

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vertegenwoordigd door E te F tegen C te D
Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, operatie hallux valgus met
minimaal invasieve techniek, stand wetenschap en praktijk
Zaaknummer : 2011.01654
Zittingsdatum : 12 oktober 2011

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door E te F

tegen

C te D hierna 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 Restitutie (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] Compleet en Tandengaaf 100% tot € 500,-- 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 vergoeding van de kosten van de behandeling in verband met hallux valgus en hamertenen in de San Roman Kliniek te Alicante (Spanje) (hierna: de aanspraak). Bij brief van 26 april 2011 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 10 juni 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. Bij brief van 6 juli 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 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 stukken gevoegd.

- 3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 6 september 2011 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 8 september 2011 aan verzoekster gezonden.
- 3.6. Verzoekster heeft op 14 september 2011 gereageerd op het in overweging 3.5 bedoelde standpunt van de ziektekostenverzekeraar. Een afschrift van deze reactie is op 16 september 2011 aan de wederpartij gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar hebben op respectievelijk 14 en 19 september 2011 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 8 september 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 19 september 2011 heeft het CVZ (zaaknummer 2011093425) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat minimaal invasieve chirurgie ter correctie van hallux valgus en hamer- / klauwtenen niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is, en daarmee geen verzekerde prestatie. Een afschrift van het CVZ-advies is op 22 september 2011 aan partijen gezonden. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren. Verzoekster heeft op 26 september 2011 op het CVZ-advies gereageerd. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de wederpartij gezonden.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
- 4.1. De huisarts van verzoekster heeft bij haar het volgende vastgesteld: "Patiënt heeft veel last van haar voeten, rechts meer dan links. Er is sprake van een Hallux valgus en met name de 2e en in mindere mate de 3e teen staan in hamerteenstand".
- 4.2. Verzoekster stelt dat zij zich niet kan vinden in de stelling van de ziektekostenverzekeraar dat minimaal invasieve chirurgie niet veilig is en dat deze behandeling niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is. Minimaal invasieve chirurgie is een snel ontwikkelde techniek die in Nederland en omliggende landen sinds lange tijd en in toenemende mate wordt toegepast onder meer bij hersenoperaties. De grote voordelen van deze techniek zijn met name het snellere herstel en een lager infectierisico. Het standpunt van de ziektekostenverzekeraar verbaast verzoekster te meer nu haar uit navraag bij andere zorgverzekeraars is gebleken dat deze een behandeling door middel van minimaal invasieve chirurgie wel vergoeden.
- 4.3. 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 verzoekster in de San Roman Kliniek is geopereerd aan hallux valgus en hamertenen door middel van de minimaal invasieve techniek. Deze techniekvorm voldoet niet aan de stand van de wetenschap en praktijk aangezien nog onvoldoende bewijs bestaat dat de behandeling op langere termijn veilig en doelmatig is. Een en ander blijkt onder meer uit de conclusie van een recente systematische review van Matfulli et al. De conclusie luidt dat het, gezien de beperking van case-series, niet mogelijk is heldere aanbevelingen te doen ten aanzien

van het reguliere gebruik van minimaal invasieve chirurgie bij een hallux valguscorrectie. Ook het National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) stelt dat er op dit moment nog te weinig en inconsistent bewijs is ten aanzien van de effectiviteit van de minimaal invasieve chirurgie voor de correctie van een hallux valgus.

- 5.2. 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 B.0 tot en met B.29 van de zorgverzekering. Artikel B.4.2 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat.

Voor zover hier van belang, luidt artikel B.4.2 als volgt:

“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.*
- (...)”*

- 8.3. In artikel B.2 van de zorgverzekering is de aanspraak op zorg in het buitenland opgenomen. Dit artikel luidt, voor zo ver hier van belang, als volgt:

“B.2.1. Wonen in Nederland en zorg in buitenland

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

(...)”

- 8.4. Artikel A.3.2 van de zorgverzekering bepaalt ten algemene:

“A.3.2. Inhoud en omvang van zorg

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 A.3.2, B.2 en B.4.2 van de zorgverzekering zijn volgens artikel A.3.1 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.
In artikel 2.1 lid 2 Bzv is geregeld dat de inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten mede worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij het 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. Aangezien door verzoekster voorafgaand aan de behandeling geen aanvraag is ingediend bij de ziektekostenverzekeraar, blijft Verordening 883/2004 buiten toepassing, en dient de beoordeling plaats te vinden op basis van de voorwaarden van de zorgverzekering. Mede gelet op het door de ziektekostenverzekeraar ingenomen standpunt, staat hierbij de vraag centraal of de door verzoekster ondergane behandeling, te weten een hallux valgus operatie en correctie van hamertenen aan beide voeten door middel van de minimaal invasieve techniek, voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en daarmee is te beschouwen als verzekerde prestatie.
- 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-

ledig 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 beroepsgeenoten.

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 19 september 2011 verwoord. De conclusie van het advies is dat de minimaal invasieve techniek bij hallux valgus en hamer- / klauwtenen niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is en daarmee geen verzekerde prestatie op grond van de zorgverzekering. De commissie neemt deze conclusie over en maakt deze tot de hare.

Vergoeding door andere ziektekostenverzekeraars

- 9.5. Ziektekostenverzekeraars dienen aan de hand van de polisvoorwaarden te toetsen of een verzekerde in aanmerking komt voor (vergoeding van) zorg of overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Alle ziektekostenverzekeraars 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 ziektekostenverzekeraar niet gehouden is over te gaan tot vergoeding of verstrekking van zorg als de voorwaarden van de zorgverzekering hiervoor geen dekking bieden, ook niet als andere ziektekostenverzekeraars 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 beroept op het beleid van andere ziektekostenverzekeraars, kan haar dat – zo al van een dergelijk beleid aldaar sprake is – niet baten.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.6. Aangezien de aanvullende ziektekostenverzekering geen dekking biedt voor het gevraagde, kan het verzoek op basis van die verzekering niet worden toegewezen.

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, 12 oktober 2011,

Voorzitter