

BINDEND ADVIES

Partijen : **I A T E B T E G E N** 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. Het verdere verloop van het geding

- 2.1. De commissie verwijst voor de verzekeringssituatie, de bestreden beslissing, het verloop van het geding en de standpunten en conclusies van partijen naar de tussenuitspraak van 5 juli 2017. De commissie heeft in deze tussenuitspraak onder meer bepaald 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. Verzoeker heeft op 22 augustus 2017 het Erasmus MC bezocht, waarna op 22 september 2017 door de neuroloog de uitslag van de second opinion is toegelicht. Een afschrift hiervan is aan de ziektekostenverzekeraar gezonden, waarbij deze in de gelegenheid is gesteld hierop te reageren. De ziektekostenverzekeraar heeft van deze mogelijkheid geen gebruik gemaakt.
- 2.2. Bij brief van 13 oktober 2017 heeft de commissie het Zorginstituut afschriften van de aantekeningen van de hoorzitting en de na ontvangst van het voorlopig advies ontvangen stukken gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen en nagekomen stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. Bij brief van 31 oktober 2017 heeft het Zorginstituut aan de commissie het definitief advies uitgebracht. Hierin heeft het Zorginstituut medegedeeld dat de behandelend artsen hebben vastgesteld dat verzoeker last heeft van perifere neuromusculaire hyperexcitabiliteit (PNH), maar dat geen sprake is van spierzwakte aan de benen of een demyeliniserende polyneuropathie. Het Zorginstituut heeft op basis hiervan geconcludeerd dat niet is aangetoond dat verzoeker een indicatie heeft voor behandeling met plasmaferese, en heeft de commissie geadviseerd het verzoek af te wijzen.
- 2.3. Een afschrift van het definitief advies van het Zorginstituut is op 3 november 2017 aan partijen gezonden, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop te reageren. Verzoeker heeft bij e-mailbericht van 9 november 2017 op het advies van het Zorginstituut gereageerd. Een afschrift hiervan is op 10 november 2017 ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.

3. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 3.1. Naar aanleiding van het definitief advies van het Zorginstituut heeft verzoeker medegedeeld dat hij al ruim anderhalf jaar onder behandeling is van een neurochirurg in Nederland. Hij is reeds tweemaal geopereerd, namelijk in januari 2016 en op 20 oktober 2017. De neuroloog van het Erasmus MC stelt dat er problemen zouden zijn met de pijnpomp. Deze moet echter elke zeven jaar worden vervangen in verband met de levensduur van de batterij. Verzoeker heeft recent nog een functieonderzoek en een loopbandtest gedaan. Zijn prestaties op het gebied van lopen en traplopen zijn sinds de second opinion verder achteruit gegaan.
- 3.2. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

4. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft, daartoe in de gelegenheid gesteld, na de tussenuitspraak van 5 juli 2017 geen nader commentaar gegeven, zodat het standpunt als in de tussenuitspraak verwoord, wordt gezien als diens definitieve standpunt.
- 4.2. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

5. De bevoegdheid van de commissie

- 5.1. 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.

6. Het geschil

- 6.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de door verzoeker te Gent, België, ondergane behandelingen met plasmaferese te vergoeden, ook na 31 december 2016, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

7. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

- 7.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.
- 7.2. 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.
- 7.3. 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 . (...)"

- 7.4. 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. (...)"

- 7.5. 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: (...)

- u bent - gelet op uw indicatie - naar inhoud en omvang redelijkerwijs aangewezen op die zorg. De te verlenen zorg moet doelmatig zijn. (...)"

- 7.6. 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).

- 7.7. Artikel 11, eerste lid, Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft. Degene die is verzekerd op basis van een zuivere restitutiepolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten. Degene die is verzekerd op grond van een naturapolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit de zorg of overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Naast zuivere restitutiepolissen en naturapolissen bestaan er combinatiepolissen, waarbij de invulling van de zorgplicht per dekkingsrubriek verschilt. Verzekerden op basis van een zuivere restitutiepolis hebben, op grond van artikel 2.2, tweede lid, onder b, Bzv aanspraak op vergoeding van de betreffende kosten, tenzij deze hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden passend is te achten. Voor de naturapolissen en combinatiepolissen stelt de zorgverzekeraar, overeenkomstig artikel 13, eerste en tweede lid, Zvw, de vergoeding vast in het geval de verzekerde gebruik maakt van een niet door de zorgverzekeraar voor die zorg of dienst gecontracteerde aanbieder, en deze neemt hij op in zijn verzekeringsvoorwaarden. Hierbij houdt de zorgverzekeraar rekening met eventueel van toepassing zijnde eigen bijdragen. Medisch-specialistische zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv. 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.

- 7.8. 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 gereuleerde 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.

7.9. 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. (...)”

8. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 8.1. Zoals bij tussenuitspraak van 5 juli 2017 is overwogen, is verzoeker naar een andere EU-lidstaat, namelijk België, gegaan met het doel daar de onderhavige zorg te verkrijgen. Derhalve betreft het planbare zorg, als bedoeld in artikel 20 van Vo. nr. 883/2004. Verzoeker heeft voorafgaand aan de behandeling de ziektekostenverzekeraar om toestemming gevraagd. De ziektekostenverzekeraar is evenwel van mening dat geen sprake is van een (verzekerings)indicatie, zodat de gevraagde toestemming op grond van de verordening door hem is geweigerd en zijns inziens ook op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering geen aanspraak op de zorg bestaat. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.
- 8.2. De neuroloog van het Erasmus MC heeft verzoeker gezien in het kader van een second opinion, en heeft op 22 september 2017 over hem verklaard: *“(…) Bij patiënt is sprake van een hyperexciteerbaarheidssyndroom van de perifere zenuw (PNH). Bij aanvullend onderzoek middels EMG (een halfjaar na staken plasmaferese) vinden wij geen aanwijzingen voor een onderliggende (demyelinerende) polyneuropathie als oorzaak voor een secundair PNH. Er is bij neurologisch onderzoek geen sprake van spierzwakte aan de benen. Aanvullend laboratoriumonderzoek toont niet de nu bekende antistoffen die geassocieerd zijn met een primair immuungemedieerd PNH. We bespraken uitgebreid dat wij op dit moment gezien dit klinisch beeld het beloop een halfjaar na staken therapie het normale zenuwgeleidingsonderzoek bij EMG en het ontbreken van antistoffen op dit moment geen indicatie zien voor behandeling met plasmaferese. De klachten van patiënt lijken ook multifactorieel bepaald, de klachten aan de benen kunnen mede gerelateerd zijn aan vasculaire claudicatio. Wij adviseerden in ieder geval een vervolggconsult bij de vaatchirurg. Patiënt geeft tevens aan dat er problemen zijn met de pijnpomp die moet worden aangepast. Wel adviseren we symptomatische behandeling van de spierkrampen, op dit moment is hij tevreden met de kinine. Wij verwezen patiënt terug naar de huisarts, uiteraard zijn wij bereid opnieuw mee te denken bij verandering van de klachten. (...)”*
- 8.3. Het Zorginstituut heeft in zijn definitief advies van 31 oktober 2017 geadviseerd tot afwijzing van het verzoek op de grond dat op basis van de beschikbare informatie niet is aangetoond dat verzoeker een indicatie heeft voor behandeling met plasmaferese. De commissie neemt het advies van het Zorginstituut over en maakt de conclusie hiervan tot de hare. Dit leidt ertoe dat verzoeker geen aanspraak heeft op de behandelingen met plasmaferese, ten laste van de zorgverzekering. Aangezien verzoeker geen indicatie heeft voor de door hem ondergane behandelingen, heeft hij tevens geen aanspraak op een vergoeding conform artikel 20 van Vo. nr. 883/2004, zodat de toestemming op basis van de verordening hem terecht door de ziektekostenverzekeraar is onthouden.

Indien de situatie van verzoeker na de second opinion is verslechterd - zoals door hem is gesteld - kan een nieuwe aanvraag worden gedaan.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 8.4. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor behandelingen met plasmaferese, zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden toegewezen.

Vergoeding in eerdere jaren

- 8.5. Vast staat dat de ziektekostenverzekeraar vanaf november 2007 een vergoeding heeft verleend voor de behandelingen met plasmaferese die verzoeker vanaf dat moment onderging. De achtergrond hiervan is door de ziektekostenverzekeraar toegelicht. Door de ziektekostenverzekeraar is verder gesteld, en door verzoeker niet bestreden, dat in 2015 een aanvraag voor deze behandeling is afgewezen. Na een klacht hierover is de vergoeding echter verlengd. In april 2016 is een nieuwe aanvraag ingediend, die wederom is afgewezen. Opnieuw is de vergoeding na een klacht van verzoeker voortgezet, namelijk tot en met 31 december 2016, waarbij het onverplichte karakter hiervan aan verzoeker is medegedeeld.

Gelet op het voorgaande was verzoeker reeds in 2015 ermee bekend dat hij op basis van de voorwaarden van de zorgverzekering geen recht heeft op vergoeding van de kosten van de behandelingen met plasmaferese. Aangezien een ruime overgangstermijn in acht is genomen, is de commissie van oordeel dat de ziektekostenverzekeraar in redelijkheid kon besluiten de - onverplichte - vergoeding met ingang van 1 januari 2017 te beëindigen.

Conclusie

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

9. Het bindend advies

- 9.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 6 december 2017,

J.A.M. Strens-Meulemeester