



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen OHRA Zorgverzekeringen N.V. en OHRA Ziektekostenverzekeringen N.V., beide te Tilburg

Zaak : EU/EER, Spanje, geneeskundige zorg, operatie in verband met hallux valgus, stand wetenschap en praktijk

Zaaknummer : 201601377

Zittingsdatum : 21 december 2016

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden zorgverzekering 2014, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2014, art. 20 Vo. nr. 883/2004)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door C te D,
tegen

- 1) OHRA Zorgverzekeringen N.V. te Tilburg, en
- 2) OHRA Ziektekostenverzekeringen N.V. te Tilburg,
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 OHRA Zorgverzekering Restitutie (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 OHRA Extra Aanvullend afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De eveneens afgesloten aanvullende ziektekostenverzekering OHRA TandenGaaf 250 is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

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 brieven van 12 mei 2014 en 27 november 2014 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 brieven van 3 februari 2015 en 11 maart 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft bij brief van 10 augustus 2016 aan verzoekster medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling.
- 3.4. Bij brief van 30 augustus 2016 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 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.
- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 27 oktober 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 28 oktober 2016 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 10 november 2016 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 14 november 2016 schriftelijk medegedeeld eveneens in persoon te willen worden gehoord.
- 3.8. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10 lid 9 van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat de onderhavige zaak enkelvoudig wordt afgedaan.
- 3.9. Bij brief van 28 oktober 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 29 november 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016127458) 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 toegepaste operatietechniek niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is en daarmee geen verzekerde prestatie onder de zorgverzekering. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 30 november 2016 aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 21 december 2016 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.11. Bij brief van 23 december 2016 heeft de commissie het Zorginstituut een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 3 januari 2017 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen geen aanleiding vormen tot aanpassing van het advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. De behandelend arts in Spanje heeft op 27 augustus 2014 ten aanzien van verzoekster verklaard: *"Patient attended our clinic for a first time consult on 27st of August 2014, where, prior to our physical and aided exploration with X-rays, fluoroscope, vascular EcoDoppler and computerized foot study, we diagnosed [verzoekster] with Hallux Valgus on both feet. The intermetatarsal angle (IMA) degree of deformity of the patient were within the normal limits of deformity (...) and hence simple bunionectomy and hallux valgus angle correction with Akin technique were perfectly effective and both comply with the international standards (mainly American Orthopedist Association). Any other technique to correct the IMA would have been an option, but never compulsory. The excision of the bony prominence was excised with a single cut in a straight fashion according with the simple bunionectomy perform in Minor Foot Surgery. This was not done through a minimally invasive technique, which would require shaving the prominence. On the 27th of August 2014 we performed Hallux Valgus removal and angle correction on both feet applying the following minor foot surgical techniques:*
Hallux Valgus Technique (ICD-77.5):
- Simple bunionectomy with release of the adductor tendon from the proximal phalanx without excision of the fibular sesamoid. We apply a medical approach to the first MTP joint thus avoiding the dorsomedial cutaneous nerve. The medial eminence is excised.

- Osteotomy, shortening, angular or rotational correction; proximal phalanx, first toe. Midline incision medially on the proximal phalanx on the first digit. (...)".

- 4.2. Verzoekster heeft gedurende lange tijd last gehad van een forse hallux valgus aan beide voeten. De huisarts heeft haar doorverwezen voor behandeling. In eerste instantie heeft zij gezocht naar een behandel mogelijkheid in Nederland. De behandelend orthopeed in Nederland kon de behandeling uitvoeren, maar raadde deze niet aan, omdat de aandoening mogelijk zou terugkomen. Uiteindelijk is verzoekster in contact gekomen met de Clinica San Roman in Alicante, waar de behandelend arts haar met succes heeft behandeld.

Voorafgaand aan de behandeling heeft verzoekster contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar, en heeft zij geïnformeerd of de kosten van de ingreep voor vergoeding in aanmerking komen. De ziektekostenverzekeraar wilde voorafgaand aan de behandeling geen akkoordverklaring geven, omdat onvoldoende bewijs zou bestaan dat de voorgestelde operatie op de lange termijn goed en veilig is. Hierop heeft verzoekster gebeld met de ziektekostenverzekeraar, bij welke gelegenheid een medewerker haar vertelde dat zij na de operatie de factuur kon indienen, zodat deze kon worden beoordeeld.

De ingreep vond plaats op 27 augustus 2014, en de factuur ten bedrage van € 3.450,-- heeft verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar ingediend. Hierop volgde een afwijzing op de grond dat de uitgevoerde ingreep niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is. De ziektekostenverzekeraar gaat hierbij echter ten onrechte uit van de minimaal invasieve techniek. Gelet op de verklaring van de behandelend arts van 27 augustus 2014 is bij verzoekster niet de minimaal invasieve techniek toegepast, maar is een 'Minor Foot Surgery Technique' gebruikt.

- 4.3. Ter zitting is door verzoekster aangevoerd dat er ongenoegen bestaat over de wijze waarop de aanvraag is behandeld. De nota kon na afloop worden ingediend, en deze werd afgewezen op de grond dat het niet gaat om zorg conform de stand van de wetenschap en praktijk. De minimaal invasieve techniek is echter niet toegepast. Door de ziektekostenverzekeraar wordt niet ingegaan op de klachten die naar voren zijn gebracht. Er zijn stukken ingediend, namelijk het medical report. Verzoekster vraagt zich af waarom het uitmaakt of een arts een operatieverslag schrijft, of een verklaring afgeeft welke behandeling is uitgevoerd. De ziektekostenverzekeraar heeft geen gronden de vergoeding af te wijzen. In het advies van het Zorginstituut staat een compleet andere argumentatie dan tot nu toe door de ziektekostenverzekeraar is aangevoerd.

Verzoekster heeft voorafgaand aan de ingreep bij diverse mensen geïnformeerd. Bij een andere mevrouw werd de ingreep wel vergoed, en dat was twee jaar eerder. Zij vraagt zich daarom af wat er in de loop der tijd is veranderd.

- 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. Verzoekster heeft een aanvraag ingediend voor een operatie in verband met hallux valgus, waarvoor zij een verwijzing heeft gekregen van de huisarts. De ingreep heeft plaatsgevonden in Alicante, en de kosten bedragen € 3.450,--.

De behandelend arts heeft toegelicht dat hij - anders dan gebruikelijk in deze kliniek - geen 'minimally invasive foot surgery' heeft uitgevoerd, maar dat het ging om 'minor foot surgery'. Volgens hem is dit conform de internationale richtlijnen van de American Orthopedist Association. Aangezien uit de website van de betreffende kliniek blijkt dat zhier enkel de minimaal invasieve methode wordt toegepast, is de enkele mededeling van de behandelend arts na de ingreep dat het ging om een andere techniek, onvoldoende. Daarom is verzoekster gevraagd om het operatieverslag. Dit verslag is volgens de behandelend arts niet opgesteld, hetgeen vreemd is.

De ziektekostenverzekeraar gaat derhalve uit van de minimaal invasieve techniek. Van de betreffende techniek staat niet vast dat deze op de langere termijn goed en veilig is en derhalve conform de stand van de wetenschap en praktijk. Zorg die niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is, kan niet ten laste van de zorgverzekering worden vergoed.

5.2. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat verzoekster goed is geïnformeerd. Het gaat bij deze ingreep om de techniek die is toegepast. De kliniek staat erom bekend dat zij de minimaal invasieve techniek toepassen. Het is niet fijn om te horen dat verzoekster zich niet goed behandeld voelt. Uit het dossier is dit echter niet te herleiden. Als wordt gekeken naar de vraag of deze behandeling vergoed kan worden, geldt dat dit niet het geval is.

5.3. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. 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.

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.1. tot en met B.23. van de zorgverzekering.

8.3. Artikel B.4.3. van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg zonder opname bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“De zorg omvat medisch specialistische zorg zonder opname. Deze zorg omvat onder andere:

- *behandeling zonder dat opname plaatsvindt, zoals oogheeskundige zorg,*
- *aanleggen van gips;*
- *ECG-onderzoek.*

Zorg of middelen die onderdeel van de behandeling kunnen zijn:

- *de verpleging;*
- *de geneesmiddelen;*
- *de hulpmiddelen;*
- *de verbandmiddelen;*
- *laboratoriumonderzoek. (...)*

Zorgaanbieder

Een medisch specialist verleent de zorg.

Verwijzing

- *U bent voor aanvang van de behandeling verwezen door een huisarts, verloskundige, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, jeugdarts of bedrijfsarts.*
- *Als het gaat om oogaandoeningen mag u voor aanvang van de behandeling ook door een optometrist verwezen worden. (...)*

- 8.4. Artikel B.2. van de zorgverzekering regelt de aanspraak op zorg in het buitenland en luidt, voor zover hier van belang:

"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. (...)"*

- 8.5. Artikel A.3.2. van de zorgverzekering bepaalt, 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:

- de inhoud en omvang van 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; (...)"*

- 8.6. De artikelen A.3.2., B.2. en B.4.3. 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).

- 8.7. Artikel 11 lid 1 onderdeel b Zvw bepaalt dat de zorgverzekerder 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. 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 gereguleerde vorm van schadeverzekering. Het staat de ziektekostenverzekerder 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.

- 8.9. 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. (...)"

 9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

-  9.1. Verzoekster is naar een andere EU-lidstaat, namelijk Spanje, gegaan met het doel daar de onderhavige zorg te verkrijgen. Derhalve is sprake van planbare zorg. Op deze situatie ziet artikel 20 van Vo. nr. 883/2004.
-  9.2. Verzoekster heeft voorafgaand aan de behandeling de ziektekostenverzekeraar om toestemming gevraagd. De ziektekostenverzekeraar heeft tijdig aan verzoekster medegedeeld dat hij van mening is dat geen sprake is van een verzekerde prestatie, zodat noch op grond van de verordening, noch op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering aanspraak op de zorg bestaat. Met betrekking tot de vraag of sprake is van een verzekerde prestatie geldt het volgende.
-  9.3. Mede gelet op het door de ziektekostenverzekeraar ingenomen standpunt, is de vraag of een operatie in verband met hallux valgus met de door de behandelend arts toegepaste techniek voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering.
Aangaande de toegepaste techniek gaat de commissie, in navolging van het Zorginstituut ervan uit dat het bij de behandeling ging om een combinatie van een osteotomie van de proximale phalanx van de grote teen (Akin procedure) met het wegsnijden van het uitstekende botdeel (bunionectomie) en vrijmaken van de adductorpees.
-  9.4. 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 onderzoekopzet, onderzoekspopulatie, controlegroep, randomisatie, blinding, mate van behandelingseffect, follow-up en statistische analyse.
-  9.5. 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.

- 9.6. Een onderzoek naar dergelijke kwalitatieve onderzoeken met betrekking tot de onderhavige ingreep is door het Zorginstituut uitgevoerd, en de bevindingen hiervan zijn in het advies van 29 november 2016 verwoord. De conclusie van het advies is dat deze zorg niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is en daarmee geen verzekerde prestatie onder de zorgverzekering. De commissie neemt het advies van het Zorginstituut over en maakt de conclusie hiervan tot de hare. Aangezien de zorg niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is, bestaat geen aanspraak op basis van de zorgverzekering en is de gevraagde toestemming op grond van Vo. nr. 883/2004 terecht door de ziektekostenverzekeraar geweigerd.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.7. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor de bij verzoekster uitgevoerde ingreep, zodat het verzoek niet ten laste van die verzekering kan worden toegewezen.

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, 11 januari 2017,

J.A.M. Strens-Meulemeester