



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen OWM Centrale
Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar UA en OWM Centrale
Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar UA,
beide te Tilburg

Zaak : EU/EER, België, geneeskundige zorg, artroscopie van de heup,
femoroacetabulair impingement, stand van de wetenschap en praktijk

Zaaknummer : 201503275

Zittingsdatum : 21 december 2016

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. P.J.J. Vonk, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester, mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden zorgverzekering 2015, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2015, art. 20 Vo. nr. 883/2004)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door C te B,
tegen

- 1) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar UA, en
- 2) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar UA, beide te Tilburg,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie 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 Jongeren 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).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een artroscopie van de heup wegens een femoroacetabulair impingement, uit te voeren te St. Niklaas, België (hierna: de aanspraak). Bij brief van 7 augustus 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brieven van 9 september 2015 en 5 november 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft bij brief van 16 december 2015 aan verzoeker medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling.
- 3.4. Bij brief van 10 maart 2016 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 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.
- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 7 juni 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 9 juni 2016 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 17 juni 2016 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 29 juni 2016 schriftelijk medegedeeld eveneens niet te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 9 juni 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 20 december 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016075321) de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat arthroscopische behandeling bij FAI niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en daarmee geen verzekerde prestatie vormt onder de zorgverzekering. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 23 december 2016 aan partijen gezonden. Zij zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren. Partijen hebben van deze gelegenheid geen gebruik gemaakt.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. Verzoeker volgt een sportopleiding. In verband met pijnklachten aan zijn heup is hij in 2015 onderzocht door een fysiotherapeut. De fysiotherapeut vermoedde dat sprake was van cam-impingement (heupinklemming), waarop verzoeker eerst is verwezen naar de huisarts en vervolgens naar het ziekenhuis te Eeklo, België. De arts in het ziekenhuis bevestigde dat sprake was van cam-impingement. Verzoeker heeft in verband hiermee op 13 april 2015 een heupinfiltratie ondergaan. Deze behandeling gaf echter niet het gewenste resultaat. Verzoeker is vervolgens verwezen naar een kliniek te St. Niklaas, België, alwaar is besloten tot een artroscopie van de heup.
- 4.2. Aangezien verzoeker nog geen reactie had ontvangen op de aanvraag voor een artroscopie van de heup, heeft hij voorafgaand aan de operatie op 6 augustus 2015 - te weten op 31 juli 2015 - contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar heeft tijdens het gesprek verklaard dat de aangevraagde ingreep voor vergoeding in aanmerking komt, omdat een contract is afgesloten met de kliniek in België. Daarbij wordt een artroscopie van de heup ook in Nederland vergoed. Volgens de ziektekostenverzekeraar bestond hierover geen twijfel, wél diende verzoeker nog een behandelplan over te leggen.
- 4.3. Op 7 augustus 2015, een dag na de ingreep, kreeg verzoeker van de ziektekostenverzekeraar de mededeling dat de aangevraagde artroscopie wegens een femoroacetabulair impingement geen reguliere behandeling betreft, en dat om die reden geen vergoeding mogelijk is.
- 4.4. Verzoeker begrijpt niet waarom de ziektekostenverzekeraar de ingreep niet vergoedt. De ziektekostenverzekeraar stelt dat een "arthroscopische interventie bij femoroacetabulair impingement" geen zorg is conform de stand van de wetenschap en praktijk, en geen meerwaarde heeft ten opzichte van een conservatieve behandeling. Het voorgaande heeft verzoeker voorgelegd aan de behandelend medisch specialist van de kliniek in België. Deze was verbaasd dat de ziektekostenverzekeraar de onderhavige ingreep als niet-regulier beschouwt. Hij heeft aan verzoeker medische literatuur verstrekt waaruit de deugdelijkheid van de onderhavige ingreep blijkt. Een afschrift hiervan heeft verzoeker aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd. Een bijkomend argument is dat de behandelend medisch-specialist een autoriteit is in zijn vakgebied. Hij heeft onder andere in 2006 en in 2007 profvoetballers/internationals op jonge leeftijd behandeld voor impingement door middel van een heupartroscopie. Dit is inmiddels bijna tien jaar geleden en

voldoet hiermee aan de voorwaarde dat de behandeling ook op de lange termijn veilig en doelmatig is. Daarbij is de revalidatie van verzoeker voorspoedig verlopen. Hij kan op dit moment weer pijnvrij functioneren en sporten.

4.5. Verzoeker zit in zijn laatste jaar van de sportopleiding. Hij had iets meer begrip verwacht van de ziektekostenverzekeraar voor het gegeven dat hij zo spoedig mogelijk opnieuw operationeel wilde zijn. Verzoeker vraagt zich verder af wat de conservatieve behandeling inhoudt waarover de ziektekostenverzekeraar eerder sprak. Rust, fysiotherapie en osteopathie hebben niet geholpen, daarbij kan verzoeker zich niet voorstellen dat hij beter een 'open' operatie had kunnen ondergaan. Verzoeker begrijpt voorts niet dat de ziektekostenverzekeraar een artroscopie van de heup doorgaans wel vergoedt, maar niet bij impingement.

4.6. Verzoeker meldt verder dat hij geen polemiek wenst te starten inzake de registratie van de telefonische contacten zoals beschreven door de ziektekostenverzekeraar. Hij is echter wél van mening dat de ziektekostenverzekeraar niet kan ontkennen dat de verstrekte informatie over de heupartroscopie niet duidelijk en eensluidend is geweest.

4.7. 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 heeft op 4 augustus 2015 een behandelplan ontvangen voor een artroscopie van de rechterheup. De behandelend medisch specialist verklaart hierin dat verzoeker hinder ondervindt bij zijwaartse bewegingen en bij voetbalwedstrijden, waardoor hij niet meer kan meespelen. Uit de röntgenopname bleek dat sprake was van impingement van de heup.

5.2. De zorgverzekering biedt dekking voor een behandeling indien deze voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Dit betekent dat er voldoende bewijs moet zijn dat de behandeling op de lange termijn veilig en doelmatig is. Daarbij moet een verzekerde zijn aangewezen op de betreffende zorg.

5.3. De medisch adviseur heeft het dossier van verzoeker beoordeeld. Hij is van oordeel dat een artroscopische interventie bij femoroacetabulair impingement geen zorg is conform de stand van de wetenschap en praktijk. Er zijn te weinig goede aanwijzingen in de wetenschappelijke literatuur dat een artroscopie effectief is bij voornoemde indicatie en een meerwaarde heeft ten opzichte van een conservatieve behandeling.

5.4. Voor een vergoeding buiten de verzekeringsvoorwaarden om, dient de ziektekostenverzekeraar vast te stellen dat verzoeker door handelen en/of nalaten van de ziektekostenverzekeraar er redelijkerwijs vanuit mocht gaan dat de zorg zonder meer zou worden vergoed. De ziektekostenverzekeraar heeft om die reden gekeken naar de contacten met verzoeker die hierover hebben plaatsgevonden. Hieronder in chronologische volgorde het verloop van die contacten.

"telefoongesprek van woensdag 8 juli:

Vraag voor vergoeding van een artroscopie van de heup in het [...]. Dit is een behandeling die aangevraagd moet worden, niet altijd akkoord, moet beoordeeld worden door Medisch adviseur.

telefoongesprek van vrijdag 31 juli 2015:

Omschrijving van vraag:

Vader belt. Zoon wordt as donderdag geopereerd in [...] aan zijn heup, kijkok. Collega heeft gezegd dat dit vooraf aangevraagd moet worden, [...] zou aanvraag doen. Is die binnen?

telefoongesprek van vrijdag 31 juli 2015, het genoemde telefoongesprek met [...]:

niets binnen, kijkok heup is mi gewoon gecontracteerd, is niet uitgesloten in contract. Zie idd registratie van collega dat dit aangevraagd moet worden. Overleg afd mb btl, is helemaal niemand

meer van aanwezig. Met dhr afgesproken dat we maandagmorgen het direct even navragen voor de zekerheid en we hem terugbellen, wordt dan gebeld door [...].

telefoongesprek uitgaand, Zorgservice - maandag 3 augustus 2015

Na overleg met Medische Beoordelingen Buitenland, aangegeven dat de behandeling ter beoordeling moet worden aangevraagd.

Overige belangrijke momenten:

3 augustus 2015: begroting van [...] ontvangen

4 augustus 2015: behandelplan van [...] ontvangen

6 augustus 2015: operatie

7 augustus 2015: afwijzingsbrief van [...] verstuurd, plus telefoongesprek over afwijzing"

De kliniek in België is door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerd. Echter, niet alle zorg valt zonder meer onder dit contract. De kliniek dient orthopedische ingrepen - conform het contract - aan te vragen. Daarbij is zorg die niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk expliciet uitgesloten van vergoeding. De ziektekostenverzekeraar kan zich voorstellen dat verzekerden niet altijd weten welke zorg moet worden aangevraagd. In dit geval heeft verzoeker hierover evenwel contact gehad met de ziektekostenverzekeraar. Tevens blijkt uit het dossier dat verzoeker met de kliniek in België heeft besproken dat voorafgaand een aanvraag moest worden ingediend. In het gesprek van 31 juli 2015 is verzoeker door de ziektekostenverzekeraar medegedeeld dat het een gecontracteerde en reguliere ingreep lijkt, die mogelijk niet aangevraagd hoeft te worden. Verzoeker was echter op 8 juli 2015 reeds verteld dat de behandeling voorafgaand moest worden aangevraagd. Daarbij heeft de ziektekostenverzekeraar tijdens het gesprek van 31 juli 2015 nadrukkelijk aan verzoeker gemeld dat hij op maandag zou worden teruggebeld of de behandeling inderdaad moet worden aangevraagd. Verzoeker heeft met het ondergaan van de ingreep zonder voorafgaande akkoordverklaring, een financieel risico genomen. De ziektekostenverzekeraar voert verder aan dat verzoeker pas op vrijdag 31 juli 2015, enkele dagen vóór de geplande ingreep, contact met hem heeft opgenomen inzake de aanvraag. De ziektekostenverzekeraar heeft op maandag 3 augustus 2015 - nogmaals - aan verzoeker medegedeeld dat een aanvraag noodzakelijk was. De ziektekostenverzekeraar is van mening dat door zijn handelen geen vertraging is opgetreden.

- 5.5. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar heeft de door verzoeker overgelegde medische literatuur bestudeerd. Hij is van mening dat uit voornoemde informatie niet blijkt, althans niet op voldoende niveau, dat de ingreep bij de indicatie van verzoeker bewezen effectief is. Dat de behandelend medisch specialist een zeer goede arts is die deze ingreep al tien jaar uitvoert, maakt het voorgaande niet anders.
- 5.6. De ziektekostenverzekeraar wil nog wel bezien of een vergoeding mogelijk is voor het eerste consult bij de kliniek in België als zijnde een second opinion. Verzoeker dient daartoe wél de verwijzing van het ziekenhuis te Eeklo, België over te leggen. Tevens wil de ziektekostenverzekeraar van verzoeker vernemen of de op de aanvraag vermelde röntgenopname en scan reeds waren uitgevoerd in het ziekenhuis te Eeklo, en of de bevindingen hiervan dan wel het fotomateriaal ter beschikking zijn gesteld aan de kliniek te St. Niklaas.
- 5.7. 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.22.2 van de algemene voorwaarden 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 kosten van de onderhavige ingreep alsnog te vergoeden, 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 zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen B.1 e.v. van de zorgverzekering.

- 8.3. Artikel B.4 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"B.4. Medisch specialistische zorg

(...)

Het gehele artikel B.4. beschrijft de medisch specialistische zorg. U hebt daarbij recht op geneeskundige zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden. (...)"

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

"B.2. Buitenlandzorg

(...)

B.2.2. Zorg buiten het land waarin u woont

Zorg: waar hebt u recht op?

Gaat u buiten het land waarin u woont naar een zorgverlener met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten? Dan geven wij aan u dezelfde vergoeding als wanneer u in Nederland naar een zorgverlener zou zijn gegaan met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten. Kijk hiervoor in artikel A.20. Hierbij gelden dezelfde voorwaarden als voor de betreffende zorg in Nederland. Wij adviseren u om vooraf zorgadvies aan te vragen. Zo weet u wat de financiële gevolgen zijn van uw bezoek aan deze buitenlandse zorgverlener. Om de aanvraag goed te kunnen beoordelen, hebben we wel meer informatie nodig dan standaard op een verwijzing of voorschrift staat. Dit kan per aandoening en behandeling verschillen."

- 8.5. Artikel A.3. van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering bepaalt de inhoud en omvang van de zorgverzekering, en luidt, voor zover hier van belang:

"Artikel A.3. Inhoud en omvang van uw verzekering

(...)

A.3.2. Inhoud en omvang van zorg

De inhoud van uw zorgverzekering wordt bepaald door de overheid. Wij bepalen de inhoud van de ziektekostenverzekering en de aanvullende verzekeringen.

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; en*
- het is zorg zoals zorgverleners van de betreffende beroepsgroep die naar hun standaarden en normen plegen te bieden en als aanvaarde zorg beschouwen; (...)"*

- 8.6. De artikelen B.4. en B.2. van de zorgverzekering en artikel A.3. van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering zijn volgens artikel A.2.4. van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.7. 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.
Geneeskundige zorg is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv. Artikel 2.1 lid 1 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 of 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 ziektekostenverzekeraar 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. Verzoeker is naar een andere EU-lidstaat, namelijk België, 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. Verzoeker heeft voorafgaand aan de behandeling de ziektekostenverzekeraar om toestemming gevraagd. De ziektekostenverzekeraar heeft aan verzoeker 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.
- 9.2. Gelet op het door de ziektekostenverzekeraar ingenomen standpunt, is de vraag die ter beantwoording voorligt of een artroscopie van de heup wegens een femoroacetabulair impingement voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk zoals bedoeld in artikel A.3. van de zorgverzekering.

- 9.3. Bij de beantwoording van deze vraag sluit de commissie aan bij de in de medische wereld gangbare en internationaal aanvaarde werkwijze waarbij het oordeel omtrent de effectiviteit van medische interventies is gebaseerd op de beschikbare 'evidence' omtrent die interventie, 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 interventie bij de indicatie waarvoor de interventie 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 ziektekostenverzekeraars 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 interventie in binnen- en buitenland. In het kader van 'evidence-based medicine' geldt als uitgangspunt dat wetenschappelijk onderzoek van hoge kwaliteit – zoals een randomised controlled clinical trial (RCT) – in de afweging het zwaarst weegt.
- Bij het zoeken en selecteren van informatie (stap 1) wordt gebruik gemaakt van zogenoemde PICOT-vragen om beargumenteerd te bepalen welke aspecten relevant zijn om de effectiviteit van de te beoordelen interventie vast te stellen. Aan de hand van de PICOT-vragen wordt in bibliografische databases gezocht naar relevante literatuur.
- 9.4. Bij de selectie en beoordeling van de gevonden literatuur (stap 2) wordt het niveau van de bewijskracht van de bevindingen vastgesteld en vindt een kritische analyse van de gevonden publicaties plaats. Hierbij wordt onder meer gekeken naar methodologische aspecten, belang van de resultaten, generaliseerbaarheid, en gebruikte onderzoeksmethodiek. Voor de beoordeling wordt - waar mogelijk – aangesloten bij recente internationale ontwikkelingen en wordt de zogenoemde GRADE-methode toegepast, waarbij GRADE staat voor 'Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation'. Een belangrijk kenmerk van de GRADE-methode is dat per uitkomstmaat de zogenoemde 'body of evidence' wordt bepaald en beoordeeld. Daarbij kan de kwaliteit van de 'body of evidence' waarin een RCT is opgenomen worden afgewaardeerd ('downgraden') respectievelijk die waarin een observationele studie is opgenomen worden opgewaardeerd ('upgraden'), afhankelijk van bepaalde, omschreven beoordelingsgronden. De GRADE-methode bevordert – meer dan voorheen de EBRO-methodiek – een systematische, integrale en transparante beoordeling van de literatuur. Hierbij kan worden aangetekend dat de GRADE-methode nog in ontwikkeling is en dat de toepasbaarheid per zorgvorm kan verschillen. Als derde en laatste stap dient te worden bepaald welke conclusie kan worden getrokken met betrekking tot de effectiviteit van de interventie, op basis van de beoordeelde literatuur. Daarbij gaat het om de Comparative Effectiveness dan wel Relative Effectiveness, oftewel de 'netto toevoeging' van de nieuwe interventie in vergelijking met de al bestaande zorg.
- 9.5. Het Zorginstituut heeft in zijn (voorlopig) advies van 20 december 2016 een onderzoek, op basis van de hiervoor geformuleerde uitgangspunten, met betrekking tot de onderhavige behandeling uitgevoerd. De conclusie hiervan is dat een artroscopie van de heup wegens een femoroacetabulair impingement niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en daarmee geen verzekerde prestatie is op grond van de zorgverzekering. De commissie neemt de conclusie van advies over en maakt deze tot de hare. Dit betekent dat verzoeker de toestemming op grond van de verordening terecht is onthouden en dat hij ook op basis van de voorwaarden van de zorgverzekering geen aanspraak kan maken op deze behandeling.
- Hetgeen de ziektekostenverzekeraar heeft opgemerkt over het mogelijk nog vergoeden van het eerste consult, als ware dit een second opinion, neemt de commissie voor kennisgeving aan.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

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

Telefonische toezegging

9.7. Door verzoeker is gesteld dat hij op 31 juli 2015 telefonisch contact heeft gehad met een bij naam genoemde medewerkster van de ziektekostenverzekeraar, bij welke gelegenheid hem is medegedeeld dat de heupartroscopie voor vergoeding in aanmerking komt omdat de ziektekostenverzekeraar een contract heeft met de kliniek te St. Niklaas en een heupartroscopie uitgevoerd in Nederland ook wordt vergoed. Een en ander wordt door de ziektekostenverzekeraar betwist.

9.8. De commissie stelt allereerst vast dat niet ter discussie staat dat verzoeker op 31 juli 2015 telefonisch contact met de ziektekostenverzekeraar heeft gehad. De ziektekostenverzekeraar heeft van dit gesprek een notitie gemaakt. Deze notitie luidt als volgt:

"niets binnen, kijkok heup is mi gewoon gecontracteerd, is niet uitgesloten in contract. Zie idd registratie van collega dat dit aangevraagd moet worden. Overleg afd mb btl, is helemaal niemand meer van aanwezig. Met dhr afgesproken dat we maandagmorgen het direct even navragen voor de zekerheid en we hem terugbellen, wordt dan gebeld door [...]."

Tevens stelt de commissie vast dat niet ter discussie staat dat verzoeker op maandag 3 augustus 2015, zoals was toegezegd, is teruggebeld door de ziektekostenverzekeraar. Ook van dit gesprek heeft de ziektekostenverzekeraar een notitie gemaakt. Deze notitie luidt als volgt:

"Na overleg met Medische Beoordelingen Buitenland, aangegeven dat de behandeling ter beoordeling moet worden aangevraagd."

De commissie concludeert op basis hiervan dat verzoeker er niet in is geslaagd aannemelijk te maken dat van de zijde van de ziektekostenverzekeraar, in afwijking van de verzekeringsvoorwaarden, bepaalde (telefonische) toezeggingen - inhoudende vergoeding zonder meer van de onderhavige behandeling - zijn gedaan onderscheidenlijk dat hem is medegedeeld dat in zijn geval geen voorafgaande aanvraag voor deze behandeling hoefde te worden ingediend.

Conclusie

9.9. 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,

P.J.J. Vonk