

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C te D en E te F
Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, operatie hallux valgus met
minimaal invasieve techniek, stand wetenschap en praktijk
Zaaknummer : 2010.02669
Zittingsdatum : 31 augustus 2011

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 2010, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2010)

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 was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering [naam ziektekostenverzekeraar] Uitgebreid Vitaal afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide 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 vergoeding van de kosten van een operatie in verband met hallux valgus, uitgevoerd te Alicante (Spanje) (hierna: de aanspraak). Bij brief van 8 september 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 5 november 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster 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 4 mei 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).
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 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 stuk-

ken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 22 juni 2011 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 23 juni 2011 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 6 juli 2011 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 23 juni 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 22 augustus 2011 heeft het CVZ (zaaknummer 2011066930) 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 behandeling ter correctie van hallux valgus met een combinatie van een proximale phalanx osteotomie (door middel van de Akin procedure), met exostectomie en weke delen behandeling (door middel van de Silver procedure), die wordt uitgevoerd via een minimaal invasieve operatietechniek, niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is, en daarmee geen verzekerde prestatie. Een afschrift van het CVZ-advies is op 24 augustus 2011 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 31 augustus 2011 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 1 september 2011 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 12 september 2011 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. De behandelend arts heeft het volgende verklaard: *"Prior to our physical and aided exploration (...) [w]e diagnose [verzoekster] with Hallux Valgus (H.V.) as well as 2nd and 3rd claw toes on both feet. We recommend surgery for the Hallux Valgus on both feet with Minimally Invasive Techniques (M.I.S.). (...) To correct the 2nd and 3rd claw toes on both feet, we propose M.I.S. techniques working only on soft tissues. (...)"*
- 4.2. Verzoekster stelt dat zij in Spanje is geopereerd aan hallux valgus door middel van een minimaal invasieve techniek. Deze operatie wordt poliklinisch uitgevoerd, en is erop gericht de patiënt de zelfde dag lopend de kliniek te doen verlaten. In tegenstelling tot de open techniek, kent de operatie met de minimaal invasieve techniek geen zeer invaliderend genezingsproces. Bovendien bestaan voor deze ingreep geen wachttijden en zijn de kosten ervan relatief laag. De arts die de ingreep uitvoert is hierin zeer gespecialiseerd. Omdat de operatie in meerdere landen al jaren met succes wordt toegepast, is deze conform de stand van de wetenschap en praktijk.

- 4.3. Verzoekster heeft vernomen dat andere verzekeraars de ingreep wel vergoeden. Aangezien deze verzekeraars zich net als de ziektekostenverzekeraar baseren op de Zorgverzekeringswet, dient ook de ziektekostenverzekeraar de ingreep te vergoeden.
- 4.4. Verzoekster heeft voorafgaand aan de ingreep telefonisch contact gehad met een medewerker van de ziektekostenverzekeraar. Tijdens dit gesprek is bij verzoekster het vertrouwen gewekt dat de ingreep zou worden vergoed. Er werd op luchtige toon gezegd dat zij een aanvraag kon indienen.
- 4.5. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat elke verzekeraar zich aan de voorwaarden van de zorgverzekering moet houden. De ziektekostenverzekeraar stelt zich ten onrechte op het standpunt dat niet hoeft te worden gekeken naar vergoedingen die zijn verleend door andere verzekeraars. Er is sprake van willekeur. De overheid mag dit niet toelaten. Verzoekster vindt het vreemd dat de ziektekostenverzekeraar tijdens de behandeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen heeft geweigerd vrijwillig advies te vragen aan het CVZ. Verzoekster merkt op dat de bij haar uitgevoerde ingreep beter is dan het alternatief. Zo is er een sneller herstel en treden minder pijnklachten op. Vriendinnen van verzoekster ondergingen de standaardbehandeling en kregen last van pijn en recidive. Verzoekster merkt over het CVZ-advies op dat zij zich niet kan voorstellen dat geen studies op B-niveau beschikbaar zijn.
- 4.6. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt dat een operatie aan hallux valgus met de minimaal invasieve techniek niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is. Hoewel de ingreep al enige jaren wordt uitgevoerd en hierover veel is gepubliceerd, zijn de veiligheid en effectiviteit nog niet op voldoende niveau aangetoond.
- 5.2. Indien andere verzekeraars de ingreep wel hebben vergoed, is dit ofwel uit coulance gebeurd dan wel in strijd met de regelgeving. De ziektekostenverzekeraar is niet gebonden aan door andere verzekeraars verleende vergoedingen.
- 5.3. Van het door verzoekster genoemde telefoongesprek is geen contactregistratie terug te vinden. De beschrijving van dit gesprek door verzoekster is overigens niet aan te merken als een mondelinge toezegging. Dat verzoekster een andere uitkomst had verwacht door de luchtige toon van de medewerker is spijtig, doch leidt niet tot een andere beslissing.
- 5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat de medisch adviseur zelf onderzoek heeft gedaan. Alle literatuur is daarin meegenomen, ook die uit het buitenland. Ook het CVZ heeft een search gedaan. In eerste instantie is geen vrijwillig advies gevraagd aan het CVZ. De reden daarvan was dat de ziektekostenverzekeraar zeker was van zijn standpunt. Uit het CVZ-advies dat aan de commissie is uitgebracht blijkt dat de ziektekostenverzekeraar gelijk heeft. Andere verzekeraars hebben deze ingreep misschien vergoed. Dit kan uit coulance zijn of op onjuiste gronden. De ziektekostenverzekeraar is hieraan niet gebonden. Er is geen sprake van willekeur, omdat de commissie erop toeziet dat verzekeraars de wet nale-

ven.

- 5.5. 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 de artikelen 19 tot en met 42 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering.

- 8.3. Artikel 20 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

*"Wij vergoeden medisch-specialistische zorg zonder opname.
Wij vergoeden de verpleging, de geneesmiddelen, de hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen."*

- 8.4. Artikel 18 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

"Als u in Nederland woont, hebt u recht op vergoeding van verzekerde zorg door een zorgaanbieder of zorginstelling buiten Nederland."

- 8.5. Artikel 2.5 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering bepaalt, voor zover hier van belang:

"In deze voorwaarden hebben wij omschreven voor welke behandelingen u recht hebt op vergoeding. De inhoud en omvang van deze zorg wordt 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 hebt recht op zorg waarop u naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen."

- 8.6. De artikelen 2.5, 18 en 20 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2.1 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering geba-

seerd 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.
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.
- 8.8. 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 een operatie in verband met hallux valgus met de minimaal invasieve techniek, zoals uitgevoerd bij 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 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.
- 9.3. Indien uit ten minste twee gerandomiseerd dubbelblind vergelijkend klinische onderzoeken, - dat zijn wetenschappelijke onderzoeken waarvan de objectiviteit, door wil-

leukeurige 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 onderhavige ingreep is door het CVZ uitgevoerd, en de bevindingen hiervan zijn in het advies van 22 augustus 2011 verwoord. De conclusie van het advies is dat de minimaal invasieve techniek bij hallux valgus niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is, en daarmee geen verzekerde prestatie op grond van de zorgverzekering. 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 door verzoekster genoten zorg, zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden toegewezen.

Vergoeding door andere verzekeraar

- 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.

Telefonische toezegging

- 9.7. Verzoekster heeft gesteld dat bij haar, door een telefoongesprek met een medewerker van de ziektekostenverzekeraar, het vertrouwen is gewekt dat de ingreep zou worden vergoed, omdat haar op luchtige toon werd medegedeeld dat zij een aanvraag kon indienen. Verzoekster heeft geen naam genoemd van de betreffende medewerker dan wel de datum waarop het gesprek zou hebben plaatsgevonden. Overigens is de enkele mededeling dat een aanvraag kan worden ingediend niet aan te merken als een toezegging, inhoudende dat de ingreep zal worden vergoed.

Conclusie

- 9.8. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
- 10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 14 september 2011,

Voorzitter