



ANONIEM TUSSENUITSPRAAK

Partijen : A te B, tegen OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A. en OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar U.A., beide te Tilburg

Zaak : EU/EER, België, geneeskundige zorg, plasmaferesebehandeling, stand wetenschap en praktijk, indicatie

Zaaknummer : 201601549

Zittingsdatum : 5 april 2017

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2016, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2016, art. 20 Vo. nr. 883/2004)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

- 1) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg, en
 - 2) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg,
- 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 basis van de Zorg-op-maatpolis (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 50+ afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
De eveneens afgesloten aanvullende verzekering Tandarts is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een plasmaferese-behandeling, ondergaan te Gent, België (hierna: de aanspraak). Bij brief van 26 april 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen, maar dat de kosten van de behandeling uit coulance nog tot en met 31 december 2016 worden vergoed.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 14 juni 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar een nieuwe aanvraag ingediend, waarop de ziektekostenverzekeraar bij brief van 23 juni 2016 afwijzend heeft beslist.
- 3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.5. Bij brief van 23 september 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, waarbij de vergoeding ook na 31 december 2016 dient te worden gecontinueerd (hierna: het verzoek).

- 3.6. 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.
- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 25 november 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 1 december 2016 aan verzoeker gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 24 december 2016 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 4 januari 2017 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.9. Bij brief van 16 december 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 28 maart 2017 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016137893) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd een second opinion te laten verrichten teneinde vast te stellen of verzoeker een indicatie heeft voor plasmaferese. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 29 maart 2017 aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 5 april 2017 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.11. Na de hoorzitting is de ziektekostenverzekeraar gevraagd te onderzoeken of, in afwachting van de uitkomst van een uit te voeren second opinion, een coulancevergoeding mogelijk is. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 12 april 2017 medegedeeld niet over te gaan tot het verlenen van een coulancevergoeding. Een afschrift van deze brief is ter kennisname aan verzoeker gezonden.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. De behandelend neuroloog in Nederland heeft op 18 april 2006 ten aanzien van verzoeker verklaard: *"Anamnese. Hij komt weer ivm pijnklachten. Hij heeft nu vooral pijn in de benen. Hij moet gebukt lopen als hij opstaat. Hij heeft dan een stijf gevoel in de rug en in de benen. Hij heeft ook een gevoel van knobbels, knopen in de spieren van zijn benen. Het laatste half jaar wordt het steeds erger. Hij kan normaal een 500 meter lopen, maar met veel moeite nog een anderhalve kilometer. Hij heeft ook het gevoel alsof hij pantoffels aan heeft. Met tintelingen in de grote teen. Met Inhibin zijn de krampen in de benen minder geworden. Hij wordt er niet meer wakker van. Hij is net een paar weken in Thailand geweest met zijn vriendin. Status na herhaalde operatie van de rug met uiteindelijk een spondylodese. (...) Bespreking. Bij het EMG kwam onverwacht denervatie in meerdere spieren naar voren. Om een behandelbare oorzaak uit te sluiten, heb ik nu nog een M.R.I. van de totale wervelkolom en uitgebreid bloedonderzoek aangevraagd, maar dat heeft niets opgeleverd, behalve een vernauwing in de rug. Ik heb hem uitgelegd dat er denervatie gevonden is, die op een spierziekte wijst, maar dat ik dit niet kan verklaren. Ik heb hem nu voor een 2e mening naar Prof.dr. (...) verwezen. (...)"*.
- 4.2. De behandelend nefroloog in België heeft op 9 juni 2015 ten aanzien van verzoeker verklaard: *"[Verzoeker] wordt elke 2 weken in ons centrum behandeld met therapeutische plasmaferese. Deze behandeling gebeurt op voorschrift van de neuroloog ter behandeling van een auto-immuun kramp fasciculatiesyndroom. De sessies verlopen vlot. De rechter elleboog wordt meestal gebruikt als aanvoer (18G), de teruggave gebeurt thv de linkervoorarm (18G). Er wordt 3.2 L uitgewisseld waarvan 2.8 L SOPP en 0.8L fysiologisch. Anticoaggulatie wordt bekomen met ACDA. We gebruiken een centrifugaal techniek. (...)"*.

- 4.3. De behandelend neuroloog in België heeft op 28 juni 2016 ten aanzien van verzoeker verklaard: *“Patiënt blijft een duidelijke verbetering van enerzijds de krampen, doch vooral van de spierzwakte in de onderste ledematen ervaren door Plasmaferese. Dit effect gaat partieel weer teniet in de 2de week van het interval, en progresseert dan nog verder. Nu is er een geschil ontstaan met CZ omtrent de terugbetaling van Plasmaferese. Een aantal artikelen waarin duidelijk de efficaciteit en de expertopinie betreffende Plasmaferese-behandeling van deze entiteit beschreven is, werden aan patiënt bezorgd. Actueel kunnen een aantal antilichamen worden bepaald die deze aandoening veroorzaken. 10 jaar geleden toen de diagnose bij deze man werd gesteld, was het bestaan van deze antilichamen onbekend. Na intraveneuze immunoglobuline- en Plasmaferesebehandeling is het zinloos deze antilichamen nu nog te gaan bepalen. Er is trouwens een continue evolutie. Er is geen twijfel aan de efficaciteit van de behandeling, de wetenschappelijke grond ervoor is onbetwistbaar en ik ondersteun ten volle het beroep van patiënt tegen de beslissing van CZ om deze Plasmaferesebehandeling niet meer te vergoeden. Onderbreken van de behandeling zal tot rolstoelgebonden situatie leiden. Actueel is patiënt nog partieel tewerk gesteld gedurende enkele halve dagen per week”.*
- 4.4. Verzoeker is sinds november 2007 onder behandeling in Gent, nadat hij door zijn Nederlandse neuroloog naar dit ziekenhuis was verwezen voor een second opinion. De behandelingen met plasmaferese die aldaar worden uitgevoerd, zijn steeds door de ziektekostenverzekeraar vergoed. Eerst bij de laatste aanvraag volgde een afwijzing, en deelde de ziektekostenverzekeraar verzoeker mede enkel nog op basis van coulance een vergoeding te verlenen tot eind 2016. Verzoeker heeft echter zeer veel baat bij de behandelingen, en deze zorgen ervoor dat hij mobiel blijft. De behandelingen zijn zeer intensief en bestaan uit het aangesloten zijn op twee infusen gedurende drieënhalf uur. Zij dienen elke twee tot drie weken te worden herhaald. Indien verzoeker de behandelingen staakt, zal hij naar alle waarschijnlijkheid rolstoelafhankelijk worden. Het vormt voor hem geen optie de behandelingen zelf te bekostigen, aangezien hij slechts een AOW-uitkering en een klein pensioen ontvangt.
- 4.5. Ter zitting is door verzoeker verklaard dat hij graag de door het Zorginstituut geadviseerde second opinion in het Erasmus MC wil laten uitvoeren. Volgens de ziektekostenverzekeraar is ooit een behandeling in Thailand vergoed, maar dit is niet juist, aangezien hiervoor een zodanig hoge eigen bijdrage van toepassing was dat verzoeker de behandeling niet heeft laten plaatsvinden. Verzoeker begrijpt niet dat hij in tien jaar tijd nog nooit is gezien door een arts van de ziektekostenverzekeraar. Zijn situatie gaat achteruit. Op sommige momenten is hij verlamd in beide benen. Vóór de zomer zal hij waarschijnlijk in een rolstoel zitten. De vraag is of deze ontwikkeling nog is terug te draaien. Hij heeft zijn appartement al moeten verkopen.
- 4.6. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. Uit de brieven van de behandelend medisch-specialisten volgt dat verzoeker bekend is met demyeliniserende polyneuropathie en neuromyotonie. De behandelend neuroloog in Nederland heeft verzoeker destijds voor een second opinion verwezen naar de neuroloog in Gent. Aldaar is de diagnose "auto-immuun gemedieerde perifere neuromusculaire hyperexcitabiliteit" gesteld. Toegelicht wordt dat sinds 2007 chronische therapeutische plasmaferese wordt toegepast. Door de Belgische arts is verklaard dat de indicatie "auto-immuun kramp fasciculatiesyndroom" is gesteld, en hierbij is een gedateerd stuk van onbekende origine gevoegd betreffende "muscular twitching, cramp and peripheral nerve hyperexcitability (PNH)". In het stuk wordt toegelicht dat PNH een generalistische term is voor een spectrum van aandoeningen. De behandelend arts in België heeft medegedeeld dat het staken van de behandeling zal leiden tot rolstoelgebondenheid.
- 5.2. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar heeft een onderzoek verricht naar de toegepaste behandeling, en is aanvankelijk tot de conclusie gekomen dat deze bij de indicatie

van verzoeker geen zorg is conform de stand van de wetenschap en praktijk en daarmee geen verzekerde prestatie onder de zorgverzekering.

5.3. In het jaar 2010 heeft verzoeker een aanvraag ingediend voor een plasmaferesebehandeling in Thailand, die door de ziektekostenverzekeraar is goedgekeurd. In de aanvraag is vermeld dat verzoeker op dat moment al gedurende drie jaren plasmaferesebehandelingen onderging in Gent. De ziektekostenverzekeraar veronderstelt dat het Belgische ziekenhuis de kosten al die jaren via de bestaande overeenkomst bij hem heeft gedeclareerd. De ziektekostenverzekeraar ziet in dat geval niet om welke behandeling het gaat. Hierdoor is het in theorie mogelijk dat een behandeling die niet onder de dekking van de zorgverzekering valt toch wordt vergoed. Op 16 februari 2015 ontving de ziektekostenverzekeraar een aanvraag voor een nieuwe plasmaferesebehandeling, die in eerste instantie is afgewezen, omdat deze zorg bij de indicatie van verzoeker niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is. Naar aanleiding van een klacht hieromtrent is de behandeling echter alsnog vergoed, met als reden dat al vanaf 2007 een vergoeding was verleend. Hierop is in maart 2016 nogmaals een aanvraag ontvangen, die is afgewezen. Vanwege de vergoedingen in het verleden is uiteindelijk besloten een overgangstermijn te hanteren, en de kosten coulanchehalve te vergoeden tot en met 31 december 2016. De ziektekostenverzekeraar is evenwel niet bereid ook ná die datum een vergoeding te verlenen.

5.4. Gelet op het belang dat verzoeker heeft bij de behandelingen, heeft de ziektekostenverzekeraar hem geadviseerd contact op te nemen met Best Doctors voor een third opinion.

5.5. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar bevestigd dat de plasmaferesebehandeling conform de stand van de wetenschap en praktijk is, zij het niet bij de indicatie van verzoeker. Daarom is hij verwezen naar Best Doctors. Voor de second opinion die het Zorginstituut adviseert, kan verzoeker naar de huisarts gaan, die hem dan een verwijzing moet geven voor het Erasmus MC. De ziektekostenverzekeraar heeft een team dat kan bemiddelen bij een eventuele wachtlijst.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel A.22. van de zorgverzekering en van 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, en hierbij de vergoeding ook ná 31 december 2016 te continueren.

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 geregeld in de artikelen B.1. tot en met B.26. van de zorgverzekering.

8.3. Artikel B.4.2. van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg met opname bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"De zorg omvat:

- *medisch specialistische behandeling;*
- *opname in de laagste klasse van een instelling voor medisch specialistische zorg voor maximaal 3 x 365 dagen;*
- *opname, verpleging en verzorging;*
- *paramedische zorg (bijvoorbeeld fysiotherapie, oefentherapie, ergotherapie, logopedie, de geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen;*
- *laboratoriumonderzoek . (...)"*

8.4. Artikel B.2. van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

"Zorg: waar hebt u recht op?

Als u woont of verblijft in een Verdragsland en u krijgt daar zorg, of u verblijft tijdelijk in een ander Verdragsland (dat kan ook Nederland zijn!) en krijgt daar zorg, dan kunt u kiezen tussen:

- *zorg volgens de wettelijke regeling die in dat Verdragsland geldt op grond van de bepalingen van de EU-sociale zekerheidsverordening of het desbetreffende verdrag; of*
- *(vergoeding van) verzekerde zorg volgens de door u afgesloten zorgverzekering en zoals beschreven in artikel B.2.2. (...)"*

8.5. Artikel A.3.2. van de zorgverzekering luidt, voor zover hier van belang:

"(...) In deze verzekeringsvoorwaarden staat op welke dekking u recht hebt. Deze dekking omvat zorg die voldoet aan de volgende eisen: (...)

- *de inhoud en omvang van zorg worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk of door wat in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten; (...)*
- *u bent - gelet op uw indicatie - naar inhoud en omvang redelijkerwijs aangewezen op die zorg. De te verlenen zorg moet doelmatig zijn. (...)"*

8.6. De artikelen A.3.2., B.2. en B.4.2. van de zorgverzekering zijn volgens artikel A.2.4. van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.7. Artikel 11, eerste lid, 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, tweede lid, Bzv bepaalt dat de inhoud en omvang van de vormen van zorg en diensten mede worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk dan wel, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

Artikel 2.1, derde lid, Bzv bepaalt dat een verzekerde slechts recht heeft op een bepaalde vorm van zorg of een andere dienst voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

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 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 België, gegaan met het doel daar de onderhavige zorg te verkrijgen. Derhalve betreft het planbare zorg. Op deze situatie ziet artikel 20 van Vo. nr. 883/2004.

Verzoeker heeft voorafgaand aan de behandeling de ziektekostenverzekeraar om toestemming gevraagd. De ziektekostenverzekeraar heeft tijdig aan verzoeker medegedeeld dat hij van mening is dat bij de gegeven indicatie geen sprake is van zorg die conform de stand van de wetenschap en praktijk is, zodat de gevraagde toestemming op grond van de verordening terecht is geweigerd en ook op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering geen aanspraak op de zorg bestaat.


9.2. Ten aanzien van de vraag of een plasmaferesebehandeling voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk als bedoeld in artikel A.3.2. van de zorgverzekering zijn partijen niet langer verdeeld, en derhalve spitst een en ander zich toe op de indicatie. Met betrekking hiertoe heeft het Zorginstituut in het advies van 28 maart 2017 het volgende overwogen: *“(...) Zo werden volgens de brief van de neuroloog in het Universitair Ziekenhuis Gent d.d. 28 juni 2016 twee neurologische diagnoses gesteld, namelijk demyeliniserende polineuropathie en neuromyotonie. Daarnaast wordt in de brieven van het Universitair Ziekenhuis Gent over zowel de diagnose neuromyotonie als het kramp fasciculatiesyndroom gesproken. Het kramp fasciculatiesyndroom is echter geen indicatie voor plasmaferese. De medisch adviseur merkt verder op dat er informatie ontbreekt over het EMG of de follow-up hiervan. Neuromyotonie kon eerder niet gediagnosticeerd worden op de polikliniek bij Terneuzen op basis van de EMG bevindingen. Tot slot wordt er gesproken over auto-immuun gemedieerde PNH. Er zijn echter nooit antistoffen tegen VGKC bepaald, terwijl dit wel mogelijk is en onderdeel is van de diagnostiek. De medisch adviseur is daarom van oordeel dat verzoeker een second opinion dient te laten verrichten bij voorkeur op de polikliniek Neurologie in het Erasmus MC, omdat deze polikliniek voldoende expertise in huis heeft op het gebied van neuromusculaire aandoeningen. Tevens kunnen hier de antistoffen worden bepaald. Door het laten verrichten van een second opinion kan vervolgens beoordeeld worden of verzoeker een indicatie heeft voor chronische therapeutische plasmaferese. (...)”*

9.3. De commissie volgt het advies van het Zorginstituut en is van oordeel dat verzoeker een second opinion dient te laten uitvoeren op de polikliniek Neurologie van het Erasmus MC. In het kader van deze second opinion dienen de antistoffen te worden bepaald en moet worden nagegaan of verzoeker een (verzekerings)indicatie heeft voor chronische therapeutische plasmaferese. Daarnaast bepaalt de commissie dat verzoeker, voor zover hij problemen ondervindt bij het maken van een afspraak voor deze second opinion, een beroep kan doen op zorgbemiddeling door de ziektekostenverzekeraar.


 Zodra verzoeker de uitslag van de second opinion ontvangt, dient hij de commissie hierover per omgaande te berichten.

9.4. In afwachting van de uitkomst van de second opinion houdt de commissie iedere verdere beslissing aan.

10. Tussenuitspraak

 10.1. De commissie bepaalt dat verzoeker een second opinion dient te laten uitvoeren op de polikliniek Neurologie van het Erasmus MC teneinde de antistoffen te bepalen en na te gaan of hij een (verzekerings)indicatie heeft voor chronische therapeutische plasmaferese. Voor zover verzoeker problemen ondervindt bij het maken van een afspraak bij het Erasmus MC kan hij een beroep doen op zorgbemiddeling door de ziektekostenverzekeraar. Over de uitkomst van de second opinion dient verzoeker de commissie per omgaande te berichten. In afwachting hiervan houdt de commissie iedere verdere beslissing aan.

 Zeist, 5 juli 2017,

 J.A.M. Strens-Meulemeester