

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden zorgverzekering 2012-2013, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2012-2013, art. 20 Vo. nr. 883/2004)

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker, tegen

1) C te E, en

2) D te E,

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 3 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 door verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar afgesloten aanvullende verzekering TandVerzorgd 3 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 tinnitusbehandelingen, uitgevoerd en uit te voeren te Antwerpen, België (hierna: de aanspraak). Bij brief van 11 maart 2013 en e-mailbericht van 15 maart 2013 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 6 juni 2013 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 10 februari 2014 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 brieven van 3 en 10 april 2014 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Afschriften hiervan zijn op 7 en 11 april 2014 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Verzoeker heeft de commissie bij brief van 15 april 2014 zijn nadere standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is aan de wederpartij gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 15 april 2014 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 23 juni 2014 telefonisch medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.9. Bij brief van 9 april 2014 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 1 mei 2014 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2014050026) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat neurostimulatie bij tinnitus niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en daarmee geen verzekerde zorg is. Het standpunt zoals dat in 2007 is geformuleerd is nog immer geldend. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 3 juni 2014 aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 25 juni 2014 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.11. Bij brief van 27 juni 2014 heeft de commissie het Zorginstituut een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 2 juli 2014 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 verzoeker

- 4.1. Verzoeker is sinds 2003 voor zijn tinnitusklachten onder behandeling in het Universitair Ziekenhuis Antwerpen (hierna: UZA). De eerste operatie, waarbij elektroden in zijn hoofd zijn geïmplant, is volledig vergoed door zijn toenmalige verzekeraar. Met ingang van 1 januari 2006 is verzoeker verzekerd bij de ziektekostenverzekeraar. Deze heeft de kosten van de in het UZA uitgevoerde tinnitusbehandelingen steeds volledig vergoed.
- 4.2. Op 8 mei 2007 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker toestemming verleend voor een tweede operatie waarbij een neurostimulator en interne draad werden geïmplant. Aan deze toestemming was geen maximumbedrag gekoppeld. De kosten van de neurostimulator bedroegen circa € 25.000,--. Opvallend is in dit verband dat de fabrikant de kosten van het apparaat heeft voorgeschoten, omdat de toestemming lang op zich liet wachten. Toen het bedrag eenmaal kon worden gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar, was de leverancier de gegevens van het apparaat kwijt en kon het UZA geen rekening sturen, met als gevolg dat de ziektekostenverzekeraar het bedrag van € 25.000,-- nooit heeft betaald.
- 4.3. Vanaf 2013 weigert de ziektekostenverzekeraar de kosten van de tinnitusbehandelingen in het UZA te vergoeden. Verzoeker is het hier niet mee eens.
- 4.4. In tegenstelling tot hetgeen de ziektekostenverzekeraar stelt, is verzoeker in februari 2008 niet door het UZA en de ziektekostenverzekeraar op de hoogte gebracht van het feit dat éénmalig aanspraak kon worden gemaakt op een vergoeding van € 5.000,-- voor de tinnitusbehandelingen in het UZA. Verzoeker vermoedt dat het door de ziektekostenverzekeraar vermelden van dit bedrag is gelegen in het volgende.
- 4.5. Destijds - begin 2008 - was de interne draad gebroken en diende een revisie plaats te vinden. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar verzocht om toestemming voor deze operatie. Er heeft toen veel telefonisch contact plaatsgevonden met een medewerker van de ziektekostenverzekeraar en op een gegeven moment werd verzoeker verteld dat de operatie sowieso kon doorgaan, aangezien nog circa € 5.000,-- over was van de

eerder verleende toestemming. Verzoeker is met deze toezegging niet akkoord gaan, aangezien er altijd iets kan gebeuren met de neurostimulator en hij alsdan zeker wil zijn van vergoeding van de kosten van de noodzakelijke behandeling. Uiteindelijk heeft verzoeker telefonisch toestemming gekregen voor de operatie. Het UZA heeft een faxbericht van de ziektekostenverzekeraar ontvangen aangaande deze toestemming.

- 4.6. Ook het feit dat de ziektekostenverzekeraar tot 2013 de kosten van alle behandelingen heeft vergoed, maakt duidelijk dat in 2008 hierover geen brief is opgesteld en/of verstuurd. Verzoeker heeft op 5 oktober 2008 toestemming ontvangen van de ziektekostenverzekeraar voor een operatie, en op 2 juni 2009 voor een herhaalde revisie van de interne draad. Voor andere behandelingen is telkens vooraf telefonisch contact met de ziektekostenverzekeraar opgenomen, waarbij verzoeker bij herhaling werd medegedeeld dat het ging om vervolgbehandelingen en toestemming derhalve niet nodig was. Tevens werd verzoeker verteld dat de ziektekostenverzekeraar een contract had met het UZA. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar steeds verzocht een aantekening te maken van zijn aanvragen. Bovendien bevestigde het UZA dat een contract was afgesloten met de ziektekostenverzekeraar, en werd hem verteld dat rekeningen rechtstreeks werden gedeclareerd. Overigens ontving verzoeker de betreffende rekeningen via het UZA eerder en declareerde hij deze bij de ziektekostenverzekeraar. Verzoeker stelt dat hij daarom ervan uitging dat alles was geregeld met betrekking tot de tinnitusbehandelingen in het UZA. Het is onbegrijpelijk dat de ziektekostenverzekeraar thans stelt dat ruim € 10.000,- ten onrechte is vergoed. Verzoeker benadrukt dat voor elke behandeling toestemming is gevraagd. Het UZA zou bovendien de behandelingen niet eens hebben uitgevoerd als door de ziektekostenverzekeraar geen toestemming was verleend.
- 4.7. Voorts voert verzoeker aan dat een eenmaal verleende toestemming niet zomaar kan worden ingetrokken. De ziektekostenverzekeraar is hieraan gebonden. In 2006 en 2007 is veelvuldig gecorrespondeerd over de neurostimulator en het te volgen traject, en uiteindelijk is door de ziektekostenverzekeraar besloten tot vergoeding over te gaan. Een neurostimulator moet onder andere worden geprogrammeerd en gelet op verzoekers gecompliceerde vorm van tinnitus is het een langdurige procedure om de juiste instelling te vinden voor een zo optimaal mogelijke werking. Daarnaast is het logisch dat een geïmplanteed apparaat regelmatig gecontroleerd moet worden. Het is derhalve onredelijk dat de ziektekostenverzekeraar thans vergoeding van de kosten van de tinnitusbehandelingen afwijst. Het is verbazingwekkend dat de ziektekostenverzekeraar bij herhaling verklaart dat zaken foutief zijn afgehandeld en vervolgens de consequenties hiervan bij de verzekerde legt. Zowel verzoeker als het UZA heeft steeds correct gehandeld en de juiste procedure gevolgd. Verzoeker voorziet dat de in zijn lichaam geïmplanteerde apparaten in de toekomst functioneloos worden omdat aanpassing of vervanging noodzakelijk is, maar dit niet wordt vergoed. Dat is onacceptabel. Hij benadrukt dat hij door de neurostimulator weer kan functioneren en geen medicijnen meer nodig heeft.
- 4.8. Verzoeker benadrukt dat hij vanaf 2006 meerdere malen protest heeft aangetekend tegen beslissingen van de ziektekostenverzekeraar aangaande de tinnitusbehandelingen. Dit was telkens succesvol. Het standpunt van het Zorginstituut Nederland (voorheen: College voor Zorgverzekeringen) is niet gewijzigd, dus het is onduidelijk waarom in de jaren 2006 tot en met 2012 alle tinnitusbehandelingen zijn vergoed door de ziektekostenverzekeraar. Verzoeker wenst - in tegenstelling tot hetgeen de ziektekostenverzekeraar meent - geen blanco cheque te ontvangen. Hij vordert vergoeding van (i) behandelingen met betrekking tot de neurostimulator bij acute noodzaak, (ii) periodieke vervanging van de batterijen van de neurostimulator, en (iii) vervanging van de neurostimulator indien nodig. De doelmatigheid van deze behandelingen is reeds vastgesteld. Mede gelet op de leeftijd van verzoeker is eenmalige vervanging van de neurostimulator geen onredelijke eis.
- 4.9. Met betrekking tot de voorgestelde schikking merkt verzoeker het volgende op. Het (telefonisch) gedane voorstel kwam voor hem als een verrassing, gelet op de vasthoudendheid van de ziektekostenverzekeraar. Verzoeker heeft verzocht het voorstel op schrift te stellen. Reeds vóór de ontvangst hiervan werd hem verzocht zijn rekeningnummer door te geven, zodat het in het kader van de onderhavige procedure betaalde entreegeld kon worden vergoed. Verzoeker heeft dit als druk ervaren. Bovendien werd de commissie door de ziektekostenverzekeraar al bericht dat het geschil was opgelost. Dit was op dat moment uitdrukkelijk niet het geval, aangezien verzoeker nog in afwachting was van de schriftelijke bevestiging van de schikking.
- 4.10. Ter zitting is door verzoeker zijn standpunt herhaald.
- 4.11. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. Een tinnitusbehandeling met neurostimulatie wordt niet als gebruikelijk in de internationale kring der beroepsgenoten aangemerkt. Dit betekent dat de kosten hiervan en alle overige kosten die betrekking hebben op deze behandeling (controlebezoeken e.d.) niet voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking komen.
- 5.2. Door de vorige verzekeraar van verzoeker is toestemming verleend voor de onderhavige behandeling. De achtergronden hiervan zijn de ziektekostenverzekeraar onbekend. Sinds 1 januari 2006 is verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd. Aangezien hij beschikte over toestemming voor een tinnitusbehandeling, is door de ziektekostenverzekeraar besloten deze over te nemen, met de aantekening dat de voortgezette behandeling tot een maximumbedrag voor vergoeding in aanmerking komt. Bij brief van 4 februari 2008 is verzoeker er nadrukkelijk van op de hoogte gesteld dat hij nog éénmaal toestemming zou krijgen voor de tinnitusbehandelingen tot maximaal € 5.000,-. Daarnaast is hij geïnformeerd dat de kosten van eventuele vervolgbehandelingen niet voor vergoeding in aanmerking komen. Het UZA is destijds per faxbericht geïnformeerd dat verzoeker voortaan nog slechts aanspraak kan maken op de tinnitusbehandelingen met inachtneming van genoemde maximale vergoeding.
- 5.3. Op 27 februari 2013 heeft verzoeker een declaratie aangaande een tinnitusbehandeling in het UZA ingediend. Aan de hand hiervan is het de ziektekostenverzekeraar gebleken dat over de jaren 2008 tot en met 2012 een totale vergoeding van € 10.094,86 aan verzoeker is verleend voor de tinnitusbehandelingen in het UZA. Naar aanleiding van deze vergoedingen is een controle uitgevoerd op het zorgdossier van verzoeker. Hieruit kwam naar voren dat aan verzoeker op 2 juni 2009 toestemming is verleend voor de revisie van de neurostimulator, een en ander door middel van afgifte van een E112-formulier. Op grond van dit formulier had verzoeker toestemming voor de zorg in de periode van 2 juni 2009 tot en met 31 augustus 2009. Mede gelet op de brief van 4 februari 2008 had de ziektekostenverzekeraar deze toestemming echter niet mogen verlenen.
- 5.4. Het UZA is een door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder. De verschillende behandelingen die verzoeker aldaar heeft ondergaan zijn door het UZA gedeclareerd onder de noemer "gecontracteerde zorg".
- 5.5. De ziektekostenverzekeraar erkent dat fouten zijn gemaakt met betrekking tot het dossier van verzoeker, en biedt hiervoor excuses aan. Er is echter geen aanleiding verzoeker (ook) in de toekomst een vergoeding te verlenen voor de kosten van de tinnitusbehandelingen. Naast het feit dat deze behandelingen niet gebruikelijk zijn in de kring der beroepsgenoten, is zowel verzoeker als het UZA op de hoogte gesteld van de maximale vergoeding van € 5.000,- en het feit dat de kosten van eventuele vervolgbehandelingen niet meer voor vergoeding in aanmerking komen.
- 5.6. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker een schikkingsvoorstel gedaan, inhoudende dat de kosten met betrekking tot consulten, controlebezoeken en overige onderzoeken in verband met de tinnitusbehandelingen worden vergoed. Als een operatieve ingreep dient plaats te vinden, moet verzoeker dit vooraf, ondersteund door een verklaring van de behandelend arts, aanvragen. De achtergrond hiervan is dat alle zorg die rechtstreeks voortvloeit uit de plaatsing van het huidige implantaat, voor vergoeding in aanmerking komt. Ook eventuele ingrepen ter behoud van de werking van het huidige apparaat, zoals het vervangen van batterijen en behandeling bij een eventuele infectie, vallen hier onder. Indien echter het huidige apparaat wordt vervangen, is naar de mening van de ziektekostenverzekeraar sprake van een nieuwe aanvraag die buiten de verleende toestemming valt. Deze behandeling zal alsdan worden beoordeeld. Het schikkingsvoorstel is door verzoeker afgewezen. De nota met factuurdatum 23 februari 2013 is evenwel aan hem vergoed.
- 5.7. De ziektekostenverzekeraar vat het verzoek in de onderhavige procedure op dat (a) de nota van € 19,90 wordt vergoed, en (b) wordt toegezegd dat alle tinnitusbehandelingen in het UZA worden vergoed. Met betrekking tot het genoemde onder (a) wijst de ziektekostenverzekeraar erop dat deze nota is vergoed zodat verzoeker op dit punt geen belang meer heeft bij de onderhavige procedure. Met betrekking tot het genoemde onder (b) stelt de ziektekostenverzekeraar dat deze toezegging niet kan worden gegeven. Van behandelingen die verzoeker in de toekomst zal ondergaan, zal individueel moeten worden beoordeeld of deze alsdan onder de dekking van de

zorgverzekering vallen. Aangezien niet met zekerheid kan worden gezegd welke behandelingen verzoeker waar, wanneer en waarom zal ondergaan, kan het nu enkel bij gissen blijven. Het is onmogelijk te beoordelen of deze behandelingen te zijner tijd behoren tot de stand van de wetenschap en praktijk, of verzoeker op elk van deze behandelingen is aangewezen, of deze doelmatig zijn, en welk deel van de kosten van de behandelingen voor vergoeding in aanmerking komt. Het doen van een toezegging voor de toekomst, laat staan het afgeven van de blanco cheque zoals verzoeker wenst, kan in redelijkheid niet van de ziektekostenverzekeraar worden gevergd.

5.8. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar erkend dat de machtiging destijds is overgenomen, zonder beperkingen. Onderhavige zorg is echter niet gebruikelijk. Omdat sprake is van een lopende behandeling, worden de kosten toch vergoed. Er wordt geen garantie voor de toekomst gegeven. Het is weliswaar mogelijk dat de neurostimulator alsdan wel als gebruikelijk wordt aangemerkt, maar het tegendeel is ook mogelijk. De brief waarin de vergoeding wordt gemaximeerd tot € 5.000,- is voor de ziektekostenverzekeraar niet reproduceerbaar. Voorts verklaart de ziektekostenverzekeraar dat hem niet bekend is dat het bedrag van € 25.000,- voor de huidige stimulator nimmer door hem is betaald.

5.9. 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 (2012-2013) 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 is gehouden de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.

8.2. De zorgverzekering betreft een restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen B9 tot en met B36 (2012) en de artikelen B9 tot en met B38 (2013) van de zorgverzekering.

8.3. Artikel B24 van de zorgverzekering (2012) bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

(...)

Welke zorg

U heeft recht op vergoeding van kosten van:

- onderzoek en diagnostiek,*
- behandeling,*
- materialen die de medisch specialist gebruikt, zoals geneesmiddelen, verbandmiddelen of hulpmiddelen (...)*

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 specialistische zorg biedt. (...)

Verwijzing en toestemming

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

Artikel B24 van de zorgverzekering (2013) is gelijkloidend.

8.4. Artikel B4.1 van de zorgverzekering (2012) luidt, voor zover hier van belang:

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

Artikel B4.1 van de zorgverzekering (2013) is gelijkloidend.

8.5. Artikel B9 van de zorgverzekering (2012) regelt de aanspraak op vergoeding van de kosten van zorg in het buitenland, en 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 kiest voor een niet gecontracteerde zorgaanbieder in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ), krijgt u die vergoeding van kosten van zorg die u zou krijgen als u in Nederland zou kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder in de geestelijke gezondheidszorg. 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 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 één nacht in een ander land dan uw woonland, heeft u voorafgaande toestemming van [naam ziektekostenverzekeraar] 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. (...)"

Artikel B9 van de zorgverzekering (2013) is gelijkloidend.

8.6. De artikelen B4.1, B9 en B24 van de zorgverzekering (2012-2013) zijn volgens artikel B6 van de zorgverzekering (2012-2013) 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.

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.

Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv.

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 20 Vo. nr. 883/2004 luidt, voor zover hier van belang:

“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 sinds 2003 voor zijn tinnitusklachten onder behandeling bij het UZA. Indertijd is door zijn toenmalige verzekeraar toestemming verleend voor de eerste operatie, waarbij elektroden in het hoofd zijn geplaatst. Met ingang van 1 januari 2006 is verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd. Gesteld noch gebleken is dat na de tweede operatie - die in 2007 is uitgevoerd - en de revisie van de neurostimulator waarvoor op 2 juni 2009 een E112-formulier werd afgegeven, een aanvraag is gedaan voor verdere behandelingen in het UZA. Mogelijk zijn er, voorafgaand aan de behandelingen, telefonische contacten geweest, doch wat de inhoud van deze gesprekken is geweest en met wie deze zijn gevoerd staat onvoldoende vast om de conclusie te kunnen dragen dat door verzoeker een of meer aanvragen zijn gedaan. Hieruit volgt dat Vo. nr. 883/2004 buiten toepassing blijft, en dat het eventuele recht op vergoeding van de met deze behandelingen gemoede kosten moet worden beoordeeld aan de hand van de voorwaarden van de zorgverzekering.

9.2. Mede gelet op het standpunt van de ziektekostenverzekeraar, zal de commissie allereerst beoordelen of de onderhavige behandelingen voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk als bedoeld in artikel B4.1, en daarmee een verzekerde prestatie in het kader van de zorgverzekering vormen.

9.3. Bij de beantwoording van deze vraag sluit de commissie aan bij de in de medische wereld gangbare werkwijze waarbij het oordeel omtrent de gebruikelijkheid van medische behandelingen gebaseerd is op de beschikbare 'evidence' (hierna: bewijsvoering) omtrent die behandeling, die systematisch is gezocht en gewaardeerd volgens de principes van 'evidence-based medicine'. Dit is een proces van het systematisch zoeken, analyseren en kwalificeren van de bestaande onderzoeksbevindingen als basis voor een (klinische) beslissing, waarbij specifiek wordt gezocht naar de toepassing van de gevraagde behandeling bij de indicatie waarvoor de behandeling in het betreffende geval wordt gebruikt.

Deze zoekstrategie richt zich op de internationale medisch-wetenschappelijke databases, de nationale en internationale richtlijnen en adviezen, gepubliceerde meningen van experts op het betreffende vakgebied en de bevindingen van buitenlandse zorgverzekeraars en andere relevante instanties. Er wordt met deze werkwijze zo volledig mogelijk gezocht naar alle literatuur, onderzoeken, artikelen en gezaghebbende gepubliceerde meningen en opvattingen betreffende de nieuwe behandeling in binnen- en buitenland. Bij de selectie en beoordeling van de gevonden artikelen wordt het niveau van de bewijskracht van de bevindingen vastgesteld en vindt een kritische analyse van de gevonden publicaties plaats. Hierbij wordt onder meer bekeken

of een onderzoek methodologisch goed genoeg is om conclusies uit te trekken en bij de beslissingen te betrekken. Daarbij wordt er onder meer gelet op onderzoeksopzet, onderzoekspopulatie, controlegroep, randomisatie, blinding, mate van behandelingseffect, follow-up en statistische analyse.

- 9.4. 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.
- 9.5. Een onderzoek naar dergelijke kwalitatieve onderzoeken met betrekking tot neurostimulatie en microvasculaire decompressie bij tinnitus is door het CVZ reeds in 2007 uitgevoerd. In zijn standpunt van 27 juli 2007 heeft het CVZ geconcludeerd dat voornoemde behandelingen geen verzekerde prestatie in het kader van de zorgverzekering vormen, omdat deze niet conform de stand van de wetenschap en praktijk zijn. In het kader van onderhavige procedure heeft het Zorginstituut in zijn advies van 1 mei 2014 geconcludeerd dat neurostimulatie bij tinnitus niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en daarmee geen verzekerde zorg is. Deze conclusie neemt de commissie over en maakt zij tot de hare.
- 9.6. Het voorgaande leidt ertoe dat verzoeker geen aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van de tinnitusbehandelingen ten laste van de zorgverzekering. Zoals hiervoor is vermeld, heeft de ziektekostenverzekeraar op 8 mei 2007 toestemming verleend voor de implantatie van de neurostimulator. Hierbij is door de ziektekostenverzekeraar nadrukkelijk aangetekend dat vergoeding ten laste van de zorgverzekering niet mogelijk is, zodat sprake is van coulance. Op 2 juni 2009 is echter zonder meer een E112-formulier (thans: S2-formulier) verstrekt voor revisie van de neurostimulator. Aangezien afgifte van de dit formulier alleen aan de orde is indien de zorg of dienst behoort tot de verzekerde prestaties op grond van de zorgverzekering, is de vraag welke conclusies verzoeker hieraan mocht verbinden. Dienaangaande overweegt de commissie het volgende.

Werking privaatrecht

- 9.7. In het kader van de bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen is door de ziektekostenverzekeraar verklaard dat in 2007 onterecht toestemming is verleend, en dat verzoeker bij brief van 4 februari 2008 is medegedeeld dat nog éénmaal toestemming werd gegeven voor de tinnitusbehandelingen tot een bedrag van maximaal € 5.000,-. De commissie merkt in de eerste plaats op dat van een dergelijke mededeling niet is gebleken. Verzoeker heeft in dit verband ook uitdrukkelijk gesteld bedoelde brief uit 2008 nooit te hebben ontvangen, terwijl deze brief ook voor de ziektekostenverzekeraar niet reproduceerbaar bleek. Zodoende is niet aannemelijk gemaakt dat verzoeker in 2008 op de hoogte is gesteld van de gemaximeerde (coulance)vergoeding. Afgezien daarvan is, zoals hiervoor is overwogen, nadien - te weten op 2 juni 2009 - nog een E112-formulier afgegeven. Zou in 2008 inderdaad sprake zijn geweest van een gemaximeerde (coulance)vergoeding, dan had een dergelijke actie niet in de rede gelegen. Veeleer was dan een afwijzing in het kader van Vo. nr. 1408/71 (de voorganger van Vo. nr. 883/2004) aangewezen geweest, waarna de ziektekostenverzekeraar onverplicht toestemming had kunnen verlenen tot eerdergenoemd maximum. Dit is evenwel niet gebeurd.
- 9.8. De commissie is van oordeel dat onder de gegeven omstandigheden onverkorte toepassing van de verzekeringsvoorwaarden leidt tot een uitkomst die naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar. Wat betreft de eventuele toekomstige behandelingen is van belang dat het hier een inwendig hulpmiddel betreft. Nu de kosten van de implantatie zijn vergoed door de ziektekostenverzekeraar, zou het niet redelijk zijn indien de kosten van eventuele nog uit te voeren vervolghandelingen - althans voor zover verband houden met deze neurostimulator - niet worden vergoed. Hiermee zou de onderhavige neurostimulator, zoals verzoeker stelt, immers functieloos worden, hetgeen een onwenselijke situatie is. De ziektekostenverzekeraar dient derhalve, althans zolang verzoeker bij hem tegen ziektekosten is verzekerd, de kosten van de uitgevoerde

en nog uit te voeren behandelingen met betrekking tot de thans aanwezige neurostimulator te vergoeden. De volledige vervanging van de neurostimulator valt hier niet onder. Mocht dit aan de orde zijn, dan zal hiertoe een aanvraag moeten worden gedaan, en deze zal moeten worden beoordeeld aan de hand van de verzekeringsvoorwaarden van dat moment.

Voornoemde conclusie is door de ziektekostenverzekeraar reeds vervat in het gedane schikkingsvoorstel. Hieraan dient zodoende alsnog uiting te worden gegeven.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.9. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde, zodat de aanspraak niet op die grond kan worden ingewilligd.

Conclusie

- 9.10. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen, in die zin dat gedurende de looptijd van de verzekering de eventuele (onderhouds)behandelingen die verband houden met de huidige neurostimulator - waaronder nadrukkelijk niet de volledige vervanging van het hulpmiddel wordt verstaan - door de ziektekostenverzekeraar dienen te worden vergoed.

- 9.11. De commissie acht termen aanwezig dat de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,- aan verzoeker vergoedt.

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek toe op de wijze als beschreven onder 9.10.

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

Zeist, 9 juli 2014,

Voorzitter