



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen Anderzorg N.V. en Menzis N.V., beide te Wageningen
Zaak : EU/EER, Duitsland, geneeskundige zorg, knie-operatie, stand wetenschap en praktijk
Zaaknummer : 201500766
Zittingsdatum : 23 maart 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 2014, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2014, art. 20 Vo. nr. 883/2004)

1. Partijen

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

tegen

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

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Fysiotherapie 18 en Tand 100% € 250 afgesloten (hierna gezamenlijk: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een diagnostische arthroscopie en een kraakbeenherstellende operatie aan de knie, uit te voeren te Nordhorn, Duitsland (hierna: de aanspraak). Bij brieven van 12 februari 2014 en 14 mei 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 2 december 2014 en 23 januari 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.4. Bij brief van 19 juni 2015 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 27 augustus 2015 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 2 september 2015 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 8 september 2015 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 3 november 2015 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. Op 10 november 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar telefonisch medegedeeld alsnog af te zien van de mogelijkheid te worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 2 september 2015 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 14 oktober 2015 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2015108279) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd de ziektekostenverzekeraar te vragen zijn standpunt nader te onderbouwen, aangezien een uitgevoerde systematische review en daarmee een onderbouwde conclusie ontbreekt. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 15 oktober 2015 aan partijen gezonden. De ziektekostenverzekeraar is bij die gelegenheid gevraagd het nader onderzoek, zoals verwoord in het advies, uit te voeren en de commissie over de uitkomst hiervan te berichten. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 9 november 2015 op het verzoek tot nader onderzoek gereageerd. Een afschrift van deze reactie is aan verzoeker gezonden, waarbij hij in de gelegenheid is gesteld hierop te reageren. Bij brief van 23 november 2015 heeft verzoeker op de uitkomst van het nader onderzoek gereageerd. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 3.9. De uitkomst van het nader onderzoek is aan het Zorginstituut gestuurd, met de vraag een definitief advies uit te brengen. Bij brief van 26 februari 2016 heeft het Zorginstituut een definitief advies uitgebracht, inhoudende dat het toedienen van PRP-injecties bij artrose van de knie niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en daarmee geen verzekerde prestatie vormt onder de zorgverzekering. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld op het definitief advies van het Zorginstituut te reageren. Verzoeker heeft bij brief van 8 maart 2016 op het advies van het Zorginstituut gereageerd. Een afschrift van deze brief is ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. De behandelend arts heeft op 28 januari 2014 ten aanzien van verzoeker het volgende verklaard: *"61-jähriger sonst gesunder Mann. Läuft mit angewinkeltern re. Knie leicht humpelnd. Genu varum rechts. Auf den Spitzenlaufen o.B. Auf den Fersenlaufen Schmerzen antero-lateral im re. Knie. Auf der Außen- und Innenseite der Füße laufen o.B. Hüpfen links o.B., mit rechts hat er Angst diese durchzuführen. In Hockegehen ist nicht ganz gut möglich wegen viel Schmerzen lateral im re. Knie. (...) Verdacht auf Knorpelschäden/Meniskopathie. Die Beschwerden im re. Knie wurden zuerst mit Suplasyon und Carbostesin i.a. behandelt. Sollten die Beschwerden im re. Knie anhalten, dann wäre eine ambulante Arthroskopie anzuraten. Wegen dem Druckschmerz medialseitig re. Unterschenkel wurde ein Röntgenbild des Unterschenkels durchgeführt: Periostale Reaktion proximale Tibia medial. Eine weitere Abklärung durch ein MRI, Knochenszintigraphie ist empfehlenswert. (...)"*. Op 25 april 2014 heeft de behandelend arts verklaard: *"Der o.g. Pat. hat Schmerzen im re. Knie mit Functio-Laesa und Meniscopathie. Trotz konservativer Behandlung ist keine Besserung eingetreten. Diagnose/OP-Indikation: Einen Verdacht auf Meniskopathie, Gonarthrose, Hydrops, chondrale Defekte, Knorpelschaden, Corpus Liberum. Zur Behebung dieser Beschwerden (Schmerzen), wird eine Arthroskopie des Kniegelenkes unter folgenden Möglichkeiten, wenn nötig durchgeführt: Debridement, (Behandlung von Knorpel/Meniskusschäden), Shaving, sowie eine Microfrakturierung, Pradie / Beckse-Bohrung, eine Entfernung freier Gelenkkörper, eine Abtragung von Ostrophyten. Die Operationsdauer beträgt ca. 2-3 Stunden. (...)"*.

- 4.2. De orthopeed in Nederland heeft op 23 december 2014 verklaard: *"Is in Duitsland door collega Van Lo geopereerd aan de rechter knie, scopie + nettoyage kraakbeen dmv laser + microfracturing met goed resultaat nadien. Het gaat goed, loopt zonder krukken. Patiënt is tevreden en heeft veel minder klachten. Ook is de varus stand van het been afgenomen, been staat weer "rechter" dan voorheen. (...) Voorlopig geen reden voor verder follow-up alhier. (...)"*.
- 4.3. Omdat verzoeker al enige tijd last had van pijn in zijn rechterknie, werd hij in 2013 door zijn huisarts verwezen naar een orthopeed. De huisarts waarschuwde verzoeker dat een knieprothese zijn laatste optie was. Door de orthopeed werd ook geadviseerd na te denken over een volledige knieprothese. Verzoeker was op dat moment pas 61 jaar oud. Van een prothese is bekend dat deze na ongeveer 10 jaar moet worden vervangen, en dit zou maar één keer kunnen. Daarna zou verzoeker in een rolstoel terecht komen. Voor verzoeker was een prothese geen optie, en daarom is hij op zoek gegaan naar alternatieve methoden. Hij heeft op 1 november 2013 van de huisarts een verwijfsbrief gekregen voor een second opinion. Hij is hiervoor naar dr. Lo in Nordhorn gegaan, die hem mededeelde een diagnostische arthroscopie in combinatie met een kraakbeenherstellende behandeling te kunnen uitvoeren. Een dergelijke behandeling wordt ook in Nederland aangeboden, maar in dat verband wordt een maximumleeftijd van 55 jaar gehanteerd. Voor verzoeker was deze behandeling in Nederland daarom niet beschikbaar.
- 4.4. Verzoeker is van mening dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van de behandeling te vergoeden. De behandeling was medisch noodzakelijk en deze was conform de stand van de wetenschap en praktijk. De behandeling bestond uit het verwijderen van kraakbeenfragmenten (debridement) en spoeling van de knie, microfracturing behandeling van het oppervlak van de knie, en het injecteren van (eigen) bloedplasma in de knie, ter bevordering van het herstel van het kraakbeen. Volgens de ziektekostenverzekeraar is dit laatste onderdeel van de behandeling geen zorg conform de stand van de wetenschap en praktijk, zodat de kosten van de gehele behandeling niet voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking komen. Het Zorginstituut heeft artikelen gepubliceerd over gebruik van plaatjesrijk plasma (PRP) bij een tenniselleboog en een enkelblessure. Verschillende medische partijen, waaronder orthopeden/ chirurgen, erkennen dat plaatjesrijk plasma in de praktijk veel wordt ingezet voor verschillende doeleinden, waaronder knie-behandelingen. Omdat er zoveel gaande is op dit gebied, en het zo breed wordt toegepast, is men nu begonnen met een onderzoek door een onafhankelijk extern bureau naar het gebruik van plaatjesrijk plasma bij een tenniselleboog om de behandeling te laten voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Daarna zal ongetwijfeld ook de knie aan bod komen.
- 4.5. In de voorwaarden van de zorgverzekering is bepaald dat bij zorg verleend door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder een vergoeding mogelijk is van 60 percent. Deze vergoeding is echter te laag, zo volgt uit een arrest van de Hoge Raad (ECLI:NL:HR:2014:1646). Algemeen wordt aangenomen dat de vergoeding ten minste 75 tot 80 percent van het marktconforme tarief moet bedragen.
- 4.6. Verzoeker heeft op 3 februari 2014 een aanvraag ingediend voor de behandeling, die plaatsvond op 13 mei 2014. Op deze situatie is Vo. nr. 883/2004 van toepassing. Indien de ziektekostenverzekeraar van mening was dat verzoeker niet voldoende informatie bij de aanvraag had gevoegd, had het op zijn weg gelegen deze informatie op te vragen, zodat een juiste beoordeling had kunnen plaatsvinden. Aangezien de ziektekostenverzekeraar bij brief van 12 februari 2014 heeft nagelaten aanvullende informatie op te vragen en zich niet op de gronden heeft beroepen waarop een S2-formulier mag worden geweigerd, is sprake van een onterechte weigering het formulier af te geven. De ziektekostenverzekeraar moet daarom overgaan tot tarifiering. Indien de ziektekostenverzekeraar de aanvraag afwijst, moet volgens de beleidsregel 'Informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars en volmachten 2014' van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) in de afwijzingsbrief de afwijzing volledig, juist, tijdig en begrijpelijk zijn

onderbouwd. Dit heeft de ziektekostenverzekeraar nagelaten, zodat ook op die grond een vergoeding dient te volgen.

4.7. Bij brief van 23 november 2015 heeft verzoeker - in reactie op de uitkomst van het nader onderzoek dat is verricht door de ziektekostenverzekeraar - benadrukt dat door de ziektekostenverzekeraar ten onrechte is geweigerd een S2-formulier te verstrekken. Verder is hij van mening dat de opmerking dat de behandeling bij een hoge leeftijd niet zinvol is, in strijd is met het onderzoek "arthroscopic laser treatment of knie osteoarthritis" en met de verklaring van dr. P.M. van Roermund dat de behandelingsmethode van drs. Lo bekend was, dat hij dit jaren geleden van drs. Lo had geleerd, en dat hij vijftien jaar lang de laserbehandeling in het UMC Utrecht heeft toegepast voor bekende kraakbeenafwijkingen waarvoor geen andere behandelingen meer beschikbaar waren.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. De zorgverzekering biedt dekking voor medisch-specialistische zorg indien vooraf een schriftelijke verwijzing door een huisarts of andere medisch-specialist heeft plaatsgevonden. Verzoeker is op eigen initiatief op zoek gegaan naar alternatieven. Een geldige verwijzing waarbij sprake is van een zorgvraag van een (huis)arts ontbreekt derhalve. Daarbij gelden nog andere criteria. Er moet sprake zijn van gebruikelijke zorg en de zorg moet medisch noodzakelijk en doelmatig zijn.

De behandeling die verzoeker heeft ondergaan bestond uit verwijdering van kraakbeenfragmenten (debridement) en spoeling van de knie, microfracturing van het oppervlak van de knie en het injecteren van (eigen) bloedplasma in de knie, ter bevordering van het herstel van het kraakbeen. Dit laatste onderdeel van de behandeling voldoet niet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Indien één onderdeel van een behandeling geen verzekerde zorg is, wordt de gehele behandeling als onverzekerde zorg gezien. De kosten van de behandeling kunnen daarom niet ten laste van de zorgverzekering worden gebracht.

5.2. Door verzoeker is aangevoerd dat moet worden getoetst aan Vo. nr. 883/2004, omdat hij voorafgaand aan de behandeling toestemming heeft gevraagd. Uit de door verzoeker ingediende aanvraag blijkt echter niet wat dr. Lo daadwerkelijk zou gaan uitvoeren. In de aanvraag staat wel wat de mogelijkheden zijn qua behandelingen die kunnen worden uitgevoerd, maar niet waarvoor is gekozen. Het is de ziektekostenverzekeraar bekend dat dr. Lo opereert op basis van bevindingen tijdens de operatie. Omdat vooraf geen informatie is verstrekt over de aard van de behandeling, is aan verzoeker geen S2-formulier in het kader van Vo. nr. 883/2004 gegeven, en is de ziektekostenverzekeraar ook nadien niet tot tarifiering overgegaan.

5.3. Bij brief van 9 november 2015 heeft de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar uiteengezet hoe hij heeft onderzocht of de onderhavige behandeling voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Naar de mening van de medisch adviseur is hieraan niet voldaan, zodat vergoeding van de ingreep terecht werd afgewezen.

5.4. 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 naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is bepaald in de voorwaarden van de zorgverzekering.

8.3. In de voorwaarden van de zorgverzekering is geregeld wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat. Het betreffende artikel luidt, voor zover hier van belang:

"Welke zorg

U heeft recht op:

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

Welke zorgaanbieder

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

Anderzorg heeft zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt uit deze zorgaanbieders kiezen. (...)

Als u kiest voor een zorgaanbieder die geen overeenkomst heeft met Anderzorg, krijgt u de kosten vergoed tot een maximumbedrag per behandeling. (...) Als er voor een bepaald DBC-zorgproduct geen vergoeding in de lijst met maximale vergoedingen is opgenomen, dan krijgt u een vergoeding van 60% van het tarief dat Anderzorg gemiddeld voor die behandeling heeft gecontracteerd. (...)

Verwijzing en toestemming

U heeft alleen recht op medisch specialistische zorg als u vooraf een schriftelijke verwijzing heeft van uw huisarts, medisch specialist, verloskundige, een specialist ouderengeneeskunde (verpleeghuisarts) of een arts verstandelijk gehandicapt. (...)"

8.4. In de voorwaarden van de zorgverzekering is voorts geregeld in welke gevallen aanspraak bestaat op zorg in het buitenland. Het betreffende artikel luidt, voor zover hier van belang:

"Welke zorg

Voor zorg in het buitenland gelden de voorwaarden zoals hierna genoemd bij de verschillende

zorgsoorten in de verzekeringsvoorwaarden. U heeft recht op zorg van een door Anderzorg

gecontracteerde buitenlandse zorgaanbieder. Als u zorg krijgt van een niet-gecontracteerde

zorgaanbieder, krijgt u die vergoeding van kosten van zorg die u zou krijgen als u in Nederland zorg

zou krijgen van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Als u woont of verblijft in een ander EU/ EERland of Verdragsland dan Nederland, kunt u kiezen uit:

- *recht op zorg volgens de wettelijke regeling van dat land, of*
- *recht op zorg van een door Anderzorg gecontracteerde zorgaanbieder, of*

• vergoeding van kosten van zorg door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder die u zou krijgen als u in Nederland zorg zou krijgen van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Deze keuze heeft u ook als u in een ander EU/EER-land of Verdragsland woont en tijdelijk in Nederland of in een ander EU/EER-land of Verdragsland verblijft. Als u woont of verblijft in een land dat geen EU/EER-land of Verdragsland is, heeft u recht op die vergoeding van kosten van zorg die u zou krijgen als de zorg in Nederland zou zijn verleend. U krijgt niet meer vergoed dan het gemiddeld door Anderzorg in Nederland gecontracteerde tarief. (...)"

- 8.5. In de voorwaarden van de zorgverzekering is verder de aanspraak op een second opinion geregeld. De betreffende bepaling luidt, voor zover hier van belang:

"Welke zorg

U heeft recht op een second opinion als u:

- vooraf een verwijzing heeft voor een second opinion van uw behandelaar,
- de second opinion betrekking heeft op de geneeskundige zorg zoals reeds besproken met de eerste behandelaar, en
- u met de second opinion terugkeert naar de oorspronkelijke behandelaar; deze houdt de regie over uw behandeling.

Welke zorgaanbieder

U kunt voor deze zorg naar een huisarts, medisch specialist, verloskundige, psychotherapeut, klinisch psycholoog, GGZ-instelling of een (polikliniek van een) psychiatrische afdeling van een ziekenhuis. Anderzorg heeft zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt uit deze zorgaanbieders kiezen. (...)

Verwijzing

U heeft alleen recht op een second opinion als u vooraf een schriftelijke verwijzing van uw behandelaar heeft."

- 8.6. De voorwaarden van de zorgverzekering bepalen tot slot wat de vorm en inhoud is van de verzekerde zorg. De betreffende bepaling luidt:

"De inhoud en omvang van de zorg in deze verzekeringsvoorwaarden wordt bepaald door wat zorgaanbieders 'plegen te bieden' en de stand van de wetenschap en de praktijk. Veel vormen van zorg zijn in de wet niet gedetailleerd omschreven. Deze vormen van zorg zijn aangeduid als zorg zoals een bepaalde beroepsgroep pleegt te bieden. Hiermee wordt de soort zorg aangegeven. Of een behandeling onder een verzekerde zorgvorm valt, wordt mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk. Het voorgaande betekent dat u verzekerd bent voor die zorg die de betrokken beroepsgroep tot de aanvaarde verzameling van medische onderzoeks- en behandelingsmethoden rekent. Andere zorgvormen zijn wel gedetailleerd omschreven, zoals geneesmiddelen en hulpmiddelen. Ook hiervoor geldt dat deze zorgvormen alleen tot de verzekerde zorg behoren voor zover ze voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Bij sommige vormen van zorg ontbreekt een 'stand van de wetenschap', bijvoorbeeld bij zittend ziekenvervoer. Dan geldt een iets andere regel: u bent verzekerd voor hulp die in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten."

- 8.7. Volgens het bepaalde op bladzijden 4 en 6 van de zorgverzekering zijn de voorwaarden 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 dan wel, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg of diensten.

Artikel 13 Zvw regelt de aanspraak op vergoeding indien de verzekerde kiest voor een zorgaanbieder die niet door de zorgverzekeraar is gecontracteerd.

- 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 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.

- 8.10. 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

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. Verzoeker is naar een andere EU-lidstaat, namelijk Duitsland, gegaan met het doel daar de onderhavige zorg te verkrijgen. Derhalve is sprake van planbare zorg. Op deze situatie ziet artikel 20 van Vo. nr. 883/2004.

- 9.2. Verzoeker heeft voorafgaand aan de behandeling de ziektekostenverzekeraar om toestemming gevraagd. Hij heeft bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend, gedateerd 28 januari 2014. In deze aanvraag is niet vermeld welke behandeling zou worden uitgevoerd. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker bij brief van 12 februari 2014 medegedeeld dat het niet gaat om een door hem gecontracteerde zorgverlener, zodat kosten voor rekening van verzoeker kunnen blijven. De ziektekostenverzekeraar heeft de aanvraag echter niet afgewezen. Ook heeft hij geen nadere informatie opgevraagd bij verzoeker aangaande de aard van de behandeling, hoewel dit onder de gegeven omstandigheden in de rede had gelegen. Immers, zoveel was duidelijk dat de aanvraag was gericht op het verkrijgen van toestemming voor een behandeling in het buitenland. Gelet op de beleidsregel 'Informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars en volmachten 2014' (TH/BR-015) ligt het op de weg van de ziektekostenverzekeraar een beslissing op een aanvraag volledig, juist, tijdig en begrijpelijk aan een verzekerde mede te delen (vergelijk onderdeel 15 van de 'checklist'). De commissie is van oordeel dat de brief van 12 februari 2014 niet aan deze voorwaarden voldoet, doch verbindt hier niet de conclusie aan dat de ziektekostenverzekeraar om die reden moet overgaan tot tarifiering.

Verzoeker heeft nadien namelijk een tweede aanvraag ingediend, gedateerd 25 april 2014, met nadere informatie over de (mogelijk) uit te voeren operatie. Hierop is door de ziektekostenverzekeraar bij brief van 14 mei 2014 beslist. In deze brief heeft de ziektekostenverzekeraar vermeld dat moet zijn voldaan aan enkele voorwaarden, waaronder het criterium 'stand van de wetenschap en praktijk', zodat deze afwijzingsbrief wél voldoet aan de voorwaarden van voornoemde beleidsregel.

Aangezien, gelet op het voorgaande, tijdig toestemming is gevraagd voor de behandeling, dient te worden getoetst aan artikel 20 van Vo. nr. 883/2004. Aanspraak bestaat op vergoeding conform de verordening indien sprake is van een verzekerde prestatie onder de zorgverzekering. Met betrekking hiertoe geldt het volgende.

9.3. Mede gelet op het door de ziektekostenverzekeraar ingenomen standpunt, is de vraag of de door dr. Lo bij verzoeker uitgevoerde behandeling van de knie, bestaande uit het verwijderen van kraakbeenfragmenten en spoeling van de knie, microfracturing van het oppervlak van de knie en het injecteren van (eigen) bloedplasma in de knie, voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering.

9.4. 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, onderzoeks populatie, 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. De bevindingen naar aanleiding van een uitgevoerd onderzoek naar dergelijke kwalitatieve onderzoeken met betrekking tot de onderhavige behandeling zijn verwoord in het advies van het Zorginstituut van 26 februari 2016. De conclusie van het advies is dat het toedienen van PRP-injecties bij artrose van de knie niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is en daarmee



geen verzekerde prestatie onder de zorgverzekering. De commissie neemt dit advies over en maakt de conclusie hiervan tot de hare.




9.7. Aangezien het niet gaat om verzekerde zorg onder de zorgverzekering, bestaat geen aanspraak op vergoeding op grond van artikel 20 van Vo. nr. 883/2004 en blijft de door verzoeker gevorderde tarifiering achterwege. Ook op basis van de zorgverzekering bestaat geen recht op vergoeding van kosten. Aan de vraag of een vergoeding van 60 percent bij niet-gecontracteerde zorg in strijd is het met het zogenoemde 'hinderpaalcriterium' wordt dan ook niet toegekomen.



9.8. De stelling van verzoeker dat hij door zijn huisarts is verwezen naar een orthopeed in verband met een second opinion, maakt het voorgaande niet anders. Gelet op het bepaalde in de voorwaarden van de zorgverzekering aangaande een second opinion is hiervan sprake als de second opinion betrekking heeft op de geneeskundige zorg zoals reeds besproken met de eerste behandelaar, en met de uitkomst van de second opinion wordt teruggekeerd naar de oorspronkelijke behandelaar. Deze houdt de regie over de behandeling. Aangezien verzoeker de behandeling door dr. Lo heeft laten uitvoeren, betreft het hier geen second opinion in de zin van de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden.




Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering




9.9. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor de onderhavige zorg, zodat het verzoek niet op basis van deze verzekering kan worden toegewezen.

Conclusie



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

10. Het bindend advies



10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 23 maart 2016,








A.I.M. van Mierlo