

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen C en E beide te D
Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, naaldaponeurotomie bij M. Dupuy-
tren
Zaaknummer : 2010.00968
Zittingsdatum : 27 oktober 2010

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 2009, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2009)

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoeker,

tegen

1) C en

2) E beide te D

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De bestreden beslissing

Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar verzocht om vergoeding van een “naald-aponeurotomie thv digit IV rechts, III en IV links”, te ondergaan in Brussel (België) (hierna: de aanspraak), welke aanspraak bij beslissing van 5 januari 2010 is afgewezen.

3. Ontstaan en verloop van het geding

- 3.1. 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 IdeaalPakket afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 18 maart 2010 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 27 juni 2010 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 ad € 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 stuk-

ken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 27 augustus 2010 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 30 augustus 2010 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 1 september 2010 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 22 september 2010 telefonisch medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 30 augustus 2010 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 16 september 2010 heeft het CVZ (zaaknummer 2010110299) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, toe te wijzen op de grond dat de uitvoerend arts als voldoende bekwaam mag gelden om deze behandeling toe te passen. Een afschrift van het CVZ-advies is op 17 september 2010 aan partijen gezonden. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren. Zij hebben van deze mogelijkheid geen gebruik gemaakt.
- 3.9. De ziektekostenverzekeraar is op 27 oktober 2010 telefonisch gehoord.
- 3.10. Bij brief van 28 oktober 2010 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. Bij brief van 30 november 2010 heeft het CVZ aan de commissie zijn definitieve advies uitgebracht. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld op dit advies te reageren. De ziektekostenverzekeraar en verzoeker hebben op 10 respectievelijk 21 december 2010 op het advies gereageerd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. De behandelend arts heeft bij verzoeker de “ziekte van Dupuytren” vastgesteld.
- 4.2. In 2009 hebben de drie behandelingen plaatsgevonden waarop verzoeker aanspraak maakt, overeenkomstig de wijze zoals in de aanvraag is vermeld.
- 4.3. Verzoeker stelt dat de conservatieve behandeling van de ziekte van Dupuytren een fasciectomy is. Door zo’n behandeling kan hij gedurende enige tijd niet werken. Hij heeft daarom gezocht naar een alternatief, dat hij heeft gevonden in de zogenoemde naaldaponeurotomie. Uit een uitspraak van de commissie van 18 april 2007 blijkt dat deze behandeling conform de stand van de wetenschap en praktijk is. Bovendien beschikt verzoeker over een geldige verwijzing van de huisarts. De arts in Brussel is bevoegd deze behandeling uit te voeren. Zij is fysisch geneeskundige en reumatoloog. Door de ziektekostenverzekeraar is onder andere een reumatoloog genoemd als een arts die de behandeling mag uitvoeren. Verzoeker heeft derhalve aan alle gestelde criteria voldaan.
- 4.4. Verzoeker 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 uit een advies van het CVZ blijkt dat de naald-aponeurotomie conform de stand van de wetenschap en praktijk is, doch dat slechts bij een beperkt aantal indicaties sprake is van verzekerde zorg. De ingreep moet worden uitgevoerd door een arts die zowel de open als de 'door de huid heen' techniek beheerst. De door verzoeker te Brussel geraadpleegde arts beheerst niet beide technieken, zodat deze niet geschikt is een naaldaponeurotomie uit te voeren. Om die reden is de aanvraag afgewezen.
- 5.2. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat de handelend arts heeft bevestigd dat zij alleen de percutane techniek beheerst. Het CVZ-advies is in strijd met hetgeen eerder is gesteld, namelijk dat de arts zowel de open als de percutane techniek dient te beheersen.
- 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 naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 19 tot en met 43 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering.
- 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:

"U hebt recht op medisch-specialistische zorg zonder opname.

U hebt recht op de verpleging, de geneesmiddelen, de hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen.

(...)

Het gaat om zorg die medisch-specialisten normaal gesproken verlenen. (...)

Artikel 11 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:

- a. verzekerde zorg in het buitenland door een zorgaanbieder of zorginstelling met wie wij een overeenkomst hebben gesloten;*
- b. vergoeding van kosten van verzekerde zorg door een zorgverlener of zorginstelling met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten.*

U krijgt dezelfde vergoeding als wanneer u in Nederland naar een zorgverlener of zorginstelling zou zijn gegaan met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten. (...)”

Artikel 17.5 van de ‘algemene voorwaarden’ van de zorgverzekering regelt de hoogte van de vergoeding, indien een verzekerde kiest voor een zorgverlener die niet door de ziektekostenverzekeraar is gecontracteerd en luidt, voor zover hier van belang:

“Gaat u naar een zorgverlener met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten terwijl u de passende zorg van goede kwaliteit tijdig kunt verkrijgen bij een zorgverlener met wie wij wel een overeenkomst hebben gesloten? In dat geval verlagen wij de vergoeding met 25 (vijfentwintig) percent. Wij vergoeden dus 75 (vijfenzeventig) percent van de zorg gerekend over het laagste van het volgende tarief/bedrag:

- a. het (maximum-)tarief dat op dat moment op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg is vastgesteld; of*
- b. het in Nederland geldende marktconform bedrag als er op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgesteld geen of een hoger (maximum-)tarief bestaat. Het “marktconform bedrag” is bij ons het tarief dat wij voor vergelijkbare zorg met zorgverleners in Nederland of in ons kernwerkgebied (Zuid-Nederland) hebben afgesproken en met wie wij een overeenkomst gesloten hebben. Zijn meerdere verschillende tarieven afgesproken, dan hanteren wij het gemiddelde van die tarieven. (...)”*

8.3. De artikelen 11, 17.5 en 20 van de ‘algemene voorwaarden’ van de zorgverzekering zijn volgens artikel 2.1 van de ‘algemene voorwaarden’ van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.4. Artikel 11, lid 1, 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 13 Zvw regelt de aanspraak op zorg indien een verzekerde kiest voor een zorgverlener die niet door de zorgverzekeraar is gecontracteerd.

8.5. 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. Niet in geschil is dat een naaldaponeurotomie, toegepast bij de ziekte van Dupuytren, zorg is conform de stand van de wetenschap en praktijk. Hetgeen partijen verdeeld houdt, is de vraag of de kwalificaties van de arts van verzoeker voldoen aan de criteria die zijn gesteld in de voorwaarden van de zorgverzekering.

- 9.2. Het CVZ heeft in een advies van 19 juli 2006 met betrekking tot deze behandeling het volgende toegelicht:

“De indicatie is beperkt tot minder ernstige patiënten, bij wie de afweging tussen de voordelen van de techniek (lichte ingreep, sneller herstel van de ingreep en sneller resultaat) opwegen tegen de nadelen (meer kans op onbevredigend resultaat en mogelijk meer kans op recidief). De indicatiestelling (dus de bovengenoemde afwegingen) en uitvoering hoort thuis bij artsen, die speciale kennis en bekwaamheid hebben bij de diagnostiek en behandeling van afwijkingen van de hand, en die zowel de open als de percutane techniek beheersen.”

- 9.3. Het CVZ heeft zijn standpunt en de uitleg hiervan in zijn advies van 16 september 2010 gehandhaafd. In het definitief advies van 30 november 2010 heeft het CVZ toegelicht dat het criterium ‘plegen te bieden’ in dit kader in Nederland aldus wordt uitgelegd dat met name plastisch chirurgen deze ingreep mogen uitvoeren. In België kan zulks anders zijn. Relevant is hierbij of naaldaponeurotomie in dat land volgens de standaard van de beroepsgroep waartoe de behandelend arts behoort aangeboden en toegepast wordt op een wijze die de beroepsgroep als professioneel juist beschouwt. In dat geval is sprake van zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden. Uit informatie van de ziektekostenverzekeraar blijkt dat de onderhavige behandeling in België op zeer beperkte schaal wordt aangeboden en dat twee van de drie artsen die deze uitvoeren artsen fysische geneeskunde zijn. Het kleine aantal behandelaars maakt het moeilijk te concluderen dat de naaldaponeurotomie behoort tot de zorg zoals artsen fysische geneeskunde die plegen te bieden, zeker nu kennelijk geen Belgische richtlijnen ter zake bestaan. Nu het CVZ echter – zowel in zijn advies van 16 september 2010 als in een eerder advies van 29 augustus 2006 – tot de conclusie is gekomen dat de behandelend arts voldoende bekwaam is deze techniek toe te passen, is de commissie van oordeel dat het verzoek dient te worden toegewezen.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.4. De commissie is gebleken dat de aanvullende ziektekostenverzekering geen dekking biedt voor een naaldaponeurotomie, zodat de bespreking van die verzekering hier verder achterwege kan blijven.

Conclusie

- 9.5. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen.

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek toe.

10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden een bedrag ad € 37,--.

Zeist, 19 januari 2011,

Voorzitter