daarvoor behandeld met Avastin® injecties, echter dit had weinig resultaat. Medio 2014 werd verzoekster geattendeerd op een behandeling van AMD in het London Eye Hospital (hierna: LEH). Door deze behandeling kan het gezichtsvermogen aanzienlijk worden verbeterd. Door middel van een implanteerbaar lenzenstelsel wordt het nog werkzame gezichtsveld aan de randen van het oog verlegd naar het midden. Verzoekster heeft contact opgenomen met het LEH en op 8 oktober 2014 heeft aldaar een consult plaatsgevonden. Hieruit kwam naar voren dat plaatsing van implantaten bij verzoekster mogelijk was, en dat de kans op succes groot zou zijn. De behandelend arts in het LEH wees verzoekster erop dat de betreffende behandeling ook elders in Europa wordt uitgevoerd, waaronder in Frankfurt. Omdat Frankfurt makkelijk met eigen vervoer bereikbaar is, heeft verzoekster ervoor gekozen de verdere behandeling aldaar te laten plaatsvinden. Dit betreft de Klinik für Augenheilkunde. Verzoekster heeft de zorgverzekeraar in november 2014 op de hoogte gesteld van dit voornemen omtrent de behandeling van haar ogen. Daarbij is toegelicht dat het gaat om implantatie van een lenzenstelsel, en is verzocht om toestemming en te zijner tijd vergoeding van de kosten, die circa 6.000,-- GBP zouden bedragen. De zorgverzekeraar deelde op 26 november 2014 mede dat de behandeling in Duitsland voor vergoeding in aanmerking komt, mits verzoekster een verwijfsbrief van de huisarts en een verklaring van de arts in Duitsland met daarin de diagnose en de omschrijving van de behandeling, over zou leggen. Op 5 december 2014 heeft verzoekster een gesprek gehad met de arts in Duitsland. Deze stelde voor de operatie aan beide ogen in april 2015 uit te voeren. Verzoekster heeft op 18 april 2015 - wederom - toestemming aan de zorgverzekeraar gevraagd. Bij dit verzoek was alle vereiste informatie gevoegd en is medegedeeld dat de behandeling in de periode van 22 tot en met 29 april 2015 zou plaatsvinden. Uiteindelijk is de behandeling in Frankfurt uitgevoerd. Van intramurale zorg was geen sprake, omdat verzoekster en haar echtgenoot de nachten in een hotel hebben doorgebracht. Voorafgaande toestemming was dus feitelijk niet nodig. De totale kosten van de behandeling bedragen € 10.211,54 en deze zijn vooraf aan de kliniek in Frankfurt betaald.
Verzoekster ontving op 20 mei 2015 een antwoord van de zorgverzekeraar op haar brief van 18 april 2015. De medisch adviseur kon op basis van de beschikbare informatie geen beslissing



nemen en verzoekster werd verzocht meer informatie aan te leveren. Dit verzoek kwam echter rijkelijk laat, aangezien de behandeling reeds - met medeweten van de zorgverzekeraar - had plaatsgevonden. Al in november 2014 was verzocht om toestemming, en deze werd verleend. De zorgverzekeraar heeft bijna een half jaar de tijd gehad om zich in de kwestie te verdiepen. Op 27 mei 2015 heeft verzoekster gereageerd op de brief van 20 mei 2015 van de zorgverzekeraar. Daarbij was een gespecificeerd overzicht van de tot dan toe gemaakte kosten gevoegd. Uiteindelijk ontving verzoekster op 9 juni 2015 de afwijzende beslissing van de zorgverzekeraar. Dit was zeer teleurstellend, temeer omdat de voorgenomen behandeling ruimschoots op tijd en tot in detail werd gemeld aan de zorgverzekeraar. In de voorafgaande, zich over ruim een half jaar uitstrekkende, correspondentie is door de zorgverzekeraar met geen woord gerept over de experimentele fase van de behandeling. Integendeel, op 26 november 2014 deelde de zorgverzekeraar mede dat de behandeling voor vergoeding in aanmerking komt. Om voornoemde beperking pas te melden als de kosten al zijn gemaakt, en dus onherroepelijk zijn, is onfatsoenlijk en (financieel) schadelijk. Daarnaast acht verzoekster het infaam dat de zorgverzekeraar haar verwijt dat de operatie is uitgevoerd voordat een (eventuele) goedkeuring was verkregen.

- 4.2. Verzoekster kan zich niet verenigen met de afwijzende beslissing van de zorgverzekeraar op de hiernavolgende gronden.
- a. De zorgverzekeraar is ruimschoots op tijd (vijf maanden van tevoren) geïnformeerd over (de aard en omvang van) de ingreep. In de correspondentie is niet gerept over de vermeende experimentele status van de behandeling. Verzoekster is derhalve op het verkeerde been gezet, aangezien zij op basis van de toezegging vooraf ervan uitging dat de kosten zouden worden vergoed.
 - b. De conclusie dat de behandeling in de experimentele fase verkeert, is onjuist. De door verzoekster ondergane behandeling (implanteren van lenzen in de ogen) wordt op reguliere basis en op ruime schaal in Groot-Brittannië, Frankrijk, Duitsland, Spanje en Italië toegepast. De betreffende lenzen zijn sinds 2014 op de markt, hebben een CE-keurmerk en zijn in heel Europa als implantaat toegelaten. Het experimentele stadium van de behandeling is ruimschoots verstreken.
 - c. De bewering van de zorgverzekeraar dat een vervolgbehandeling apart moest worden aangevraagd is onjuist. Een dergelijke passage is in het bericht van 26 november 2014 - waarnaar wordt verwezen - niet te vinden, zodat verzoekster ervan uitging dat de toestemming voor de hele behandeling gold.
 - d. Verzoekster had graag in discussie gegaan met de medisch adviseur van de zorgverzekeraar over de stelling dat de behandeling experimenteel is. Een verzoek hiertoe werd door de zorgverzekeraar echter afgewezen. Dit maakt verzoekster argwanend ten opzichte van de (kwalificaties van de) medisch adviseur.
 - e. De behandelend arts in de Duitse kliniek was bereid de medisch adviseur van de zorgverzekeraar 'bij te praten'. Dit was echter onmogelijk omdat deze zich achter zijn anonimiteit verschuilde en derhalve onbereikbaar was.
 - f. Het is vreemd te moeten constateren dat de zorgverzekeraar lopende de kwestie onvoldoende informatie over de behandeling heeft kunnen vergaren, maar desondanks tot de conclusie is gekomen dat deze zich in de experimentele fase bevindt. Overigens is dit een conclusie die door niemand wordt onderschreven. De zorgverzekeraar heeft ruimschoots de tijd gehad om zich te verdiepen in de behandeling en verzoekster vooraf te waarschuwen over de dreigende afwijzende beslissing. Voorlichting is immers een expliciete taak van de zorgverzekeraar en dat is niet gebeurd. Ware dit wel geschied, dan had verzoekster, gelet op haar financiële draagkracht, wellicht een andere beslissing genomen. Dit is nalatigheid van de zorgverzekeraar.
- 4.3. Verzoekster wenst vergoeding van de door haar gemaakte kosten. Dit betreft € 10.451,55 ter zake van medische kosten (consult LEH, behandeling Frankfurt, medicijnen), en € 1.338,90 ter zake van overige kosten (vliegtickets Londen, hotelovernachtingen). Verder is totaal 2610 kilometer met eigen vervoer gereden in verband met de behandeling in Frankfurt, waarvoor eveneens een vergoeding dient te worden verleend.
- Het aanbod dat de zorgverzekeraar heeft gedaan in de fase van bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen, heeft verzoekster niet aanvaard. De geboden vergoeding van € 2.178,62 per oog staat in geen verhouding tot de werkelijke kosten. Verzoekster voelt zich ernstig tekort gedaan door de zorgverzekeraar.
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 

- 4.4. Ter zitting heeft verzoekster haar standpunt herhaald. Voorts heeft verzoekster toegelicht dat zij door de behandeling aan haar ogen weer veel dingen zelfstandig kan doen. Zij had altijd zicht alsof het mistig was, en dat is nu weg.
- 4.5. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar
- 5.1. Vanuit de zorgverzekering kan aanspraak bestaan op vergoeding van een behandeling in het buitenland. Niet alle behandelingen in het buitenland worden vergoed. Een verzekerde kan voor een consult naar het buitenland gaan en de kosten van het consult kunnen achteraf worden gedeclareerd. In alle gevallen is voor het invoeren van voorzienbare intramurale zorg in een ander land dan het woonland voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar nodig. Intramurale zorg is zorg die gepaard gaat met verblijf van ten minste één nacht. Een verwijzing van de (Nederlandse) huisarts en een verklaring van de buitenlandse arts waarin de diagnose en de behandeling zijn omschreven, dienen te worden overgelegd. In artikel 2.9 van de zorgverzekering is bepaald dat de aanspraak op zorg en overige diensten naar inhoud en omvang mede wordt bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk, dan wel, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten. Aan de hand van onafhankelijk wetenschappelijk onderzoek, zoals randomised controlled trials (RCT's), wordt vastgesteld of een behandeling voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Hoeveel publicaties van wetenschappelijk onderzoek nodig zijn om de effectiviteit van een behandeling te kunnen vaststellen, is niet uit te drukken in absolute aantallen. Dit hangt onder andere samen met de onderzoeksresultaten, of de onderzoeken onafhankelijk zijn uitgevoerd en of er onderzoeken zijn met een negatieve uitkomst.
- 5.2. De medisch adviseur van de zorgverzekeraar is van oordeel dat de behandeling van macula degeneratie door middel van implantatie van lenzen zich nog in de experimentele fase bevindt. Er zijn op dit moment te weinig wetenschappelijke publicaties over de resultaten en de effectiviteit van de behandeling (RCT's). Bovendien heeft verzoekster zelf verklaard dat de lenzen pas sinds 2014 op de markt zijn en op weinig plaatsen (in Europa) worden geïmplant. Verzoekster heeft geen aanspraak op vergoeding van de uitgevoerde behandeling ten laste van de zorgverzekering, omdat deze behandeling niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Verzoekster heeft de vraag opgeworpen op hoeveel plaatsen de lenzen gebruikt moeten worden alvorens de zorgverzekeraar tot vergoeding van de behandeling overgaat. Deze vraag is niet absoluut te beantwoorden. Dit is namelijk mede afhankelijk van welke ziekenhuizen of oogcentra de behandeling uitvoeren. Zijn dit bijvoorbeeld vooraanstaande ziekenhuizen in het betreffende vakgebied, dan zal eerder de conclusie worden getrokken dat de behandeling voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Daarnaast wordt hierbij gekeken naar de behandelingen die zijn opgenomen in de richtlijn van de beroepsgroep. De door verzoekster ondergane behandeling is niet opgenomen in die richtlijn. Ook op basis daarvan geldt dat de behandeling niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. De zorgverzekeraar benadrukt dat de onderhavige behandeling tot op heden ook in de omringende landen niet voor vergoeding in aanmerking komt. Er bestaat dan ook geen aanleiding de behandeling te vergoeden.
- 5.3. De zorgverzekeraar heeft in november 2014 een e-mailbericht van verzoekster ontvangen. Gelet op de inhoud van dit bericht lijkt het te gaan om een vraag om vergoeding van een behandeling waarvoor voorafgaande toestemming niet nodig is. Bovendien lichtte verzoekster toe dat de afspraak in Frankfurt nog moest plaatsvinden. De zorgverzekeraar heeft op 26 november 2014 gereageerd op het e-mailbericht van verzoekster. Medegedeeld is dat de kosten van een consult kunnen worden gedeclareerd bij de zorgverzekeraar. Op dat moment was voor de zorgverzekeraar niet duidelijk welke behandeling de medisch specialist in Frankfurt bij verzoekster wilde uitvoeren. Verzoekster was enkel nog in het LEH geweest, en niet in Frankfurt. Verder is in de e-mail van

26 november 2014 aan verzoekster medegedeeld dat vergoeding van een (vervolg)behandeling vooraf dient te worden aangevraagd, waarbij een verwijzing en aanvraag van de behandelend arts/specialist nodig zijn. Derhalve is aan verzoekster enkel vergoeding van het eerste consult toegezegd, en niet van de hele behandeling. De informatie in het e-mailbericht van 26 november 2014 is juist; verzoekster is correct geïnformeerd.

Vervolgens heeft verzoekster op 18 april 2015 verzocht om toestemming voor de behandeling in Frankfurt. De behandeling heeft plaatsgevonden op 22 en 28 april 2015. Verzoekster heeft de reactie van de zorgverzekeraar op het verzoek om toestemming/de aanvraag niet afgewacht. De zorgverzekeraar heeft het verzoek om toestemming voor de betreffende behandeling voorgelegd aan de medisch adviseur. Deze had op dat moment te weinig gegevens om de aanvraag te kunnen beoordelen. Daarom is op 20 mei 2015 bij verzoekster aanvullende informatie opgevraagd. De gevraagde informatie heeft zij op 27 mei 2015 toegestuurd en deze is voorgelegd aan de medisch adviseur. Bij brief van 9 juni 2015 is uiteindelijk de afwijzende beslissing aan verzoekster gezonden.

De zorgverzekeraar benadrukt dat verzoekster vrij is in haar keuze voor een behandeling in het buitenland. Verzoekster kon niet tijdig worden gewaarschuwd voor een eventuele afwijzende beslissing, aangezien niet alle informatie voorhanden was om tot een beoordeling te komen. Bovendien is in de periode tussen november 2014 en april 2015 nooit een verzoek om toestemming/aanvraag voor vergoeding van de behandeling ontvangen. Op 26 november 2014 heeft verzoekster duidelijke informatie gekregen over een (eventuele) vergoeding. Het is spijtig als zij die informatie anders heeft geïnterpreteerd. Aan de andere kant ging verzoekster op basis van het e-mailbericht van de zorgverzekeraar van 26 november 2014 kennelijk ook ervan uit dat toestemming nodig was, althans dat de behandeling niet zonder meer zou worden vergoed. De zorgverzekeraar verwijst naar de brief van verzoekster van 18 april 2015, waarin zij vraagt om toestemming voor de behandeling en waarbij de verwijzing en de brief van de buitenlandse arts zijn gevoegd. Dit was vier dagen voordat de behandeling zou plaatsvinden. Verzoekster heeft besloten de behandeling te laten doorgaan zonder dat van de zorgverzekeraar uitsluitsel was gekregen.

- 5.4. Aan de wens van verzoekster tot een gesprek met c.q. informatie over de medisch adviseur kon niet worden voldaan. De medisch adviseurs van de zorgverzekeraar handelen/beoordelen volgens de wet- en regelgeving. Zij zijn vakbekwaam, integer en voeren hun taak binnen die wetenschap uit. De indruk bestaat dat verzoekster een medisch adviseur verwacht met een expert. Een medisch adviseur beoordeelt de aanvraag voor vergoeding van zorg, en een expert beoordeelt materiële schade. Het is mogelijk om op het spreekuur van de medisch adviseur van de zorgverzekeraar te komen. Dit is voorbehouden voor situaties waarin de aanvraag/het verzoek om toestemming enkel kan worden beoordeeld als een verzekerde door een medisch adviseur wordt gezien. Daarbij valt te denken aan medische ingrepen waarbij het lichaam aan bepaalde voorwaarden moet voldoen en waarbij het lastig is op basis van een foto vast te stellen of daarvan sprake is.

- 5.5. In de fase van bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen is besloten verzoekster tegemoet te komen. De onderhavige behandeling is niet conform de stand van de wetenschap en praktijk, zodat er geen Nederlands tarief is. De zorgverzekeraar heeft de vergoeding gebaseerd op DBC 079799005 met omschrijving "*operatief herstel van netvliesloslating bij een oogontsteking, ziekte van het netvlies, vaatvlies, glasachtig lichaam in het oog*". Het Nederlands tarief voor vernoemde DBC is € 2.420,69 per oog. Omdat het electieve zorg betreft, en deze zorg is betrokken van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, heeft de zorgverzekeraar 90% van vernoemd tarief vergoed, hetgeen neerkomt op € 2.178,62 per oog. Deze tegemoetkoming wordt aan verzoekster uitgekeerd, zodra de commissie het bindend advies heeft uitgebracht. Het consult bij het LEH (circa € 191,44) is niet vergoed, omdat hiervan geen declaratie is ontvangen. Verzoekster kan het consult op reguliere wijze declareren. De zorgverzekeraar wenst daarbij wel een verwijzing van de Nederlandse huisarts te ontvangen en een verklaring of uitleg over de behandeling in het Nederlands of Engels. Hieruit moet duidelijk blijken om wat voor soort zorg het gaat. Verzoekster heeft een kostenoverzicht overgelegd, waarin onder meer hotelovernachtingen zijn opgenomen. Een hotelovernachting is niet opgenomen in de voorwaarden van de zorgverzekering, zodat de zorgverzekeraar hiervoor geen vergoeding verleent.

5.6. Ter zitting heeft de zorgverzekeraar zijn standpunt samengevat herhaald. Voorts is door de zorgverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat het Zorginstituut heeft bevestigd dat de onderhavige behandeling niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Tot slot heeft de zorgverzekeraar gesteld dat verzoekster, ten tijde van het verzenden van de brief van 26 november 2014, al in Londen was geweest maar nog niet in Frankfurt. Voor de behandeling in Frankfurt was nog geen aanvraag ontvangen en die was wel nodig. Bovendien moet een aanvraag specifiek zijn en moet deze worden ingediend door degene die de ingreep zal uitvoeren. De zorgverzekeraar benadrukt dat in de brief van 26 november 2014 duidelijk is vermeld dat toestemming is verleend voor het consult. Aangezien geen sprake is van eenvoudige poliklinische zorg, maar van specifieke zorg, was aparte toestemming voor de behandeling vereist. De zorgverzekeraar handhaaft desalniettemin het aanbod om € 2.178,62 per oog te vergoeden, zoals dit in de fase van bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen is gedaan.

5.7. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 5.2 van de zorgverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

7.1. In geschil is of de zorgverzekeraar is gehouden de aanspraak alsnog volledig, althans tot een hoger bedrag dan € 2.178,62 per oog in te willigen, alsook of de zorgverzekeraar is gehouden aan verzoekster een vergoeding te verlenen voor het consult bij het LEH, de bij de behandeling behorende medicijnen, en de vervoers- en verblijfskosten, ten laste van de zorgverzekering.

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 zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen 4.1 tot en met 4.25 van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 4.4 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

*“4.4.1. Aanspraak bestaat op geneeskundige zorg, zoals medisch specialisten die plegen te bieden met inbegrip van het daarbij behorende laboratoriumonderzoek, geneesmiddelen, verbandmiddelen en hulpmiddelen.
(...)”*

De zorg wordt verleend door een medisch-specialist. Als dit tot het deskundigheidsgebied behoort van de desbetreffende zorgaanbieder, mag de zorg ook worden verleend door een klinisch fysicus audioloog, specialist ouderengeneeskunde, SEH-arts (spoedeisende hulp arts), verpleegkundig specialist of physician assistant.

Verwijzing

Er is een verwijzing noodzakelijk van een huisarts, bedrijfsarts, jeugdarts/arts in de jeugdgezondheidszorg, specialist ouderengeneeskunde, arts voor verstandelijk gehandicapten, tandarts, verloskundige, medisch-specialist of kaakchirurg.

Toestemming

Er is voor een aantal medisch-specialistische behandelingen voorafgaande schriftelijke toestemming van de zorgverzekeraar vereist. Deze behandelingen staan op de Limitatieve lijst van vooraf aan te vragen Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's) van Zorgverzekeraars Nederland. (...)"

- 8.4. Artikel 2.9 van de zorgverzekering bepaalt dat de aanspraak op zorg en overige diensten naar inhoud en omvang mede wordt bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk, dan wel, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

- 8.5. Artikel 4.22 van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

"4.22.1. De verzekerde, die woont in Nederland, heeft aanspraak op zorg als bedoeld in artikel 4 van een zorgaanbieder of instelling buiten Nederland. Dit is eveneens van toepassing op een verzekerde, die met toestemming van de Minister van Defensie verblijft bij de in het buitenland geplaatste militair of geplaatste burgerdefensiemedewerker.

4.22.2. De verzekerde, die woont of verblijft in een ander EU-/EER-land of Verdragsland dan Nederland, heeft:

a. Aanspraak op zorg volgens de wettelijke regeling van dat land op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag; of

b. Aanspraak op zorg door een zorginstelling of zorgaanbieder, die door zijn zorgverzekeraar is gecontracteerd; of

c. Aanspraak op vergoeding van kosten van zorg van een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder of zorginstelling conform het bepaalde dat elders in deze polis bij iedere zorgvorm afzonderlijk is aangegeven, indien zorg binnen Nederland door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder of instelling zou zijn verleend.

(...)"

4.22.5. In de gevallen bedoeld in artikel 4.22.1. tot en met artikel 4.22.4. vindt, indien de zorgverzekeraar vooraf toestemming verleent voor het inroepen van zorg in een ander land dan het woonland, vergoeding van kosten plaats, die meer kan bedragen dan de in artikel 4.22.1. aangegeven vergoeding.

(...)"

- 8.6. Artikel 4.18. van de zorgverzekering regelt de aanspraak op ziekenvervoer en luidt, voor zover hier van belang:

"4.18.1. Onder ziekenvervoer wordt verstaan het vervoer per ambulance en het zittend ziekenvervoer. Van zittend ziekenvervoer is sprake bij vervoer per openbaar middel van vervoer, taxi of eigen auto.

(...)"

4.18.5. Zittend ziekenvervoer

Aanspraak bestaat op vervoer van en naar een zorgaanbieder (persoon of instelling) als bedoeld in artikel 4.18.3., per openbaar middel van vervoer in de laagste klasse, door een taxibedrijf, openbaar vervoerder, mantelzorgers (familieleden, mensen uit de naaste omgeving) of na schriftelijke toestemming door een nader door de zorgverzekeraar aan te wijzen vervoerder, op voorschrift van een huisarts, dan wel de arts die verzekerde van huisartsenzorg voorziet of medisch-specialist over een afstand van ten hoogste 200 kilometer, en indien sprake is van één van de navolgende situaties:

- De verzekerde nierdialyse moet ondergaan;*
- De verzekerde oncologische behandelingen met chemotherapie of radiotherapie moet ondergaan;*

- De verzekerde zich uitsluitend met een rolstoel kan verplaatsen en moet worden vervoerd naar een zorgaanbieder bij wie of instelling waarin de verzekerde zorg zal ontvangen, die ten laste van deze verzekering komt;
 - Het gezichtsvermogen van de verzekerde zodanig is beperkt, dat hij zich niet zonder begeleiding kan verplaatsen en moet worden vervoerd naar een zorgaanbieder bij wie of instelling waarin de verzekerde zorg zal ontvangen, die ten laste van deze verzekering komt.
- De zorgverzekeraar kan, bij het verlenen van toestemming, voorwaarden stellen ten aanzien van de wijze waarop het vervoer plaatsvindt.
- Indien de zorgverzekeraar de verzekerde toestemming geeft zich te wenden tot een bepaalde persoon of instelling waarbij vervoer over een grotere afstand noodzakelijk is, geldt de beperking van 200 kilometer niet.

Voorschrift/toestemming

Er is een voorschrift noodzakelijk van een huisarts of medisch-specialist.

Er is voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar noodzakelijk. De verzekerde kan deze toestemming met het formulier medische verklaring zittend ziekenvervoer aanvragen.

(...)

4.18.7. Indien ziekenvervoer per openbaar middel van vervoer, taxi, ambulance of eigen auto niet mogelijk is, kan de zorgverzekeraar vooraf toestemming worden gevraagd voor vervoer met een ander middel van vervoer.

4.18.8. Het ziekenvervoer omvat tevens het vervoer van een begeleider, indien begeleiding noodzakelijk is, dan wel het betreft de begeleiding van een verzekerde, jonger dan 16 jaar. In bijzondere gevallen kan de zorgverzekeraar vooraf worden gevraagd vervoer van twee begeleiders toe te staan.

(...)"

- 8.7. De artikelen 2.9, 4.4, 4.18 en 4.22 van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.8. Artikel 11 lid 1 onderdeel a Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.
- Medisch specialistische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.
- Artikel 2.1 lid 2 Bzv bepaalt dat de inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten mede worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
- Zittend ziekenvervoer is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.14 Bzv.
- 8.9. De Zvw, het daarop gebaseerde Bzv en de Rzv, schrijven dwingend voor welke prestaties onder de zorgverzekering verzekerd dienen te zijn. De verzekerde die een zorgverzekering sluit heeft recht op niet meer of minder dan deze prestaties. De zorgverzekering is in dit opzicht een bijzondere, van overheidswege gereguleerde vorm van schadeverzekering. Het staat de zorgverzekeraar niet vrij een dekking te bieden die hetzij ruimer dan wel beperkter is dan op grond van het bij of krachtens de Zvw bepaalde is voorgeschreven.
- De hiervoor beschreven regeling, zoals opgenomen in de zorgverzekering, strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 8.10. Artikel 20 van Vo. nr. 883/2004 luidt, voor zover hier van belang, als volgt:
- "1. Tenzij in deze verordening anders is bepaald, moet een verzekerde die naar een andere lidstaat reist met het oogmerk gedurende zijn verblijf verstrekkingen te ontvangen, daarvoor toestemming van het bevoegde orgaan vragen.

2. Een verzekerde die van het bevoegde orgaan toestemming heeft gekregen om zich naar een andere lidstaat te begeven met het oogmerk om daar een voor zijn gezondheidstoestand passende behandeling te ondergaan, heeft recht op verstrekkingen die voor rekening van het bevoegde orgaan worden verleend door het orgaan van de verblijfplaats, volgens de door dit orgaan toegepaste wetgeving, alsof hij krachtens die wetgeving verzekerd was. De toestemming mag niet worden geweigerd wanneer de desbetreffende behandeling behoort tot de prestaties waarin de wetgeving van de lidstaat waar betrokkene woont, voorziet, en die behandeling hem, gelet op zijn gezondheidstoestand van dat moment en het te verwachten ziekteverloop, in laatstbedoelde lidstaat niet kan worden gegeven binnen een termijn die medisch verantwoord is. (...)"

9. Beoordeling van het geschil

Consult Londen

- 9.1. Verzoekster is naar een andere EU-lidstaat, namelijk Groot-Brittannië, gegaan met het doel daar een deel van de onderhavige zorg te verkrijgen. Op 8 oktober 2014 heeft een consult bij het LEH plaatsgevonden. Er is sprake van planbare zorg. Op deze situatie ziet artikel 20 van Vo. nr. 883/2004. Verzoekster heeft niet voorafgaand aan het consult toestemming aan de zorgverzekeraar gevraagd. Gelet op de jurisprudentie van het Hof van Justitie (Stamatelaki, C444-05) blijft Vo. nr. 883/2004 in dit geval buiten toepassing en dient te worden getoetst aan de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 9.2. De zorgverzekering biedt, op grond van artikel 4.4, aanspraak op een consult bij een medisch specialist. De zorgverzekeraar heeft verklaard dat verzoekster de kosten van het consult bij het LEH ten bedrage van circa € 191,44 op reguliere wijze kan declareren. Daarbij dient zij een verwijzing van de huisarts en een verklaring/uitleg in het Nederlands of Engels te voegen. Naar de commissie begrijpt, zal de zorgverzekeraar, indien verzoekster aan het voorgaande voldoet, een vergoeding verlenen voor het consult bij het LEH. Partijen zijn hierover derhalve niet (langer) verdeeld.

Behandeling Frankfurt

- 9.3. Verzoekster is vervolgens naar Duitsland, eveneens een andere EU-lidstaat, gegaan met het doel daar de onderhavige zorg te verkrijgen. Wederom is sprake van planbare zorg, op welke situatie artikel 20 Vo. nr. 883/2004 ziet. Gelet op het door de zorgverzekeraar ingenomen standpunt, is de vraag of de onderhavige behandeling voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, en daarmee een verzekerde prestatie vormt in het kader van de zorgverzekering.
- 9.4. 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.

- 9.5. 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.
- 9.6. Een onderzoek, op basis van de hiervoor geformuleerde uitgangspunten, met betrekking tot het implanteren van lenzen bij leeftijdsgebonden maculadegeneratie is door het Zorginstituut uitgevoerd, en de bevindingen hiervan zijn in het advies van 4 januari 2017 verwoord. De conclusie van het advies is dat deze zorg niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is en daarmee geen verzekerde prestatie onder de zorgverzekering vormt. De commissie neemt het advies van het Zorginstituut over en maakt de conclusie hiervan tot de hare. Derhalve heeft verzoekster geen aanspraak op vergoeding van de onderhavige behandeling ten laste van de zorgverzekering en was de zorgverzekeraar, aangenomen dat hierom tijdig werd verzocht, evenmin gehouden haar toestemming te verlenen voor deze behandeling op grond van de verordening.

Verblijfs- en vervoerskosten

- 9.7. De zorgverzekering biedt geen aanspraak op verblijfskosten, anders dan de kosten van verblijf die zijn verbonden aan opname in een instelling waar medische zorg wordt genoten. Verblijf in een hotel is niet opgenomen in de voorwaarden. In beginsel biedt de zorgverzekering, op grond van artikel 4.18, aanspraak op vergoeding van de kosten van zittend ziekenvervoer. De onderhavige zorg heeft echter in Frankfurt plaatsgevonden. De beperking tot 200 kilometer is hiermee overschreden en gesteld noch gebleken is dat de zorgverzekeraar verzoekster toestemming heeft verleend voor vervoer over een grotere afstand. Voorts is sprake geweest van vervoer per vliegtuig. Ook voor dat vervoer is door de zorgverzekeraar geen toestemming verleend. De commissie is daarom van oordeel dat verzoekster geen aanspraak heeft op vergoeding van de vervoers- en verblijfskosten.

Werking privaatrecht

- 9.8. Verzoekster heeft voorafgaand aan de behandeling - bij e-mailbericht van 26 november 2014 - de zorgverzekeraar om toestemming gevraagd. De zorgverzekeraar heeft hierop bij e-mailbericht van gelijke datum gereageerd en verzoekster het volgende medegedeeld:

"(...) U kunt vanuit de zorgverzekering in aanmerking komen voor een vergoeding van een behandeling in het buitenland. (...) In alle gevallen hebt u voor het inroepen van voorzienbare intramurale zorg in een ander land dan het woonland, onze voorafgaande toestemming nodig.

Intramurale zorg is zorg die gepaard gaat met verblijf van ten minste één nacht. (...) U kunt uw verwijskaart van uw Nederlandse huisarts samen met een brief van buitenlandse arts/specialist waarin de diagnose en de reden van de behandelingen naar ons opsturen. (...) Maakt u gebruik van een gecontracteerd ziekenhuis en/of zorgaanbieder? Dan regelen zij voor u de aanvraag. Wel wil ik u erop wijzen dat u bij extra verblijf- en reiskosten wel een reisverzekering nodig hebt. Houdt u er rekening mee dat de vergoeding komt uit de zorgverzekering en daarom ook kan vallen onder uw eigen risico. (...)”

De zorgverzekeraar heeft met deze reactie vergoeding van de behandeling in Frankfurt toegezegd (ten laste van de zorgverzekering). Als voorwaarde is gesteld dat een verwijzing van de huisarts en een verklaring van de buitenlandse arts dienen te worden overgelegd. De stelling van verzoekster dat de zorgverzekeraar in zijn e-mailbericht van 26 november 2014

heeft nagelaten haar te waarschuwen voor het feit dat de onderhavige behandeling niet tot de verzekerde zorg behoort, wordt derhalve door de commissie gevolgd.

De zorgverzekeraar heeft later gesteld dat de door verzoekster ondergane behandeling niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, en daarmee geen verzekerde prestatie is in het kader van de zorgverzekering (artikel 2.9 van de betreffende voorwaarden). Volgens de commissie kan de zorgverzekeraar zich niet (meer) op dit criterium kan beroepen. Immers, reeds op 24 november 2014 werd vergoeding van de behandeling in Frankfurt aan verzoekster toegezegd.

De commissie is daarom van oordeel dat verzoekster aanspraak heeft op vergoeding van de onderhavige behandeling met inachtneming van hetgeen overigens in de verzekeringsvoorwaarden is bepaald. Dit komt neer op een vergoeding op basis van 90 percent van het gemiddeld gecontracteerde tarief tarief dan wel het Wmg-tarief. Tevens heeft zij aanspraak op de bij de behandeling behorende medicijnen, voor zover de kosten hiervan niet in de DBC zijn begrepen, aangezien de zorgverzekeraar niet heeft weersproken dat deze medicijnen verband houden met de behandeling en deze zodoende ook vallen onder de verleende toestemming voor de - gehele - behandeling.

Overigens heeft de zorgverzekeraar reeds besloten aan verzoekster een tegemoetkoming te verlenen van € 2.178,62 per oog. In die beslissing zal de commissie niet treden.

Conclusie

- 9.9. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek gedeeltelijk dient te worden toegewezen, in die zin dat de zorgverzekeraar is gehouden de behandeling in Frankfurt en de bijbehorende medicijnen te vergoeden, zulks op basis van 90 percent van het gemiddeld gecontracteerde tarief dan wel het Wmg-tarief. Een en ander onder aftrek van de reeds toegezegde vergoeding van € 2.178,62 per oog, voor zover betaling hiervan reeds heeft plaatsgevonden. Het meer of anders gevorderde dient te worden afgewezen.
- 9.10. Aangezien het verzoek wordt toegewezen, dient de zorgverzekeraar het entreegeld van € 37,-- aan verzoekster te vergoeden.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek toe op de wijze als onder 9.9 is omschreven. Het meer of anders gevorderde wordt afgewezen.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de zorgverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden het entreegeld van € 37,--.

Zeist, 8 maart 2017,

A.I.M. van Mierlo