



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen Menzis Zorgverzekeraar N.V. en Menzis N.V., beide te Wageningen
Zaak : EU/EER, België, geneeskundige zorg, rugoperatie, kyphoplastie, MRI, consult, spoedeisendheid, verwijzing, stand van de wetenschap en praktijk
Zaaknummer : 201503097
Zittingsdatum : 26 oktober 2016

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2013, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2013, artt. 19 en 20 Vo.nr. 883/2004)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

- 1) Menzis Zorgverzekeraar N.V., en
- 2) Menzis N.V., beide te Wageningen,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering ZorgZó (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1 onderdeel d Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering ExtraVerzorgd 1 afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
De eveneens afgesloten aanvullende verzekering TandVerzorgd 250 is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van een MRI en een kyphoplastie, uitgevoerd te Knokke respectievelijk Brugge, België, (hierna: de aanspraak). Bij brief van 24 maart 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brieven van 8 mei 2014 en 29 januari 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven. De ziektekostenverzekeraar heeft dit nogmaals bevestigd met zijn brief van 14 oktober 2015.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.4. Bij brief van 20 april 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 12 juli 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 13 juli 2016 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 26 juli 2016 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 10 oktober 2016 per e-mail medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 13 juli 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 22 augustus 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016093936) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat de ballonkyphoplastiek niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Het Zorginstituut licht toe dat in twee recente reviews geen aanwijzingen worden gevonden dat *"chirurgische interventie bewezen effectief zou zijn ten opzichte van conservatieve behandeling. (...) Kyphoplastiek, alhoewel hier succesvol, is niet een bewezen effectieve behandeling."* Ten aanzien van het consult en de gemaakte MRI overweegt het Zorginstituut als volgt: *"Gelet op het advies van de medisch adviseur ontbreken een schriftelijke verwijzing van de huisarts voor herbeoordeling van de oorspronkelijke foto's uit juni door de radioloog en een verslag van de bespreking van de MRI. Indien deze alsnog achterhaald kunnen worden, is aan het verwijzingsvereiste voldaan en komt verzoeker in aanmerking voor vergoeding hiervan."* Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker is op 26 oktober 2016 in persoon gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch aan de zitting deelgenomen. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut. Verzoeker heeft ter zitting enkele stukken overgelegd. Afschriften hiervan zijn op 28 oktober 2016 ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 3.10. Bij brief van 28 oktober 2016 heeft de commissie het Zorginstituut afschriften van de aantekeningen van de hoorzitting en nagekomen stukken gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen en nagekomen stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 22 november 2016 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen en nagekomen stukken geen aanleiding vormen tot aanpassing van het advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker is op 18 juni 2013 gevallen, waarna hij per ambulance naar het ziekenhuis te Weert is gebracht. De dienstdoende arts heeft aan de hand van de gemaakte foto's vastgesteld dat er niets gebroken was. Gezien de pijnklachten is verzoeker die nacht ter observatie in het ziekenhuis gebleven. De volgende dag heeft een tweede arts de foto's bekeken, en vervolgens is verzoeker ontslagen. Verzoeker heeft pijnmedicatie meegekregen. De verwachting was dat het herstel zes weken zou gaan duren.
- Op 1 juli 2013 is verzoeker naar de huisarts gegaan, omdat zijn pijnmedicatie op was en de pijn nog steeds ondraaglijk was. De huisarts heeft daarom een nieuw recept uitgeschreven voor de pijnmedicatie. Hierna is verzoeker begonnen met fysiotherapie om het herstel van zijn rug te bevorderen.
- Op 25 juli 2013 is verzoeker opnieuw naar het ziekenhuis te Weert gegaan, omdat zijn pijnklachten niet waren afgenomen, en zijn mobiliteit verslechterde. Een andere arts heeft toen nogmaals de gemaakte foto's bekeken, en heeft geconstateerd dat sprake was van een breuk. Deze arts heeft verzoeker geadviseerd andere oefeningen bij de fysiotherapeut te gaan doen. Voorts heeft de arts gesteld dat de breuk vanzelf zou genezen en dat verzoeker hiervoor regelmatig aan de trap moest gaan hangen.

Het herstel daarna ging moeizaam. Verzoeker had veel pijn, kon niet op een gewone stoel zitten en door de pijn ging het lopen zeer moeilijk en was dit ook zeer pijnlijk.

- 4.2. Op 18 augustus 2013 heeft verzoeker vanaf zijn vakantieadres in Knokke telefonisch contact opgenomen met zijn huisarts, omdat de pijn ondraaglijk was geworden en zijn echtgenote en hij wanhopig waren vanwege het feit dat er geen vooruitgang was geboekt. Het was op dat moment onmogelijk met de auto naar de huisarts te rijden, omdat verzoeker niet kon zitten. De huisarts heeft verzoeker geadviseerd naar een lokaal ziekenhuis te gaan en te vragen of een medisch specialist naar de foto's van de rug wilde kijken. Op 19 augustus 2013 heeft verzoeker de betreffende foto's afgegeven in het ziekenhuis te Brugge. Diezelfde dag heeft de arts uit Brugge telefonisch contact opgenomen met verzoeker, waarbij hem is gevraagd of hij de volgende dag een MRI wilde laten maken omdat op de foto's meerdere problemen waren gezien. De betreffende arts vond het niet verantwoord dat verzoeker naar Brugge zou reizen om de MRI te laten maken, en heeft daarom geregeld dat deze in Knokke kon worden gemaakt. Op 23 augustus 2013 kreeg verzoeker telefonisch de uitslag van de MRI. Het advies was dat hij zeer dringend een afspraak moest maken met een arts die is gespecialiseerd op het gebied van wervels. Op 29 augustus 2013 is verzoeker bij voornoemde arts op consult geweest. Deze arts heeft geconstateerd dat verzoeker drie breuken had in zijn wervels alsmede enkele zware indeukingen/inzakkingen. De breuken waren aanzienlijk verslechterd sinds de in Weert gemaakte foto's. Geconcludeerd werd dat een operatie met een ballon-kyphoplastie de enige behandelmogelijkheid was. Bovendien moest zo spoedig mogelijk worden geopereerd. Verzoeker heeft dit even op zich laten inwerken, en vervolgens zijn huisarts gebeld. De huisarts heeft verzoeker medegedeeld dat deze behandeling voor hem de enige mogelijkheid is.
- 4.3. De behandelend arts had de operatie op 2 september 2013 willen uitvoeren. Echter, verzoeker had al vanaf 25 augustus 2013 koorts, dus werd de operatie uitgesteld. Uiteindelijk is zijn toestand zodanig verslechterd, dat verzoeker op 3 september in het ziekenhuis is opgenomen en op 4 september 2013 is geopereerd. Hij merkt hierbij op dat hij in een rolstoel het ziekenhuis is ingebracht. Na de operatie heeft hij het ziekenhuis op 6 september 2013 lopend verlaten. De operatie is dus zeer succesvol geweest. Verzoeker kan weer normaal functioneren en heeft zelfs zijn hobby wielrennen weer opgepakt.
- 4.4. Verzoeker benadrukt dat hij niet naar België is gegaan met het doel daar zorg te genieten. Hij was op vakantie in België toen de klachten verergerden. De klachten waren zo ernstig dat de behandeling niet had kunnen worden uitgesteld tot na terugkeer in Nederland. Er was dus sprake van een spoedeisende situatie. Verzoeker heeft zich hierbij niet gerealiseerd dat hij contact moest opnemen met de ziektekostenverzekeraar of dat de zorg mogelijk niet tot het verzekerde pakket behoort. Verzoeker is daarbij van mening dat hij als leek ook niet kan beoordelen of behoort te weten of een behandeling in Nederland wel of niet wordt vergoed, of dat van hem kan worden verwacht dat hij in een acute, stressvolle, beangstigende en pijnlijke situatie de ziektekostenverzekeraar om toestemming moet vragen.
- 4.5. Verzoeker heeft een verklaring van 30 november 2015 overgelegd van een bevriende, Belgische, arts. De arts bevestigt dat hij verzoeker op 22 augustus 2013 - als vriend en als arts - heeft gezien op zijn vakantieadres. De arts is medisch specialist (anesthesist) met veertien jaar ervaring als huisarts. De arts stelde vast dat verzoeker veel pijn had, en hierdoor bedlegerig was. Hij heeft verzoeker voorgesteld de foto's voor te leggen aan de afdelingen orthopedie en radiologie van het ziekenhuis te Brugge. In het ziekenhuis te Brugge werden fracturen vastgesteld op T11 en L1.
- 4.6. Ter zitting is door verzoeker het MRI-verslag overhandigd alsmede twee brieven van het AZ Sint-Jan te Brugge. Verzoeker heeft verteld hoe een en ander destijds is verlopen. Hij verbleef destijds in Knokke. Op 18 augustus 2013 kwam een bevriende arts bij hem eten. Desgevraagd heeft verzoeker de foto's aan hem mee gegeven om te bespreken met collega's. De artsen zagen op de foto's twee of drie breuken. Daarom werd verzoeker geadviseerd scan te laten maken. De radioloog zou hiervoor naar Knokke komen, zodat verzoeker niet zo ver hoefde te reizen. De kosten hiervan bedroegen € 161,-. Op 22 augustus 2013 belde de bevriende arts met de mededeling dat



'indeukingen' waren geconstateerd. Hij verwees verzoeker naar dr. Meerhagen. Verzoeker kon op 29 augustus 2013 terecht bij deze arts. De behandeling bestond uit het plaatsen van ballonnen en het opvullen met cement. Op 2 september 2013 is verzoeker naar de betreffende arts gegaan. De dag na de operatie stond iemand naast zijn bed die met hem wilde gaan wandelen. Dit ging goed. Na ontslag zijn de facturen ter declaratie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar adviseerde hem deze op te sparen tot de behandeling was afgerond. Later volgde een afwijzing omdat de behandeling niet conform de stand van de wetenschap en praktijk zou zijn. Verzoeker voegt hier aan toe: in Nederland. De ingreep wordt in België en Spanje wél uitgevoerd en erkend. Verzoeker merkt op dat hij niet kon weten dat de behandeling niet zou worden geaccepteerd door de ziektekostenverzekeraar.



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

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar



5.1. Verzoeker heeft een kyphoplastie ondergaan in Brugge. Deze behandeling voldoet niet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Daarom bestaat geen aanspraak op vergoeding van de kosten hiervan ten laste van de zorgverzekering.



5.2. Daarnaast is uit het dossier van verzoeker niet gebleken dat sprake was van spoedeisende zorg. Er is sprake van spoedeisende zorg in het buitenland als vooraf niet bekend is dat de zorg moet plaatsvinden en deze zorg niet kan worden uitgesteld tot na terugkeer in Nederland. Dit is bijvoorbeeld aan de orde bij een ongeval, een acute blindedarmontsteking, of een levensbedreigende situatie zoals een hartinfarct. In voornoemde situaties is een acute opname en behandeling binnen 24 uur medisch noodzakelijk. Verzoeker heeft, na telefonisch contact met zijn huisarts, de foto's van zijn rug voorgelegd aan een Belgische arts en naar aanleiding hiervan hebben een consult, het vervolgonderzoek (MRI) en uiteindelijk de operatie plaatsgevonden. Een herbeoordeling van foto's is geen spoedeisende zorg. Uit de gegevens blijkt niet dat acuut operatief ingrijpen noodzakelijk was. Gezien het voorgaande was in de situatie van verzoeker geen sprake van spoedeisende zorg zoals bedoeld in de zorgverzekering.



5.3. Op grond van artikel B24 van de zorgverzekering bestaat aanspraak op medisch specialistische zorg indien de verzekerde voorafgaand een schriftelijke verwijzing heeft van de huisarts of een (andere) medisch specialist. Verzoeker heeft op eigen initiatief contact opgenomen met een bevriende arts in België. Hieraan ligt geen schriftelijke verwijzing van de huisarts of een medisch specialist ten grondslag. Hierdoor wordt niet voldaan aan de criteria die gelden voor geplande zorg. De kosten van de MRI en het consult komen daarom niet - als zijnde geplande zorg - voor vergoeding in aanmerking.



5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat het Zorginstituut beoordeelt of wordt voldaan aan de internationale stand van de wetenschap en praktijk. Dit blijkt ook uit het advies van 22 augustus 2016. De conclusie van het Zorginstituut is dat het hier geen verzekerde zorg betreft. De ziektekostenverzekeraar sluit zich hierbij aan.



5.5. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie



6.1. Gelet op artikel 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 verzoeker aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van een consult bij een medisch specialist in Brugge, een MRI, uitgevoerd in Knokke, en een kyphoplastie, uitgevoerd in Brugge, 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 B10 e.v. van de zorgverzekering.

8.3. Artikel B24 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"Een medisch specialist is een arts die na zijn basisopleiding een specialistische opleiding heeft gevolgd en als medisch specialist geregistreerd is. Er zijn in Nederland ongeveer 30 verschillende specialismen. De meeste medisch specialisten zijn verbonden aan een ziekenhuis.

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.

(...)

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. In artikel B4.1 van de zorgverzekering is de inhoud en omvang van de zorg bepaald. Dit artikel 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. (...)

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. (...)"

8.5. Artikel B9 van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland. Deze bepaling luidt, voor zover hier van belang:

"Bij zorg in het buitenland zijn de regels van deze verzekeringsvoorwaarden, EG-Verordening 883/2004 en bilaterale (tweezijdige) verdragen van toepassing. Voor zorg in het buitenland gelden de voorwaarden zoals hierna genoemd bij de verschillende zorgsoorten in de verzekeringsvoorwaarden.

Welke zorg

U heeft recht op vergoeding van kosten van zorg van een buitenlandse zorgaanbieder. (...) Als u woont of verblijft in een ander EU/EER-land of Verdragsland dan Nederland, kunt u kiezen uit:

- recht op zorg volgens de wettelijke regeling van dat land, of*
- recht op vergoeding van kosten van zorg van een door Menzis gecontracteerde zorgaanbieder, in de GGZ of*
- vergoeding van kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder in de GGZ die u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder in de GGZ.*
- recht op vergoeding van kosten van zorg tot maximaal het geldende Wmg-tarief als de zorg in Nederland zou zijn verleend, of tot een in Nederland geldend marktconform bedrag.*

(...)

Toestemming

Voor intramurale zorg in het buitenland, dat wil zeggen medische zorg met opname in een instelling van minimaal 1 nacht in een ander land dan uw woonland, heeft u voorafgaande toestemming van Menzis nodig. Voorafgaande toestemming heeft u niet nodig als er sprake is van zorg die redelijkerwijs niet kan worden uitgesteld tot na uw terugkeer in Nederland.

Alarmcentrale

Als u in het buitenland bent en u heeft daar zorg nodig, belt u dan met de Alarmcentrale op +31 317 455 555. Dit telefoonnummer staat ook op uw zorgpas. De Alarmcentrale is dag en nacht bereikbaar. Schakelt u de Alarmcentrale in bij spoedeisende zorg.

(...)"

- 8.6. De artikelen B4.1, B9 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).
- 8.7. 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.
- Geneeskundige 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.
- 8.8. De Zvw, het daarop gebaseerde Bzv en de Rzv, schrijven dwingend voor welke prestaties onder de zorgverzekering verzekerd dienen te zijn. De verzekerde die een zorgverzekering sluit heeft recht op niet meer of minder dan deze prestaties. De zorgverzekering is in dit opzicht een bijzondere, van overheidswege gereguleerde vorm van schadeverzekering. Het staat de ziektekostenverzekeraar niet vrij een dekking te bieden die hetzij ruimer dan wel beperkter is dan op grond van het bij of krachtens de Zvw bepaalde is voorgeschreven.
- De hiervoor beschreven regeling, zoals opgenomen in de zorgverzekering, strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 8.9. Artikel 19 Vo. nr. 883/2004 luidt, voor zover hier van belang:
- "Verblijf buiten de bevoegde staat*
- 1. Tenzij anders is bepaald in lid 2, hebben een verzekerde en zijn gezinsleden die verblijven in een andere lidstaat dan de bevoegde lidstaat, recht op de verstrekkingen welke tijdens het verblijf medisch noodzakelijk worden, met inachtneming van de aard van de verstrekkingen en de verwachte duur van het verblijf. De verstrekkingen worden voor rekening van het bevoegde orgaan verstrekt door het orgaan van de verblijfplaats, volgens de door dit orgaan toegepaste wetgeving, alsof de betrokkenen krachtens die wetgeving verzekerd waren.*
- (...)"*

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Ten tijde van de onderhavige zorgverlening verbleef verzoeker tijdelijk in België, een andere EU-lidstaat. Op deze situatie ziet artikel 19 van Vo.nr. 883/2004.
Anders dan de ziektekostenverzekeraar stelt, is voor de vergoeding van de kosten van zorg, gemaakt in een andere EU-lidstaat tijdens verblijf, niet noodzakelijk dat de zorg spoedeisend is. Volgens voornoemd artikel geldt het - lichtere - criterium "medisch noodzakelijk, met inachtneming van de aard van de verstrekkingen en de verwachte duur van het verblijf". Door verzoeker is gesteld, en door de ziektekostenverzekeraar niet gemotiveerd bestreden, dat terugkeer naar Nederland niet mogelijk was. De commissie neemt daarom als vaststaand aan dat aan voornoemd criterium is voldaan.
Vervolgens moet worden geconstateerd dat verzoeker geen gebruik heeft gemaakt van de zogenoemde European Health Insurance Card (EHIC), ofwel omdat hij deze niet heeft getoond ofwel omdat deze door de Belgische zorgaanbieder(s) niet is geaccepteerd.
Op grond van artikel 25 van Vo.nr. 987/2009 zijn er verschillende mogelijkheden om in deze situatie tot een oplossing te komen en de verzekerde alsnog een vergoeding te verlenen. Zo kan de verzekerde op grond van lid 4 een verzoek om vergoeding indienen bij het orgaan van de verblijfplaats i.e. de Belgische mutualiteit. Niet gebleken is dat verzoeker dit heeft gedaan. Lid 5 biedt de verzekerde de mogelijkheid een zodanig verzoek te doen bij het bevoegde orgaan in dit geval de ziektekostenverzekeraar. Op deze laatste mogelijkheid zal in het vervolg nog worden teruggekomen.
- 9.2. Ingevolge lid 6 van artikel 25 van Vo.nr. 987/2009 kan het bevoegde orgaan - de ziektekostenverzekeraar - de gemaakte kosten vergoeden binnen de grenzen en volgens de voorwaarden van de tarieven vastgesteld in zijn wetgeving, op voorwaarden dat de verzekerde ermee akkoord gaat dat deze bepaling op hem wordt toegepast. Hoewel van accordering door verzoeker niet is gebleken, overweegt de commissie ten aanzien van de vergoedingsmogelijkheid op basis van de zorgverzekering als volgt.
- 9.3. Door de ziektekostenverzekeraar is gesteld dat de onderhavige behandeling niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk als bedoeld in artikel B.4.1 van de zorgverzekering, zodat geen sprake is van verzekerde zorg en de kosten niet kunnen worden vergoed.
- 9.4. Bij de beoordeling of aan genoemd criterium is voldaan, 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 onderzoekopzet, onderzoekspopulatie, controlegroep, randomisatie, blinding, mate van behandelingseffect, follow-up en statistische analyse.

- 9.5. 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.
- 9.6. Het Zorginstituut heeft in zijn advies van 22 augustus 2016 een onderzoek naar dergelijke kwalitatieve onderzoeken met betrekking tot het onderhavige behandeling uitgevoerd. De conclusie hiervan is dat de kyphoplastie niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en daarmee geen verzekerde prestatie is op grond van de zorgverzekering. De commissie neemt deze conclusie over en maakt zij tot de hare. De ziekenhuisopname en de operatie komen daarom niet voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking. Dat verzoeker niet wist dat de kyphoplastie niet voldoet aan voornoemd criterium maakt het voorgaande niet anders.
- 9.7. Op grond van artikel B24 van de zorgverzekering bestaat alleen aanspraak op vergoeding van de kosten van medisch specialistische zorg als de verzekerde vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van zijn huisarts of een (andere) medisch specialist, tenzij sprake is van spoedeisende zorg. Verzoeker had voor de MRI van 23 augustus 2013 en het consult van 29 augustus 2013 geen schriftelijke verwijzing van zijn huisarts of een andere medisch specialist, terwijl gelet op het verdere tijdsverloop niet kan worden gesproken van spoedeisende zorg. Dat zijn huisarts hem telefonisch heeft geadviseerd om naar een Belgische arts te gaan, maakt het voorgaande niet anders. Ook de verklaring van de huisarts van 28 februari 2014 is niet aan te merken als een voorafgaande schriftelijk verwijzing zoals bedoeld in de polisvoorwaarden. Daarom kunnen ook de kosten van de MRI en het consult niet ten laste van de zorgverzekering worden gebracht.
- 9.8. De Patiëntenrichtlijn heeft als uitgangspunt dat de verzekeraar in voorkomend geval steeds de voor de patiënt/verzekerde gunstigste vergoedingsmogelijkheid dient toe te passen. Aangezien hiervoor is geconstateerd dat de kosten van de genoten zorg niet ten laste van de zorgverzekering komen, resteert de onder 9.1 genoemde weg van artikel 25 lid 5 van Vo.nr. 987/2009 als enig alternatief. Gelet op het bepaalde in dit artikel ligt het onder de gegeven omstandigheden op de weg van de ziektekostenverzekeraar bij het orgaan van de verblijfplaats een zogenoemd tarifieringsverzoek te doen en verzoeker te zijner tijd over de uitkomst hiervan te berichten. Ten aanzien van de mogelijkheid tot en de hoogte van de eventuele vergoeding op grond van de Belgische wetgeving is de commissie niet bevoegd; die beoordeling is aan de Belgische mutualiteit.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.9. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde, zodat het verzoek niet op basis hiervan kan worden ingewilligd.

Conclusie

- 9.10. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek gedeeltelijk dient te worden toegewezen, met inachtneming van hetgeen onder 9.8 is overwogen.



9.11. Aangezien het verzoek deels wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,-- aan verzoeker te vergoeden.



10. Het bindend advies



10.1. De commissie wijst het verzoek gedeeltelijk toe, met inachtneming van hetgeen onder 9.8 is overwogen.

10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden het entreegeld van € 37,--.



Zeist, 7 december 2016,



P.J.J. Vonk

