

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, vertegenwoordigd door de heer C te D, tegen E
en F, beide te G
Zaak : EU/EER, geneeskundige zorg, plaatsen MoM-prothese
beiderzijds, indicatie
Zaaknummer : 2011.02510
Zittingsdatum : 26 september 2012

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

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

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door de heer C te D, tegen

1) E te G en

2) F te G,

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 Basis afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide 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 de plaatsing van heupprothesen beiderzijds, uitgevoerd te Gent (België) (hierna: de aanspraak). Bij brief van 6 september 2011 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 brief van 12 oktober 2012 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 22 mei 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).
- 3.5. 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 stuk-

ken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 13 juni 2012 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 14 juni 2012 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 20 juli 2012 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 14 juni 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 25 juni 2012 heeft het CVZ (zaaknummer 2012075986) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat verzoeker geen indicatie had voor MoM-heupprothesen beiderzijds. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 26 september 2012 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 14 juni 2012 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. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 4 oktober 2012 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. De arts-assistent van de orthopedisch chirurg in Nederland heeft de volgende anamnese opgesteld: *"Patiënt heeft klachten in de linker heup. Sinds weken pijn in benen, tijd staan (L4, naar kuit bdzs). Bij zitten geen last, en bij leunen op bar geen last. Fiet-sen- (minder kracht bdzs). Trap op meer last dan trap af. Bukken geen last. Liggen in bed wisselen zijde. Pijn bij trochanter. Op zij liggen zeurende pijn en bij bewegen stekend en uitstralend. Startpijn ochtend heup bil rug bdzs. Manuele therapie zaterdag voelde losser. Pijnmed: PCM helpt nauwelijks ½ tabletten voor slapen. Sinds 4-5 weken daarvoor wel eens wat zeurend. Trauma: - Werk: deels computer deels installeren (soms op knieën zittend)." en adviseerde: "Gezien korte duur klachten nu eerst conservatief, FT en belasting aanpassen co 6 weken".*
- 4.2. Verzoeker is voor een second opinion naar Gent gegaan. Aldaar constateerde de arts het volgende: *"Klinisch en anamnestic zijn beide zijdes meest aangetast. Er is nog een beperkte beweeglijkheid van 80° flexie, een lichte flexiecontractuur (-0), een beperkte abductie en adductie (+0,0 graden), alsook een beperkte/afwezige exo- en endorotatie (0,0). Er is een abductiecontractuur van 10 graden. Er is een positieve Trendelenburg. Op heden gaat het nog maar pas om de schoenen aan te doen en wordt de functie, gezien de leeftijd van de patiënt, toch sterk beperkt. Een totale heupprothese is hier de enige oplossing. (...)"*.

- 4.3. Verzoeker heeft voorafgaand aan de ingreep, die plaatsvond op 30 augustus 2011, aan de ziektekostenverzekeraar om toestemming gevraagd. Op 6 september 2011 ontving hij hiervoor een afwijzing. Verzoeker is het hiermee niet eens, omdat hij heeft gekozen voor de voor hem beste oplossing. Indien hij in Nederland het gehele traject zou hebben doorlopen, zouden zijn heupen nu dusdanig versleten zijn, dat hij een veel zwaardere behandeling had moeten ondergaan. Verzoeker heeft tevens gekozen voor een behandeling in Gent, omdat hij hiermee sneller weer aan het werk kon. Vanwege het feit dat hij zelfstandig ondernemer is, derft hij tijdens ziekteperioden inkomsten.
- 4.4. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat men hem in Nederland niet wilde helpen, terwijl men in België van mening was dat acuut diende te worden ingegrepen. Hierdoor zou verzoeker ook spoedig zijn bedrijfsactiviteiten kunnen hervatten. De ziektekostenverzekeraar weigert de kosten van de ingreep te vergoeden, omdat de procedure niet is gevolgd. Verzoeker wist echter niet beter. De operatie zou hoe dan ook plaatsvinden. Achteraf kan worden gezegd dat het gehele traject bij de kliniek in Gent zeer snel is verlopen. Over de opmerking van de ziektekostenverzekeraar dat de richtlijn werkt als een filter merkt verzoeker op dat in het ziekenhuis in Nederland foto's zijn gemaakt. Volgens de behandelend arts zou fysiotherapie niet helpen, en zou een operatie volgen. Zodoende heeft verzoeker dit traject doorlopen.
- 4.5. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. Verzoeker heeft voorafgaand aan de ingreep niet eerst het conservatieve traject doorlopen, zodat hij niet was geïndiceerd voor een operatie. De arts in Nederland heeft hem een zeer lage dosis diclofenac voorgeschreven, die onvoldoende werkte. Indien de richtlijnen waren gevolgd, had verzoeker in plaats van 75 mg diclofenac 100-150 mg moeten krijgen. Indien dit onvoldoende zou hebben geholpen, was een combinatie met tramadol of paracetamol te proberen.
- 5.2. De reden dat eerst het conservatieve traject moet worden doorlopen, is dat onbekend is hoe lang MoM-prothesen meegaan. Het is mogelijk een nieuwe heupprothese te plaatsen, maar dit brengt risico's met zich, zoals wondgenezingsstoornissen, infectie, zenuwuitval en de kans op luxatie. Ook is de herstelperiode na revisie van een heupprothese doorgaans langer. Gelet op de jonge leeftijd van verzoeker zal de prothese wellicht meerdere malen moeten worden vervangen. Daarom moet terughoudendheid worden betracht bij de plaatsing van een heupprothese.
- 5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat de richtlijn werkt als een soort filter. Uiteindelijk hebben veel mensen de operatie niet nodig. Het is voorstelbaar dat verzoeker is geholpen door de operatie. Dit resultaat had echter wellicht ook op minder ingrijpende wijze kunnen worden bereikt. Het gaat erom of de zorg doelmatig is.
- 5.4. 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.

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 'Hoofdstuk B' van de zorgverzekering.

- 8.3. Artikel B.4.1. van 'Hoofdstuk B' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op medisch-specialistische zorg bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"Deze zorg omvat:

- a. behandeling zoals medisch specialisten die plegen te bieden;*
- b. opname in de laagste klasse van een ziekenhuis (instelling voor medisch specialistische zorg) voor maximaal 365 dagen (na 365 dagen komen kosten voor rekening van de AWBZ);*
- c. verblijf, verpleging en verzorging;*
- d. paramedische zorg (bijvoorbeeld fysiotherapie, oefentherapie, ergotherapie, logopedie of voedingsvoorziening met medische noodzaak), de geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij de behandeling horen. (...)"*

- 8.4. Artikel B.2. van 'Hoofdstuk B' 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. (...)"*

- 8.5. Artikel A.3.2. van 'Hoofdstuk A' van de zorgverzekering bepaalt, 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."

- 8.6. De artikelen A.3.2. van 'Hoofdstuk A' en B.2. en B.4.1 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).
- 8.7. 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. 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.
- 8.8. 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 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 voorafgaand aan de ingreep bij de ziektekostenverzekeraar verzoekt om toestemming, zodat dient te worden getoetst aan artikel 20 Vo 883/2004. In het kader van de beoordeling of hem de gevraagde toestemming al dan niet terecht is onthouden, is relevant of sprake is van een verzekerde prestatie onder de zorgverzekering en of verzoeker een indicatie had voor de behandeling. Niet in geschil is dat

het plaatsen van een heupprothese een verzekerde prestatie vormt onder de zorgverzekering. Rest de vraag naar de indicatie.

- 9.2. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat geen indicatie aanwezig is, omdat verzoeker niet eerst het conservatieve traject heeft doorlopen, en heeft hierbij verwezen naar richtlijnen. In deze richtlijnen is onder andere beschreven dat eerst diverse vormen van pijnstillers moeten worden geprobeerd. Uit de stukken blijkt dat verzoeker gedurende korte tijd diclofenac 75 mg heeft geslikt, wat onvoldoende resultaat gaf. Niet gebleken is dat andere mogelijkheden zijn geprobeerd. Verzoeker was derhalve niet geïndiceerd voor de ingreep, zodat hij geen aanspraak heeft op vergoeding van de kosten daarvan, ten laste van de zorgverzekering.
- 9.3. De zorgverzekering biedt dekking voor een second opinion. Een vereiste hiervoor is dat met het resultaat van de second opinion wordt teruggegaan naar de behandelend arts, tenzij dit niet kan worden gevergd. In het onderhavige geval is dit niet aannemelijk gemaakt. Verzoeker is direct geopereerd in Gent. Hij is met de onderzoeksresultaten van de Belgische arts niet teruggegaan naar zijn arts in Nederland. Ook is niet gebleken dat de behandelend arts in Nederland de behandeling heeft overgedragen aan de arts in Gent. Onder de gegeven omstandigheden kan niet worden gesproken van een second opinion, zodat verzoeker geen aanspraak heeft op vergoeding van de kosten daarvan, ten laste van de zorgverzekering.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

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

Conclusie

- 9.5. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 10 oktober 2012,

Voorzitter