

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C te D en E te F
Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, operatie hallux rigidus met
minimaal invasieve techniek, stand wetenschap en praktijk
Zaaknummer : 2011.00588
Zittingsdatum : 22 februari 2012

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. H.P. Ch. van Dijk)

(Voorwaarden zorgverzekering 2011, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2011)

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoekster,

tegen

1) C te D en

2) E te F

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] Zorgverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen [naam ziektekostenverzekeraar] Uitgebreid en [naam ziektekostenverzekeraar] Tandengaaf 250 afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een operatie in verband met hallux rigidus, uitgevoerd te Alicante (Spanje) (hierna: de aanspraak). Bij brief van 24 februari 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.

3.2. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.

3.3. Bij brief van 27 september 2011 heeft verzoekster 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).

3.4. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 37,- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

- 3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 30 november 2011 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 1 december 2011 aan verzoekster gezonden.
- 3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 16 januari 2012 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.7. Bij brief van 1 december 2011 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 20 december 2011 heeft het CVZ (zaaknummer 2011125874) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat de onderhavige operatie ter correctie van hallux rigidus/hallux valgus geen zorg is conform de stand van de wetenschap en praktijk, en daarmee geen verzekerde prestatie. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.8. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 22 februari 2012 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.9. Bij brief van 23 februari 2012 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of het verslag aanleiding geeft tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 27 februari 2012 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
 - 4.1. Verzoekster is bekend met hallux rigidus. Zij heeft in Alicante een operatie ondergaan die door middel van een minimaal invasieve techniek is uitgevoerd. Deze methode is wetenschappelijk onderbouwd en conform de stand van de wetenschap en praktijk. De in Nederland gehanteerde methode heeft vaak weinig effect en schadelijke bijwerkingen. De in Alicante uitgevoerde ingreep is goedkoper en effectiever.
 - 4.2. Andere verzekeraars vergoeden de ingreep wel ten laste van de zorgverzekering. Verzoekster is van mening dat de ziektekostenverzekeraar de medische vooruitgang niet kan tegenhouden met het argument dat een methode “niet gebruikelijk” is.
 - 4.3. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat de scheefstand van de teen een gevolg is van letsel, en dat hieraan de naam hallux valgus/hallux rigidus is verbonden. Het gaat niet om een standaardoperatie van een hallux valgus. De minimaal invasieve techniek wordt in Nederland niet toegepast, maar in het buitenland wel. Volgens een uitspraak van het Europese Hof moet zorg in Europa toegankelijker worden.
 - 4.4. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De bij verzoekster toegepaste techniek ter behandeling van hallux rigidus is niet conform de stand van de wetenschap en praktijk, en vormt om die reden geen verzekerde prestatie. Indien andere verzekeraars de ingreep wel ten laste van de zorgverzekering vergoeden, handelen zij in strijd met de regelgeving.
- 5.2. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat op de aanvraag van de arts in Alicante is vermeld dat het gaat om een behandeling van hallux rigidus en hallux valgus. De minimaal invasieve techniek is niet conform de stand van de wetenschap en praktijk.
- 5.3. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is 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 restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in 'Hoofdstuk B Beschrijving zorg in hoofdverzekering' van de zorgverzekering.
- 8.3. Artikel B.4.2. van 'Hoofdstuk B Beschrijving zorg in hoofdverzekering' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"B.4.2.1. Omschrijving van de zorg

Deze zorg omvat:

- a. behandeling zoals medisch specialisten die plegen te bieden zonder dat opname plaatsvindt;*
- b. verpleging, de geneesmiddelen, de hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen.*

Behandelingen van plastisch chirurgische aard vallen niet onder dit artikel maar artikel B.4.4. (...)"

- 8.4. Artikel A.3.2. van 'Hoofdstuk A Algemene voorwaarden hoofdverzekering en aanvullende verzekeringen' van de zorgverzekering luidt, voor zover hier van belang:

"In deze verzekeringsvoorwaarden hebben wij omschreven op welke dekking u recht hebt. De inhoud en omvang van deze 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. Verzekerd is die zorg die onder de dekking van uw verzekering valt en waarop u naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen."

- 8.5. De artikelen B.4.2. van 'Hoofdstuk B Beschrijving zorg in hoofdverzekering' en A.3.2. van 'Hoofdstuk A Algemene voorwaarden hoofdverzekering en aanvullende verzekeringen' van de zorgverzekering zijn volgens artikel A.2.4. van 'Hoofdstuk A Algemene voorwaarden hoofdverzekering en aanvullende verzekeringen' van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.6. 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.
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 en diensten.
- 8.7. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. De vraag is of de onderhavige ingreep bij de indicatie van verzoekster voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 9.2. 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 vol-

Iedig 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.

- 9.3. 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.

- 9.4. Een onderzoek naar dergelijke kwalitatieve onderzoeken met betrekking tot de minimaal invasieve techniek bij hallux rigidus is door het CVZ uitgevoerd, en de bevindingen hiervan zijn in het advies van 20 december 2011 verwoord. De conclusie van het advies is dat de onderhavige operatie ter correctie van hallux rigidus/hallux valgus geen zorg is conform de stand van de wetenschap en praktijk en daarmee geen verzekerde prestatie. Deze conclusie neemt de commissie over en zij maakt deze tot de hare.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.5. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor de onderhavige ingreep, zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden toegewezen.

Vergoeding door andere verzekeraars

- 9.6. Zorgverzekeraars dienen op basis van de polisvoorwaarden te toetsen of een verzekerde in aanmerking komt voor (vergoeding van) zorg of overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Alle zorgverzekeraars in Nederland zijn met betrekking tot de inhoud van de zorgverzekering gebonden aan de regelgeving. Zij mogen niet meer of minder bieden dan de regelgeving hen toestaat. Zulks brengt met zich dat een zorgverzekeraar niet gehouden is over te gaan tot vergoeding of verstrekking van zorg als de polisvoorwaarden van de zorgverzekering hiervoor geen dekking bieden, ook niet als andere zorgverzekeraars dat – om welke reden ook – wel doen. Slechts indien de ziektekostenverzekeraar een beleid voert waarbij meer wordt vergoed of verstrekt

dan volgens de regelgeving inzake de zorgverzekering is toegestaan kan verzoekster op dat beleid een beroep doen. Aangezien verzoekster zich slechts beroept op het beleid van een andere zorgverzekeraar, kan haar dat – zo al van een dergelijk beleid aldaar sprake is – niet baten.

Conclusie

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

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 7 maart 2012,

Voorzitter