

# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen C en D, beide te E  
Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, naaldaponeurotomie in verband met de ziekte van Dupuytren, indicatie  
Zaaknummer : 2012.00788  
Zittingsdatum : 27 juni 2012

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2011, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2011, art. 20 Vo 883/2004, art. 56 VWEU)

---

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

1) C te E, en

2) D te E,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. 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 waren ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen 50+ en Uitgebreide Tandarts afgesloten (hierna gezamenlijk: 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. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van twee ingrepen met naaldaponeurotomie in verband met de ziekte van Dupuytren, uitgevoerd te Brussel (België) (hierna: de aanspraak). Bij brief van 11 juli 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen voor zover deze betrekking heeft op de rechterhand. Bij brief van 27 oktober 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanvraag met betrekking tot de linkerhand gedeeltelijk wordt ingewilligd, namelijk tot een bedrag van € 602,60.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van de beslissing met betrekking tot de rechterhand gevraagd. Bij brief van 17 augustus 2011 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven. Met betrekking tot de gedeeltelijke toewijzing van de kosten voor de ingreep aan de linkerhand heeft (nog) geen heroverweging plaatsgevonden.
- 3.3. Bij klachtenformulier van 26 maart 2012 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).

- 3.4. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 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 stukken gevoegd.
- 3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 8 mei 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 10 mei 2012 aan verzoeker gezonden.
- 3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 15 mei 2012 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.7. Bij brief van 10 mei 2012 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 6 juni 2012 heeft het CVZ (zaaknummer 2012062494) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, in te willigen op de grond dat verzoeker een indicatie had voor de ingreep. Een afschrift van het CVZ-advies is op 7 juni 2012 aan partijen gezonden.
- 3.8. Bij e-mail van 11 juni 2011 heeft verzoeker medegedeeld af te zien van de mogelijkheid gehoord te worden. De ziektekostenverzekeraar heeft bij antwoordformulier van 12 juni 2012 medegedeeld eveneens af te zien van horen.

#### 4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker heeft in België met goed gevolg een naaldaponeurotomie ondergaan in verband met de ziekte van Dupuytren. Binnen 48 uur na de behandeling was verzoeker weer in staat te werken. In het verleden heeft een fasciëctomie van de hand plaatsgevonden. Hierop volgde zeer intensieve zorg en was verzoeker gedurende lange tijd niet in staat zijn vak als chef-kok uit te voeren. Om die reden heeft verzoeker gekozen voor de operatie in België.
- 4.2. Een paar maanden na de afwijzing van de vergoeding van de ingreep aan de rechterhand heeft verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor dezelfde ingreep aan de linkerhand. Deze aanvraag is wel goedgekeurd.
- 4.3. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

#### 5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. Naaldaponeurotomie is door het CVZ aangemerkt als verzekerde zorg bij een beperkt indicatiegebied. De behandeling wordt alleen vergoed bij beperkt tot minder ernstige patiënten, bij wie de voordelen opwegen tegen de nadelen. De indicatiestelling en uitvoering hoort thuis bij artsen, die speciale kennis en bekwaamheid hebben bij de diagnose en behandeling van afwijkingen van de hand, en die zowel de open als de percutane techniek beheersen. In Nederland zijn dat plastisch chirurgen.
- 5.2. Uit wetenschappelijke literatuur volgt dat bij ernstigere vormen van Dupuytren (stadium III en IV) een selectieve fasciëctomie effectiever is, met minder kans op recidief. Omdat bij de rechterhand van verzoeker sprake was van stadium III, is de aanvraag

afgewezen. Bij de linkerhand was sprake van stadium II.

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.25. van 'Hoofdstuk A' van de zorgverzekering 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.

6.2. Aangezien met betrekking tot de linkerhand door de ziektekostenverzekeraar nog geen heroverweging heeft plaatsgevonden, is de commissie niet bevoegd van dit deel van het geschil kennis te nemen en daarover 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 zorg of diensten is geregeld in de artikelen B.1. tot en met B.29. van 'Hoofdstuk B' van de zorgverzekering.

8.3. Artikel B.4.2 van 'Hoofdstuk B' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg zonder opname 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.*

*(...)"*

8.4. Artikel A.3.2. van 'Hoofdstuk A' van de zorgverzekering luidt, voor zover hier van belang:

*"(...)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. van 'Hoofdstuk A' en B.4.2 van 'Hoofdstuk B' van de zorgverzekering zijn volgens artikel A.2.4. van 'Hoofdstuk A' van de zorgverzekering gebaseerd

op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.6. 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 2.1 lid 3 Bzv bepaalt dat een verzekerde slechts recht heeft op een bepaalde vorm van zorg of een dienst voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. Artikel 13 Zvw regelt de aanspraak op zorg indien een verzekerde kiest voor een zorgaanbieder die niet door de zorgverzekeraar is gecontracteerd.
- 8.7. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 8.8. Artikel 20 van Vo 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. Door verzoeker is aan de ziektekostenverzekeraar voorafgaand aan de ingreep toestemming gevraagd, zodat getoetst moet worden aan artikel 20 van Vo 883/2004 en artikel 56 van het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie (VWEU). Ook in dat kader is relevant of sprake is van een verzekerde prestatie onder de zorgverzekering en of verzoeker daarvoor een indicatie had.
- 9.2. Niet in geschil is dat naaldaponeurotomie een verzekerde prestatie vormt onder de zorgverzekering. Enkel de vraag of verzoeker hiervoor een indicatie had, houdt partijen verdeeld.
- 9.3. Gelet op het advies van het CVZ van 6 juni 2012 moet de keuze tussen een limited fasciectomy (LF) en percutane naaldfasciëctomie (PNF) berusten op een afweging van de voor- en nadelen van de beide opties, rekening houdend met de individuele situatie van de patiënt. Bij PNF kan de hand doorgaans één dag na de behandeling al

weer gebruikt worden. Bij LF kan de patiënt meestal pas na zes weken zijn hand weer gebruiken. De door de ziektekostenverzekeraar aan een eerder standpunt van het CVZ gegeven uitleg dat, waar het de indicatie voor PNF betreft, een absolute grens kan worden gelegd bij Tubiana stadium III is volgens het CVZ onjuist. Ook voor deze patiënten kan PNF toch een goede keuze zijn, voor zover het gaat om de wat ernstiger patiënten met een lagere complicatiekans, en bij wie het sneller herstel en het minimaal invasieve karakter opwegen tegen het risico van een onvoldoende resultaat. Het CVZ adviseert tegen deze achtergrond tot toewijzing van het verzoek. De commissie neemt het advies van het CVZ over en maakt de conclusie hiervan tot de hare.

- 9.4. Zoals eerder overwogen, heeft verzoeker voorafgaand aan de ziektekostenverzekeraar toestemming gevraagd voor de ingreep. Aangezien hiervoor is geconcludeerd dat hij een indicatie had voor PNF, en voorts van de kant van de ziektekostenverzekeraar niet is gesteld dat de ingreep tijdig in Nederland kon plaatsvinden, is verzoeker ten onrechte een S2-formulier onthouden, en dient de ziektekostenverzekeraar over te gaan tot tarifiering. Indien de Belgische sociale ziektekostenverzekering geen dekking kent voor PNF dan wel het Belgische tarief voor de ingreep lager is dan het Nederlandse tarief, dient de ziektekostenverzekeraar op basis van artikel 56 VWEU over te gaan tot vergoeding onderscheidenlijk aanvulling op grond van het Nederlandse tarief.

#### **Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering**

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

#### **Conclusie**

- 9.6. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen, met inachtneming van hetgeen is overwogen onder 9.4.

#### **10. Het bindend advies**

- 10.1. De commissie wijst het verzoek toe, met inachtneming van hetgeen is overwogen onder 9.4.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden een bedrag van € 37,--.

Zeist, 27 juni 2012,

Voorzitter